

REMBOURSEMENTS DE SOINS DU REGIME GENERAL EN 2020

Les remboursements et les évolutions présentés dans ce communiqué de presse concernent les soins et prescriptions des affiliés au régime général et ceux des anciens affiliés au régime des indépendants (RSI). Pour ce faire, pour 2019, les remboursements de soins des anciens affiliés du RSI ont été « ajoutés » à ceux du régime général.

Depuis janvier 2020, la totalité des remboursements des anciens affiliés du RSI sont intégrés dans les chaînes statistiques et comptables du régime général.

En 2020, les remboursements de soins du régime général ont progressé de +6,5%, dont +3,6% pour les remboursements de soins de ville, +9,0% pour les remboursements de soins en établissements médicaux et +10,2% pour les remboursements de soins en établissements médicaux-sociaux.

En données brutes, l'évolution annuelle est de +6,9% pour le total des remboursements du régime général dont +4,1% pour les remboursements de soins de ville, +9,4% en établissements médicaux et +10,3% pour les établissements médicaux-sociaux.

Pour rappel, ces évolutions ne sont pas les résultats de l'Ondam compte tenu des écarts entre les différentes notions (cf. encadré infra).

La structure des remboursements de soins de ville a été profondément modifiée par la crise sanitaire et la réponse des pouvoirs publics face à celle-ci, avec quatre phases que l'on peut distinguer.

Ainsi, l'année 2020 se compose de quatre parties marquées par une dynamique propre :

- Janvier et février 2020 : période de pré-confinement, les remboursements sont restés dans le prolongement de la dynamique de 2019 ;
- Mars à mai 2020 : le premier confinement s'est traduit par une baisse généralisée des soins de ville, plus ou moins importante selon les secteurs de l'activité. Les indemnités journalières ont, quant à elles, très fortement augmenté du fait des mesures dérogatoires. Pendant cette période, les téléconsultations se sont fortement développées sans compenser la baisse d'activité en présentiel.
- De juin à août 2020 : globalement, la période estivale marque un retour des remboursements à une dynamique comparable à celle d'avant la crise sanitaire mais qui masque des disparités importantes par postes : rattrapage partiel de soins pour certains (actes techniques des spécialistes, soins dentaires) compensé par une activité encore faible pour d'autres (consultations en présentiel des médecins, transports sanitaires) ;
- De septembre à décembre : forte accélération globale des remboursements de ville en raison de la forte et rapide montée en charge des tests RT-PCR en biologie, des tests antigéniques ou délivrance de masques et accélération des indemnités journalières.

La seconde période de confinement n'a quasiment pas occasionné de baisse d'activité en novembre et décembre.

Face à la baisse d'activité observée pendant le premier confinement, une indemnisation à destination des professionnels de santé a été mise en place, afin de compenser pour partie leur perte d'activité (dispositif d'indemnisation pour perte d'activité - Dipa). Le dispositif couvre deux périodes - la première allant du 16 mars au 30 juin 2020 (dit Dipa 1) et la seconde couvrant du 15 octobre au 31 décembre 2020 (dit Dipa 2), seuls les médecins libéraux exerçant en établissement et concernés par des déprogrammations étant éligibles lors de la seconde période. Le dispositif comporte une avance (avances versées ou en cours de versement) (cf. tableau 1) et un solde qui sera versé en 2021.

Résultats annuels pour les remboursements de soins de 2020

Compte tenu de tous ces éléments, hors remboursements forfaitaires (comme le forfait patientèle médecin traitant, Rosp...), en données corrigées des variations calendaires, **les soins de ville**, augmentent plus rapidement en 2020 (+3,6% hors Dipa et +4,8% y compris avances Dipa) qu'en 2019 et 2018 (+2,8% et +2,7%).

L'analyse plus détaillée des postes de dépenses fait apparaître les évolutions suivantes :

En données corrigées des variations calendaires, les remboursements de soins de médecins et dentistes reculent de -6,4% en 2020 hors Dipa et -3,1% y compris avances Dipa (après +2,5% en 2019 et +3,3% en 2018).

- Les remboursements de **médecine générale** baissent de -6,1% hors Dipa et -4,1% y compris avances Dipa (après -0,6% en 2019, +2,9% en 2018). La baisse des consultations en présentiel (-12,2%, -530 M€ par rapport à 2019) n'a pas été totalement compensée par l'augmentation importante du recours aux téléconsultations (+310M€ par rapport à 2019) ;
- L'évolution des remboursements des **soins de médecine spécialisée** s'établit à -6,7% hors Dipa et -4,2% y.c. avances Dipa en 2020, contre +2,9% en 2019, +3,5% en 2018. Les actes techniques, qui représentent presque 70% des remboursements de soins des spécialistes ont reculé globalement de -7,3%. Parmi ceux-ci, les actes techniques effectués en cliniques (-9,9%) ont plus chuté que ceux effectués en cabinet (-5,6%). A l'instar des généralistes, les consultations en présentiel ont fortement baissé (-11,4%, -270M€ par rapport à 2019). Cette forte baisse n'a été que partiellement compensée par les téléconsultations (+ 90M€ par rapport à 2019) ;
- Les remboursements de **soins dentaires** reculent de -9,4% hors Dipa et -2,1% y compris avances Dipa (+2,9% en 2019, +0,6% en 2018). La baisse des remboursements de soins dentaires a été minorée par l'impact des revalorisations apportées sur la part obligatoire permettant une diminution des dépassements dans le cadre du « reste à charge 0 » instaurée à la fin du premier trimestre 2019 (de -13,3% à -9,4%).

Au sein des soins d'auxiliaires médicaux, dont les remboursements reculent de -1,0% hors Dipa et restent stables y.c. avances Dipa en 2020 (après +3,8% en 2019, +4,2% en 2018), les **soins infirmiers** accélèrent franchement en 2020 (+6,9% hors Dipa et +7,3% y.c. avances Dipa après +4,3% en 2019 et +4,7% en 2018) sous les effets combinés de la nouvelle tarification des soins auprès des patients dépendants (réforme du bilan de soins infirmiers) et des prélèvements de tests PCR et antigéniques réalisés par les infirmiers lors du dernier trimestre 2020. Au contraire, les remboursements de **soins de masso-kinésithérapie**, déjà en croissance plus faible depuis 3 ans, reculent en 2020 (-11,9% hors Dipa et -9,5% y.c. avances Dipa, après +2,5% en 2019, +2,9% en 2018 et +4,0% en 2017).

Les remboursements de **biologie médicale** bondissent en 2020 à +45,7% (après +1,8% en 2019, -0,5% en 2018). Cette augmentation résulte de la mise en œuvre des mesures de tests dans le cadre de l'épidémie Covid-19 et notamment de la décision prise fin juillet de rembourser les tests PCR intégralement et sans prescription. Le montant total des dépenses au titre des dépistages Covid dans les laboratoires de biologie médicale pour l'année 2020 s'élèverait donc à 1,8Md€ pour le régime général.

Les remboursements de produits de santé (médicaments et produits de la LPP), ont connu une progression en 2020 (+1,7% hors Dipa, +1,9% y.c. avances Dipa) globalement comparable à celles des années passées (+2,4% en 2019, +1,2% en 2018, +2,3% en 2017 et +1,3% en 2016).

- Concernant le secteur du **médicament**, à l'instar des deux dernières années, 2020 est marquée par une forte évolution des remboursements de **médicaments délivrés en officine** (+3,3% hors Dipa et +3,6% y.c. avances Dipa après +3,2 en 2019 et +3,1% en 2018) et un recul important de la **rétrocession hospitalière** (-3,8%). Le changement de circuit de délivrance pour de nombreux médicaments, depuis quelques années, de la pharmacie hospitalière à l'officine de ville, explique en partie ces fortes variations. En outre, la mise en place des tests antigéniques depuis fin octobre et le remboursement des masques sur prescription depuis début octobre contribue

pour +1,4 point (environ +300M€) à l'évolution annuelle des médicaments d'officine en 2020. Enfin, la réforme de la marge des grossistes répartiteurs et l'augmentation des remboursements de vaccins anti grippe contribuent pour +0,3 point à l'augmentation annuelle des médicaments d'officine. Pour ces raisons, globalement, l'évolution de médicaments (+2,6%) accélère par rapport à 2019 et 2018 (respectivement +1,6% et +0,5%).

- Les remboursements des autres produits de santé, et en particulier ceux **de la liste des produits et prestations (LPP)**, reculent de -1,1% en 2020 (après +5,0% en 2019, +3,5% en 2018, +5,1% en 2017 et +5,3% en 2016).

L'activité thermique a été très fortement touchée par la pandémie. Aucun centre n'a ouvert pendant le premier confinement et la décision a été prise de mettre fin à la saison thermique dès la fin octobre.

Les dépenses de **transports sanitaires** ont baissé de -9,1% hors Dipa, -6,7% y.c. avances Dipa en 2020 (après -1,1% en 2019, +2,9% en 2018 et +4,4% en 2017). Si les transporteurs sanitaires ont connu, pendant le premier confinement, une baisse d'activité relativement contenue (cf. supra), ils ne semblent pas avoir retrouvés totalement leur niveau d'activité d'avant crise sanitaire à la fin de l'année 2020.

Les remboursements des **indemnités journalières** augmentent de +25% en 2020 (après +4,9% en 2019 et 2018, et +4,6% en 2017). La dynamique des indemnités journalières a été extrêmement heurtée tout au long de l'année 2020. Les mois d'avril et mai ont vu le doublement de remboursements d'indemnités journalières maladie. Puis, rapidement, ces remboursements ont décliné pour se stabiliser sur leur niveau tendanciel en août 2020. A partir de septembre, elles ont ré-acceléré avec la reprise de l'épidémie (évolutions comprise en +15% et +20% sur les quatre derniers mois de l'année pour les indemnités journalières maladie).

Les établissements de santé (publics et privés) bénéficient d'un mécanisme de garantie de financement (hors listes en sus) en 2020. Il vise à garantir un niveau minimal de recettes pour l'activité de soins couvrant la période de mars à décembre 2020. Les recettes prises pour établir l'assiette de la garantie de financement sont celles de l'année 2019 ajustées des mesures liées à la campagne tarifaire de 2020.

En outre, les dispositifs dérogatoires Covid, mesures et primes exceptionnelles, sont principalement financés sur les crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et des dotations annuelles de financement (DAF) qui présentent, de ce fait, de très fortes évolutions en 2020.

Le mécanisme de garantie de financement a été intégré dès mai 2020 pour l'activité de mars (M3) dans les versements aux établissements de santé publics. Ainsi, l'évolution des versements à ces établissements est de +10,9% en 2020. La progression des soins hospitaliers de court séjour (médecine chirurgie et obstétrique) est de +7,0% (dont +6,3% pour l'activité de séjours). Les montants d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) sont en forte hausse (+320M€ par rapport à 2019). Les MIGAC augmentent de +52% (+3,3Md€ par rapport à 2019) et les dotations de financement de +8,1% (+1,1Md€ par rapport à 2019).

Pour les établissements de santé privés, les remboursements observés à fin décembre 2020 reflètent l'activité 2020 réelle du secteur. Le mécanisme de garantie de financement s'appliquera via une régularisation qui sera effectuée au printemps 2021. Ainsi, les soins hospitaliers de court séjour reculent de -2,5% en 2020 (dont -8,2% pour l'activité de séjour). Les montants IFAQ sont en forte hausse (+120M€ par rapport à 2019) et les MIGAC augmentent de +352%, soit +480M€ de plus qu'en 2019.

Globalement, à la fin de l'année 2020, l'évolution des versements aux établissements de santé est de +9,0% en 2020.

Les dépenses liées aux hospitalisations en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation des cliniques également couverte par la garantie qui sera notifiée en mars 2021, baissent de -2,0% et de -5,8%.

Les versements aux **établissements médico-sociaux** progressent fortement pour aboutir à +10,2% (dont +17,7% pour le secteur personnes âgées) en raison de délégations exceptionnelles Covid.

Au total, les dépenses du régime général progressent en 2020 de +6,5% en données corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières hors Dipa et +7,1% y.c. avances Dipa.

QUELQUES CHIFFRES SUR LES REMBOURSEMENTS EFFECTUES EN 2020

Tableau 1

Régime général + anciens affiliés RSI Métropole Tous risques En millions d'euros	Données mensuelles HORS avances DIPA			Données annuelles HORS avances DIPA			Données annuelles Y COMPRIS avances DIPA		
	Données brutes décembre 2020	Taux de croissance décembre 2020 / décembre 2019		Données brutes janvier 2020- décembre 2020	Taux de croissance annuelle (janvier 2020 - décembre 2020 / janvier 2019 - décembre 2019)		Données brutes janvier 2020- décembre 2020	Taux de croissance annuelle (janvier 2020 - décembre 2020 / janvier 2019 - décembre 2019)	
		Données brutes	Données CVS-CJO		Données brutes	Données CJO		Données brutes	Données CJO
Soins de ville	8 110	15,8 %	11,3 %	82 768	4,1 %	3,6 %	83 765	5,3 %	4,8 %
Honoraires médicaux et dentaires	1 942	7,0 %	2,5 %	20 120	-5,6 %	-6,4 %	20 837	-2,3 %	-3,1 %
<i>dont généralistes</i>	463	-2,6 %	-5,7 %	5 260	-5,4 %	-6,1 %	5 367	-3,5 %	-4,1 %
<i>dont spécialistes</i>	1 015	7,0 %	2,4 %	10 615	-5,9 %	-6,7 %	10 904	-3,3 %	-4,2 %
<i>dont dentistes</i>	316	15,2 %	9,6 %	2 874	-8,5 %	-9,4 %	3 102	-1,2 %	-2,1 %
Auxiliaires médicaux	1 166	14,5 %	9,7 %	10 977	-0,6 %	-1,0 %	11 105	0,6 %	0,1 %
<i>dont masseurs-kinésithérapeutes</i>	411	12,6 %	7,5 %	3 304	-11,2 %	-11,9 %	3 395	-8,7 %	-9,5 %
<i>dont infirmiers</i>	650	16,7 %	11,6 %	6 914	7,0 %	6,9 %	6 941	7,4 %	7,3 %
Laboratoires de biologie médicale	625	126,7 %	117,2 %	4 663	47,0 %	45,7 %	4 663	47,0 %	45,7 %
Transports	367	2,3 %	-2,0 %	3 710	-8,4 %	-9,1 %	3 806	-6,0 %	-6,7 %
Autres soins de ville (dnt cures)	11	-40,4 %	-54,2 %	187	-41,5 %	-41,5 %	187	-41,5 %	-41,5 %
Indemnités journalières	1 203	19,5 %	15,2 %	14 470	25,3 %	25,0 %	14 470	25,3 %	25,0 %
Médicaments	2 184	13,0 %	9,4 %	22 198	2,9 %	2,6 %	22 254	3,1 %	2,8 %
<i>dont médicaments délivrés en ville</i>	1 948	12,2 %	8,4 %	20 044	3,7 %	3,3 %	20 100	3,9 %	3,6 %
<i>dont médicaments rétrocedés</i>	237	20,3 %	18,7 %	2 154	-4,0 %	-3,8 %	2 154	-4,0 %	-3,8 %
LPP (dont dispositifs médicaux)	612	5,4 %	1,6 %	6 443	-0,6 %	-1,1 %	6 443	-0,6 %	-1,1 %
Etablissements sanitaires	9 587	39,2 %	36,5 %	79 544	9,4 %	9,0 %	79 544	9,4 %	9,0 %
Etablissements sanitaires publics	8 134	43,2 %	40,4 %	66 550	11,3 %	10,9 %	66 550	11,3 %	10,9 %
Etablissements sanitaires privés	1 453	20,2 %	17,0 %	12 994	0,8 %	0,2 %	12 994	0,8 %	0,2 %
Etablissements médico-sociaux	3 585	76,6 %	74,0 %	22 270	10,3 %	10,2 %	22 270	10,3 %	10,2 %
Contribution au Fonds d'intervention régionale (hors permanence des soins ambulatoires et en cliniques)	227	-1,6 %	-1,6 %	2 759	-0,6 %	-0,6 %	2 759	-0,6 %	-0,6 %
Total des dépenses	21 510	33,1 %	29,2 %	187 341	6,9 %	6,5 %	188 338	7,5 %	7,1 %

Remboursements de soins « bruts » et « CVS-CJO » hors Rosp médecins, génériques, Forfait structure, FPMT, MPA, RMT, FMT Hors ou y compris avances Dipa

Tableau 2

Régime général + anciens affiliés RSI Métropole Tous risques En millions d'euros*	Données mensuelles		Données annuelles	
	Données brutes décembre 2020	Taux de croissance décembre 2020 / décembre 2019	Données brutes janvier 2020 - décembre 2020	Taux de croissance annuelle (janvier 2020 - décembre 2020 / janvier 2019 - décembre 2019)
		Données brutes		Données brutes
Soins de ville*	8 121	15,9 %	85 114	5,3 %
<i>RMT/FMT/MPA - généralistes</i>	0	<i>n.s</i>	17	1,5 %
<i>Rosp, FPMT, forfait structure - généralistes</i>	3	<i>n.s</i>	1 150	8,2 %
<i>RMT/FMT/MPA - spécialistes</i>	0	<i>n.s</i>	23	4,9 %
<i>Rosp, FPMT, forfait structure - spécialistes</i>	1	<i>n.s</i>	77	55,9 %
<i>DIPA 1 et 2 (avances à fin décembre) - Tous PS</i>	7	<i>n.s</i>	997	<i>n.s</i>
Total des dépenses*	21 521	33,2 %	189 687	7,5 %

Remboursements de soins « bruts » y compris Rosp médecins, génériques, Forfait structure, FPMT, MPA, RMT, FMT et avances Dipa

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 y compris ex-RSI représente 92% 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.