

L'ACTUALITE EN QUELQUES CHIFFRES LES REMBOURSEMENTS DE SOINS DU REGIME GENERAL A FIN AOÛT 2019

Les remboursements de soins du régime général de janvier à août évoluent de +2,6%.

Les dépenses de soins de ville ont augmenté de +1,9% sur les huit premiers mois de l'année comme sur les douze derniers mois, hors forfaits (cf. infra encadré sur le périmètre d'analyse des évolutions).

Parmi ces dépenses, les remboursements de **soins médicaux et dentaires** progressent de +1,6% entre janvier et août 2019 et de +1,4% sur les 12 derniers mois.

Dans le détail, au cours des huit premiers mois, les remboursements de **soins de généralistes** ont reculés (-0,8%), ceux de **soins spécialisés** progressent de +1,6% et ceux de **soins dentaires** de +2,3%. Sur les 12 derniers mois, ces évolutions sont respectivement de -0,9% (soins de généralistes), +1,6% (soins de spécialistes) et +1,6% (soins dentaires).

Les remboursements de soins d'**auxiliaires médicaux** entre janvier et août 2019 progressent de +3,8% (+4,3% sur douze mois). Au sein de ce poste, ceux de soins de **masso kinésithérapie** évoluent de +2,5% (+3,1% sur un an). Les remboursements de soins **infirmiers** progressent de +4,0% (+4,4% sur douze mois).

Sur les huit premiers mois, les **remboursements d'analyses médicales** évoluent de +0,4% (-0,9% sur douze mois) et les **remboursements de transports** baissent de -2,5% (-1,2% sur douze mois).

De janvier à août 2019, les versements d'**indemnités journalières** ont évolué de +4,3% (+4,5% sur douze mois).

Au cours des huit premiers mois, les remboursements de **médicaments délivrés en ville** progressent de +2,3% (+2,3% sur douze mois). Sur la période, la **rétrocession hospitalière** baisse de -11,9% (-14,3% sur douze mois). Au global, les remboursements de **médicaments (rétrocession incluse)** évoluent de +0,6% pour les huit premiers mois de 2019 (+0,2% sur douze mois).

Les remboursements au titre de la **LPP** augmentent de +5,0% sur les huit premiers mois de l'année (+4,6% sur douze mois).

Sur les douze derniers mois, les versements aux établissements évoluent de +4,0% pour les **établissements publics**, de +2,2% pour les **établissements de santé privés** et de +0,7% pour les **établissements médico-sociaux**.

Au total, les **dépenses du régime général** progressent de +2,5% en rythme annuel.

QUELQUES CHIFFRES SUR LES REMBOURSEMENTS EFFECTUÉS EN AOUT 2019

Tableau 1

Régime général - Métropole Tous risques En millions d'euros	Données mensuelles			Données annuelles			
	Août 2019 (en millions d'euros)	Taux de croissance août 2019 / août 2018		Rappel : taux de croissance annuelle CJO à fin Juillet 2019 août 2018 - juillet 2019 / août 2017 - juillet 2018)	Données brutes septembre 2018-août 2019	Taux de croissance annuelle (septembre 2018 - août 2019 / septembre 2017 - août 2018)	
		Données brutes	Données CVS- CJO	Données brutes		Données CJO	
Soins de ville	5 206	-3,2 %	0,7 %	1,9 %	74 189	1,8 %	1,9 %
Honoraires médicaux et dentaires	1 160	-3,4 %	1,0 %	1,3 %	19 734	1,2 %	1,4 %
<i>dont généralistes</i>	327	-8,5 %	-4,8 %	-0,8 %	5 260	-1,2 %	-0,9 %
<i>dont spécialistes</i>	628	-1,7 %	2,7 %	1,5 %	10 362	1,4 %	1,6 %
<i>dont dentistes</i>	126	-2,2 %	1,8 %	1,5 %	2 869	1,5 %	1,6 %
Auxiliaires médicaux	729	-2,0 %	2,5 %	4,3 %	10 280	4,0 %	4,3 %
<i>dont masseurs-kinésithérapeutes</i>	234	0,4 %	4,9 %	2,9 %	3 475	2,9 %	3,1 %
<i>dont infirmiers</i>	466	-3,0 %	1,3 %	4,5 %	6 007	4,1 %	4,4 %
Laboratoires (analyses médicales)	196	-2,7 %	1,9 %	-1,3 %	2 920	-0,8 %	-0,9 %
Transports	265	-10,1 %	-6,0 %	-0,7 %	3 814	-1,5 %	-1,2 %
Autres soins de ville	25	-18,1 %	-18,7 %	0,0 %	308	-0,9 %	-0,9 %
Indemnités journalières	877	-2,3 %	1,2 %	5,0 %	11 075	4,3 %	4,5 %
Médicaments	1 512	-2,8 %	0,7 %	0,0 %	20 037	0,4 %	0,2 %
<i>dont médicaments délivrés en ville</i>	1 362	-0,9 %	2,6 %	2,2 %	17 877	2,6 %	2,3 %
<i>dont médicaments rétrocedés</i>	152	-16,1 %	-13,7 %	-15,0 %	2 159	-14,9 %	-14,3 %
LPP (dont dispositifs médicaux)	446	-1,5 %	2,2 %	4,4 %	6 023	4,6 %	4,6 %
Etablissements sanitaires	5 460	5,4 %	7,2 %	3,4 %	68 423	3,5 %	3,7 %
Etablissements sanitaires publics	4 616	6,4 %	7,7 %	3,7 %	56 573	3,8 %	4,0 %
Etablissements sanitaires privés	847	0,8 %	5,0 %	2,0 %	11 851	2,1 %	2,2 %
Etablissements médico-sociaux	1 512	0,8 %	-0,1 %	0,9 %	18 892	0,7 %	0,7 %
Contribution au Fonds d'intervention régionale (hors permanence des soins ambulatoires et en cliniques)	220	0,2 %	0,2 %	0,1 %	2 635	0,1 %	0,1 %
Total des dépenses	12 402	1,0 %	3,4 %	2,4 %	164 140	2,4 %	2,5 %

Un décalage de traitement des feuilles de soins étant intervenu sur les tout derniers jours de juillet, les dépenses du mois de juillet ont été redressées à hauteur de 240 M€ afin de fournir des évolutions neutralisant cet effet de liquidation.

Symétriquement, les dépenses d'août ont été baissées de 240M€.

Remboursements de soins « bruts » et « CVS-CJO » HORS Rosp médecins, Forfait structure, FPMT, MPA, RMT et FMT

Tableau 1b

Régime général - Métropole Tous risques	Taux de croissance janvier-août 2019 / janvier-août 2018 (en %)	
	Données brutes	Données CJO
Soins de ville	1,7 %	1,9 %
Honoraires médicaux et dentaires	1,1 %	1,6 %
<i>dont généralistes</i>	-1,2 %	-0,8 %
<i>dont spécialistes</i>	1,2 %	1,6 %
<i>dont dentistes</i>	2,0 %	2,3 %
Auxiliaires médicaux	3,2 %	3,8 %
<i>dont masseurs-kinésithérapeutes</i>	2,0 %	2,5 %
<i>dont infirmiers</i>	3,5 %	4,0 %
Laboratoires (analyses médicales)	0,3 %	0,4 %
Transports	-2,8 %	-2,5 %
Autres soins de ville	-3,3 %	-8,0 %
Indemnités journalières	3,9 %	4,3 %
Médicaments	0,5 %	0,6 %
<i>dont médicaments délivrés en ville</i>	2,2 %	2,3 %
<i>dont médicaments rétrocédés</i>	-11,8 %	-11,9 %
LPP (dont dispositifs médicaux)	4,9 %	5,0 %
Etablissements sanitaires	3,8 %	4,2 %
Etablissements sanitaires publics	4,2 %	4,6 %
Etablissements sanitaires privés	1,9 %	2,2 %
Etablissements médico-sociaux	0,0 %	0,0 %
Contribution au Fonds d'intervention régionale (hors permanence des soins ambulatoires et en cliniques)	0,1 %	0,1 %
Total des dépenses	2,3 %	2,6 %

Un décalage de traitement des feuilles de soins étant intervenu sur les tout derniers jours de juillet, les dépenses du mois de juillet ont été redressées à hauteur de 240 M€ afin de fournir des évolutions neutralisant cet effet de liquidation. Symétriquement, les dépenses d'août ont été baissées de 240M€.

Encadré : périmètre d'analyse des évolutions

Les évolutions des remboursements de soins évoquées dans ce communiqué - que ce soit depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours ou sur les douze derniers mois - sont calculées par rapport à des périodes comparables ayant un an d'antériorité. Elles sont établies à partir des données de remboursements de soins corrigées des variations saisonnières et calendaires (CVS-CJO).

Cependant, le forfait patientèle médecin traitant - FPMT, mis en place par la convention médicale de 2016, a remplacé depuis le 1^{er} janvier 2018, différentes rémunérations forfaitaires versées jusqu'à présent aux médecins qui ne dépendaient pas directement des actes de soins remboursés : les majorations pour personnes âgées - MPA, le forfait médecin traitant - FMT et la rémunération médecin traitant - RMT. D'autre part, la convention médicale a aussi modifié la rémunération sur objectif de santé publique (Rosp) des médecins avec en particulier la création du forfait structure.

Par soucis de cohérence, les évolutions CVS-CJO entre les périodes considérées de 2018 et 2019 commentées ci-dessous et le tableau 1 de ce communiqué sont établis hors Rosp, FPMT, forfait structure, MPA, FMT et RMT.

Les remboursements et les évolutions « bruts », y compris l'ensemble des versements forfaitaires, sont notifiés dans le tableau 2 afin d'appréhender le niveau global des décaissements du Régime Général.

Ecart entre les données de remboursement et le suivi de l'Ondam.

Les données présentées ici sont des données en date de remboursement (DTR). Elles sont diffusées régulièrement compte tenu des indications de tendances qu'elles délivrent. Toutefois, **elles ne permettent pas un suivi de la réalisation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam)**, voté chaque année par le Parlement dans le cadre de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

En voici les raisons :

1/ Le périmètre des dépenses suivies n'est pas le même :

- Les données publiées par la Cnam ne concernent que les remboursements de soins des patients du régime général et non pas tous les régimes intégrés à l'Ondam (le régime général représente 86% du total).

- Ces données n'intègrent que les prestations de soins de ville ; les postes de dépenses qui par nature ne se prêtent pas à un suivi infra-annuel viennent en complément pour le suivi de l'Ondam ; il s'agit notamment des postes ne faisant pas partie du bloc prestation (dotations annuelles au fonds des actions conventionnelles (FAC), aides à la télétransmission, prises en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux, pour les professionnels de santé conventionnés, remises conventionnelles acquittées par l'industrie pharmaceutique au titre de la clause de sauvegarde).

2/ Pour permettre un suivi au mois le mois, ces **données sont corrigées des jours ouvrés**, contrairement au suivi de l'Ondam.

3/ L'Ondam implique un **suivi de dépenses en droits constatés**, c'est-à-dire avec un rattachement des dépenses à l'exercice selon la date de soins (DTS) et non pas la date de remboursements (DTR) ; un écart peut donc exister qui dépend des mouvements d'accélération ou de décélération ponctuels de la vitesse de liquidation.

4/ De la même manière, certaines rémunérations versées aux professionnels de santé, notamment les rémunérations sur objectifs de santé publique (Rosp), sont rattachées comptablement à l'exercice précédent. Dans la mesure où ces rémunérations progressent d'une année sur l'autre, il existe donc un écart entre paiement en DTR et paiement en droits constatés.