

L'ACTUALITE EN QUELQUES CHIFFRES LES REMBOURSEMENTS DE SOINS DU REGIME GENERAL A FIN JUIN 2018

À noter :

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 2017 et 2018 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.

Les remboursements de soins du régime général de janvier à juin évoluent de 2,8%.

Les dépenses de soins de ville ont augmenté de 4,1% sur les six premiers mois de l'année et de 3,9% sur les douze derniers mois.

Parmi ces dépenses, les remboursements de **soins médicaux et dentaires** progressent de 6,1% entre janvier et juin 2018 et de 5,8% sur les 12 derniers mois.

Dans le détail, au cours des six premiers mois, les remboursements des **soins de généralistes** ont augmenté de 8,2%, ceux de **soins spécialisés** augmentent de 5,9% et ceux de **soins dentaires** progressent de 1,4% ; ces évolutions sont principalement portées par les revalorisations tarifaires mises en place à partir de mai 2017. Sur les 12 derniers mois, ces évolutions sont respectivement de 7,8% (soins de généralistes), 5,4% (soins de spécialistes) et 2,2% (soins dentaires).

Les remboursements de soins d'**auxiliaires médicaux** entre janvier et juin 2018 augmentent de 3,9% (4,3% sur douze mois). Au sein de ce poste, les soins de **masso kinésithérapie** augmentent de 2,6% (3,4% sur un an). Les soins des **infirmiers** évoluent de 4,9% (4,8% sur douze mois).

Au premier semestre 2018, les **remboursements d'analyses médicales** évoluent de 2,6% (2,8% sur douze mois) et les **remboursements de transports** augmentent de 4,7% (4,3% sur douze mois).

De janvier à juin 2018, les versements d'**indemnités journalières** ont évolué de 4,9% (4,6% sur douze mois).

Au cours des six premiers mois, le remboursement des **médicaments délivrés en ville** progressent de 3,5% (2,3% sur douze mois). Sur la période, la **rétrocession hospitalière** évolue de -7,9% (-2,1% sur douze mois). Au global, les remboursements de **médicaments (rétrocession incluse)** progressent de 1,9% pour les six premiers mois de 2018 (1,7% sur douze mois).

Les remboursements au titre de la **LPP** progressent de 3,7% sur les six premiers mois de l'année (4,5% sur douze mois).

Sur les douze derniers mois, les versements aux établissements évoluent de 0,6% pour les **établissements publics**, de 3,3% pour les **établissements de santé privés** et de 6,8% pour les **établissements médico-sociaux**.

Au total, les **dépenses du régime général** augmentent de 3,0% en rythme annuel.

QUELQUES CHIFFRES SUR LES REMBOURSEMENTS EFFECTUÉS EN JUIN 2018

Les remboursements et les évolutions - brutes et CVSCJO - présentés dans le **tableau 1** ci-dessous sont calculés HORS l'ensemble des rémunérations forfaitaires des médecins.

Tableau 1 :
Remboursements de soins « bruts » et « CVS-CJO »
HORS Rosp médecins, Forfait structure, FPMT, MPA, RMT et FMT

Régime général - Métropole Tous risques En millions d'euros	Données mensuelles			Données annuelles 2018			
	Données brutes juin 2018	Taux de croissance juin 2018 / juin 2017		Rappel : taux de croissance annuelle CJO à fin mai 2018 (juin 2017 - mai 2018 / juin 2016 - mai 2017)	Données brutes juillet 2017 - juin 2018	Taux de croissance annuelle (juillet 2017 - juin 2018) / (juillet 2016 - juin 2017)	
		Données brutes	Données CVS- CJO			Données brutes	Données CJO
Soins de ville	6 305	1,2 %	1,5 %	4,4 %	72 305	3,2 %	3,9 %
Honoraires médicaux et dentaires	1 792	5,9 %	6,0 %	5,7 %	19 378	5,0 %	5,8 %
<i>dont généralistes</i>	447	0,6 %	0,4 %	8,3 %	5 310	7,0 %	7,8 %
<i>dont spécialistes</i>	948	6,8 %	6,9 %	5,1 %	10 146	4,6 %	5,4 %
<i>dont dentistes</i>	266	2,0 %	2,3 %	2,2 %	2 808	1,3 %	2,2 %
Auxiliaires médicaux	851	0,6 %	2,7 %	4,5 %	9 792	3,7 %	4,3 %
<i>dont masseurs-kinésithérapeutes</i>	300	1,3 %	1,2 %	3,8 %	3 345	2,6 %	3,4 %
<i>dont infirmiers</i>	477	-0,0 %	3,8 %	4,9 %	5 719	4,5 %	4,8 %
Laboratoires (analyses médicales)	257	2,3 %	2,5 %	2,8 %	2 942	1,8 %	2,8 %
Transports	334	2,2 %	2,2 %	4,7 %	3 837	3,5 %	4,3 %
Autres soins de ville	34	0,3 %	1,9 %	0,2 %	311	1,8 %	1,8 %
Indemnités journalières	896	0,8 %	0,8 %	5,1 %	10 471	3,9 %	4,6 %
Médicaments	1 649	-3,3 %	-3,1 %	2,7 %	19 874	0,9 %	1,7 %
<i>dont médicaments délivrés en ville</i>	1 443	-0,9 %	-0,9 %	3,0 %	17 244	1,6 %	2,3 %
<i>dont médicaments rétrocédés</i>	206	-17,6 %	-17,2 %	0,8 %	2 630	-3,4 %	-2,1 %
LPP (dont dispositifs médicaux)	493	1,7 %	1,8 %	5,2 %	5 701	3,6 %	4,5 %
Etablissements sanitaires	5 335	-0,1 %	0,2 %	1,1 %	66 109	1,0 %	1,1 %
Etablissements sanitaires publics	4 281	-1,7 %	-1,2 %	0,8 %	54 480	0,7 %	0,6 %
Etablissements sanitaires privés	1 054	6,7 %	6,9 %	2,9 %	11 628	2,7 %	3,3 %
Etablissements médico-sociaux	1 550	1,6 %	1,9 %	7,5 %	18 676	6,7 %	6,8 %
Contribution au Fonds d'intervention régionale (hors permanence des soins ambulatoires et en cliniques)	217	-0,3 %	-0,3 %	-0,0 %	2 632	0,0 %	0,0 %
Total des dépenses	13 407	0,7 %	1,0 %	3,3 %	159 723	2,6 %	3,0 %

Régime général - Métropole Tous risques	Taux de croissance janvier-juin 2018 / janvier-juin 2017 (en %)	
	Données brutes	Données CJO
Soins de ville	3,3 %	4,1 %
Honoraires médicaux et dentaires	5,1 %	6,1 %
<i>dont généralistes</i>	7,0 %	8,2 %
<i>dont spécialistes</i>	4,9 %	5,9 %
<i>dont dentistes</i>	0,3 %	1,4 %
Auxiliaires médicaux	3,5 %	3,9 %
<i>dont masseurs-kinésithérapeutes</i>	1,6 %	2,6 %
<i>dont infirmiers</i>	4,9 %	4,9 %
Laboratoires (analyses médicales)	1,6 %	2,6 %
Transports	3,9 %	4,7 %
Autres soins de ville	18,0 %	23,5 %
Indemnités journalières	4,1 %	4,9 %
Médicaments	1,1 %	1,9 %
<i>dont médicaments délivrés en ville</i>	2,8 %	3,5 %
<i>dont médicaments rétrocedés</i>	-9,4 %	-7,9 %
LPP (dont dispositifs médicaux)	2,9 %	3,7 %
Etablissements sanitaires	1,6 %	1,5 %
Etablissements sanitaires publics	1,1 %	0,8 %
Etablissements sanitaires privés	3,9 %	4,5 %
Etablissements médico-sociaux	2,3 %	2,5 %
Contribution au Fonds d'intervention régionale (hors permanence des soins ambulatoires et en cliniques)	0,0 %	0,0 %
Total des dépenses	2,4 %	2,8 %

Les remboursements et les évolutions - uniquement bruts - présentés dans le **tableau 2** ci-dessous sont calculés Y COMPRIS l'ensemble des rémunération forfaitaires des médecins afin d'appréhender le niveau global des décaissements du Régime Général sur les périodes considérées.

Tableau 2 :
Remboursements de soins « bruts »
Y COMPRIS Rosp médecins, Forfait structure, FPMT, MPA, RMT et FMT

Régime général - Métropole Tous risques En millions d'euros*	Données mensuelles		Données PCAP		Données annuelles 2018	
	Données brutes juin 2018	Taux de croissance juin 2018 / juin 2017	Données brutes janvier 2018 - juin 2018	Taux de croissance janvier - juin 2018 / janvier - juin 2017	Données brutes juillet 2017 - juin 2018	Taux de croissance annuelle (juillet 2017 - juin 2018) / (juillet 2016 - juin 2017)
		Données brutes		Données brutes		Données brutes
Soins de ville*	6 375	1,6 %	37 496	2,8 %	73 257	2,9 %
Honoraires médicaux et dentaires*	1 860	7,1 %	10 594	3,0 %	20 188	3,8 %
<i>dont généralistes*</i>	498	2,4 %	3 151	0,1 %	6 064	3,1 %
<i>dont RMT/FMT/MPA</i>	4	<i>n.s.</i>	46	<i>n.s.</i>	348	<i>n.s.</i>
<i>dont Rosp, FPMT, forfait structure</i>	47	<i>n.s.</i>	406	<i>n.s.</i>	406	<i>n.s.</i>
<i>dont spécialistes*</i>	965	8,7 %	5 388	4,6 %	10 188	4,5 %
<i>dont RMT/FMT/MPA</i>	5	<i>n.s.</i>	10	<i>n.s.</i>	20	<i>n.s.</i>
<i>dont Rosp, FPMT, forfait structure</i>	12	<i>n.s.</i>	21	<i>n.s.</i>	21	<i>n.s.</i>
Total des dépenses*	13 476	0,9 %	81 998	2,2 %	160 674	2,5 %

* : remboursements de soins pour lesquels le suivi YC MPA, RMT, FMT, ROSP, FPMT et forfait structure a un impact

n.s. : non significatif

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.