

# Les dépenses de santé des régimes d'Assurance Maladie



Région  
 des Pays  
 de la Loire

2005

Conception et impression CRAM des Pays de la Loire.

# Avant-propos

*Les dépenses de santé financées par l'Assurance maladie présentées dans ce document portent essentiellement sur la partie hospitalisation c'est-à-dire 52 % des dépenses de l'ONDAM, les 48 % concernant les dépenses de soins de ville ne sont pas traitées cette année.*

*Cette partie hospitalisation couvre la totalité des régimes, tous risques confondus. Les données concernant l'hospitalisation sont issues des arrêtés de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en ce qui concerne les établissements financés par dotation avec la tarification à l'activité (T2A), des montants remboursés et des recettes réelles, telles qu'elles apparaissent dans le SNIRAM et dans les comptes administratifs, en ce qui concerne les autres établissements. L'ensemble rend compte des dépenses de santé prises en charge par l'ensemble des régimes obligatoires, résultant de l'activité des structures sanitaires ou médico-sociales de la région, quelle que soit la provenance des patients.*

# Sommaire

<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>1</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>1 L'ENVIRONNEMENT RÉGIONAL</b> .....	<b>4</b>
11 LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES RÉGIONALES .....	5
12 L'OFFRE DE SOINS DES ETABLISSEMENTS.....	6
121 <i>L'essentiel de l'activité des établissements hospitaliers</i> .....	6
122 <i>L'offre de soins médico-sociale</i> .....	10
<b>2 LES OBJECTIFS D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE</b> .....	<b>11</b>
21 LE DISPOSITIF .....	12
211 <i>L'ONDAM</i> .....	12
212 <i>L'ONDAM : les soins de ville</i> .....	13
213 <i>L'ONDAM : les établissements sanitaires publics et privés</i> .....	13
214 <i>L'ONDAM : les établissements médico-sociaux</i> .....	15
<b>3 ÉVOLUTION RÉGIONALE DES VERSEMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SOINS D'ASSURANCE MALADIE</b> .....	<b>17</b>
31 ÉVOLUTION DES VERSEMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SOINS .....	18
311 <i>Les versements aux établissements sanitaires (hôpitaux et cliniques)</i> .....	20
312 <i>Les versements aux établissements médico-sociaux</i> .....	25
<b>QUELQUES CHIFFRES AU PLAN RÉGIONAL EN 2005</b> .....	<b>28</b>

# Introduction

Ce document est consacré aux dépenses de santé des régimes d'Assurance maladie qui englobent seulement celles des secteurs hospitalier et médico-social.

L'analyse de la répartition et de l'évolution des dépenses régionales de santé présentée dans ce document doit s'apprécier au regard des caractéristiques de la population et de l'offre de soins de la région des Pays de la Loire.

# **1 L'Environnement régional**

**11 LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES RÉGIONALES**

**12 L'OFFRE DE SOINS**

## 11 LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES RÉGIONALES

La population 2005 estimée de la région des Pays de la Loire est de 3,3 millions d'habitants, répartie sur 1502 communes.

La région connaît un taux de natalité supérieur à la moyenne nationale (13,1 contre 12,7 en 2004).

Le taux de mortalité (8,4), l'espérance de vie à la naissance (75,9 ans pour les hommes et 83,6 ans pour les femmes), l'indice de vieillissement, sont conformes aux moyennes nationales.

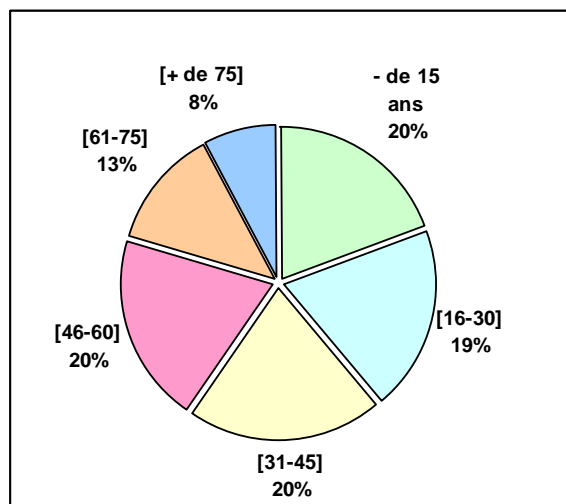
La tendance au vieillissement de la population régionale devrait se confirmer dans les prochaines années. Elle constitue un enjeu important pour le système de santé régional, tant pour l'organisation et l'adaptation du système de santé que pour son financement.

Le tableau et les deux graphiques ci-dessous montrent l'importance prévue de ce phénomène à l'horizon 2020.

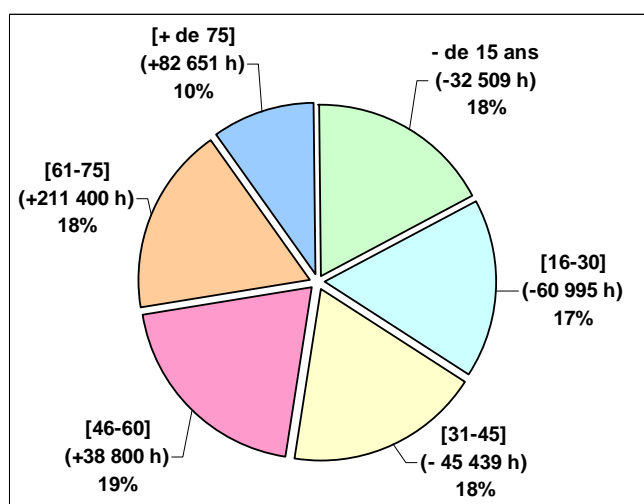
Tranche d'âge	2005	2020
- de 15 ans	649 526	617 017
[16-30]	642 914	581 958
[31-45]	684 826	639 387
[46-60]	655 389	694 191
[61-75]	426 558	637 998
[+ de 75]	259 990	342 641
<b>Total</b>	<b>3 319 204</b>	<b>3 513 192</b>

Source INSEE

Structure de la population en 2005



Structure de la population en 2020 et évolution en nombre par rapport à 2005



En 2005, la population des plus de 60 ans représente environ 680 000 habitants dans la région. Ce chiffre devrait être proche du million d'habitants en 2020.

## 12 L'OFFRE DE SOINS DES ETABLISSEMENTS

### 121 L'essentiel de l'activité des établissements hospitaliers

#### 1221 Synthèse de l'activité de court séjour hospitalier en 2005

L'activité régionale des établissements hospitaliers en 2005 correspond à 799.990 séjours MCO, 306.550 séances, 60.608 séjours HAD.

<b>CHIRURGIE ET MEDECINE</b>	<b>Chirurgie ( nbre de séjours)</b>			<b>Médecine ( nbre de séjours)</b>		
	<b>&gt; à 1 jour</b>	<b>1 jour</b>	<b>0 jour</b>	<b>&gt; à 1 jour</b>	<b>1 jour</b>	<b>0 jour</b>
01- Affections du système nerveux	5 842	1 629	8 743	19 342	5 608	5 829
02-Affections de l'oeil	14 589	13 837	20 073	800	332	1 043
03- affections des oreilles, nez, gorge, bouche, dents	8 665	12 357	31 708	4 123	2 954	7 867
04- Affections respiratoires	1 585	35	38	23 112	3 613	3 937
05- Affections de l'appareil circulatoire	11 325	3 056	2 525	37 539	4 481	6 006
06-Affections du tube digestif	25 576	2 088	974	19 019	5 766	4 111
07-Affections du système hépato-biliaire et pancréas	5 751	103	6	7 921	1 364	4 636
08-Affections, trauma, l'appareil musculo squeletique et tissu conjonctif	45 934	9 534	15 664	12 142	4 581	7 759
09- Affections de la peau des tissus sous-cutanés et des seins	11 662	4 301	11 653	3 886	3 015	6 003
10- Affections endocriniennes, métaboliques, nutritionnelles	3 955	104	15	8 708	1 034	5 876
11- Affections du rein et des voies urinaires	6 814	1 016	679	9 136	2 319	5 433
12- Affections de l'appareil génital masculin	6 891	939	3 466	1 610	709	3 186
13- Affections de l'appareil génital féminin	11 330	2 454	4 914	1 305	385	863
15 - Nouveau-nés, prématurés, affections de la période périnatale				44 716	333	188
16- Affections du sang et des organes hématopoïétiques	240	88	233	3 776	771	4 734
17- Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	1 011	170	315	9 342	3 845	10 332
18- Maladies infectieuses et parasitaires	455	36	36	3 003	862	1 206
19- Maladies et troubles mentaux	38	9	11	7 452	1 614	1 793
20- Troubles mentaux organiques organiques liés à l'absorption de drogues				4 215	2 775	1 314
21- Traumatismes , allergies, empoisonnements	1 681	515	640	2 360	2 705	1 497
22- Brûlures	468	10	8	1	85	66
23- Autres motifs de recours aux services de santé	581	209	466	13 440	4 488	28 062
25- Maladies dues à une infection par le VIH	8			254		
26- Traumatismes multiples graves	259			-		
27- Transplantations d'organes	251			276		9
<b>Total</b>	<b>165 028</b>	<b>52 490</b>	<b>102 167</b>	<b>236 386</b>	<b>53 639</b>	<b>111 750</b>

<b>OBSTETRIQUE</b>	<b>(nbre de séjours)</b>		
	<b>&gt; à 1 jour</b>	<b>1 jour</b>	<b>0 jour</b>
Accouchements par voie basse	36 378		
Césariennes	7 416		
<b>Total accouchements</b>	<b>43 794</b>		
Autres séjours classés en obstétrique (yc interruption de grossesse)	5 120	3 546	17 015
<b>Total</b>	<b>48 914</b>	<b>3 546</b>	<b>17 015</b>

<b>ENDOSCOPIES</b>	<b>(nbre de séjours)</b>		
	<b>&gt; à 1 jour</b>	<b>1 jour</b>	<b>0 jour</b>
Endoscopies avec anesthésie	3	10 744	53 626
Endoscopie sans anesthésie	31	915	8 109

<b>ACTIVITE DE SEANCES</b>	<b>Nbre de séances</b>
Épuration extrarénale, en séances	127 444
Chimiothérapie pour tumeur, en séances	75 049
Irradiations et préparations à l'irradiation	97 167
Transfusion, en séances	6 890

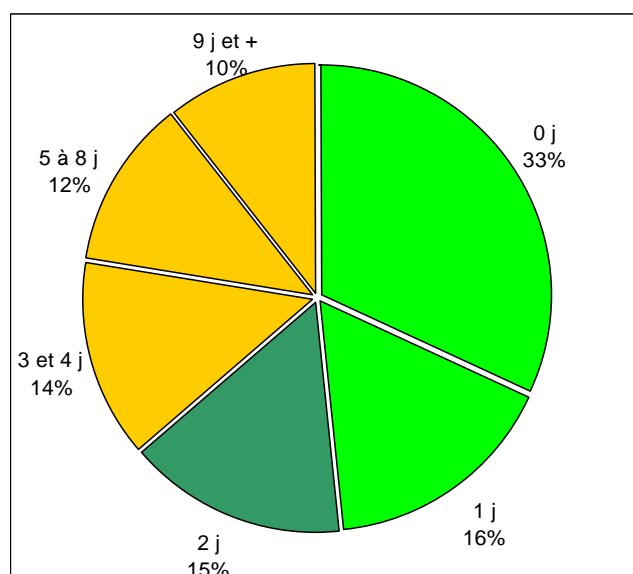
  

<b>Séjours de moins de 2 jours avec décès, transferts</b>	<b>Nbre de séjours</b>
Infarctus du myocarde avec décès : séj. < 2 j	107
Nouveau-nés décédés : séj. < 2 j	67
Autres décès : séj. < 2 j	2 424
Transferts de Nnés vers autre établissement : séj. < 2 j	355
Brûlures + transfert vers autre établissement : séj. < 2 j	27
Autres transferts : séj. < 2 j	7 398

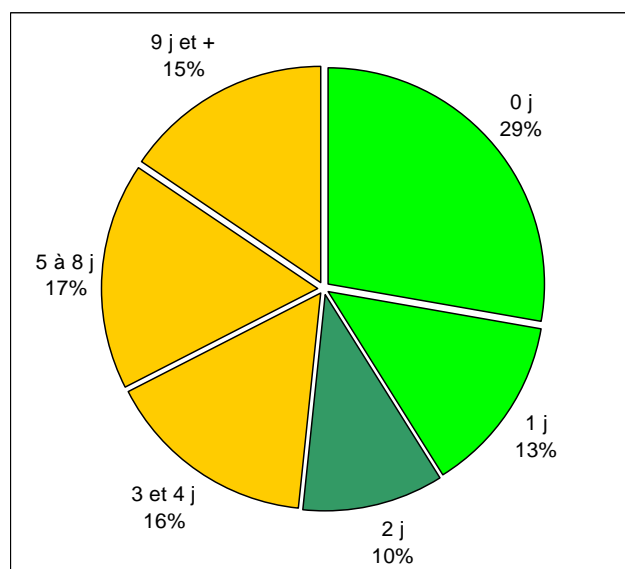
  

<b>HOPITAL A DOMICILE</b>	<b>Nbre de journées</b>
Structures intégrées à un hôpital	4 488
Structures HAD	56 120
<b>Total</b>	<b>60 608</b>

### Répartition des durées de séjour en chirurgie



### Répartition des durées de séjour en médecine (hors endoscopies)



En chirurgie, près des deux tiers des séjours ont une durée inférieure ou égale à 2 jours. La chirurgie ambulatoire (durée = 0j) totalise en moyenne 33 % des séjours. Très variable d'une spécialité à l'autre, elle est en constante progression depuis plusieurs années et son développement fait partie des objectifs de l'Assurance maladie.

En médecine, la durée de séjour est sensiblement plus longue qu'en chirurgie. Les durées de séjours longues supérieures à 9 jours y sont plus fréquentes et les durées de séjours inférieures ou égales à 2 jours représentent environ la moitié de l'activité totale.

### 1222 Synthèse de l'activité de soins de suite et de réadaptation 2005

Catégories majeures cliniques	Nombre de journées	%
12-Poursuites de Soins Médicaux Neuro-Musculaire	294 265	18,6%
16-Poursuites de Soins Médicaux Rhumato/Orthopédique	286 989	18,1%
17-Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatique	280 673	17,7%
11-Poursuites de Soins Médicaux Cardio-vasculaire/Respiratoire	153 223	9,7%
15-Poursuites de Soins Médicaux Viscéral	141 443	8,9%
13-Poursuites de Soins Médicaux Santé mentale	133 910	8,5%
20-Soins palliatifs	77 654	4,9%
14-Poursuites de Soins Médicaux Sensoriel et cutané	64 006	4,0%
60-Autres situations	47 606	3,0%
40-Réadaptation/Réinsertion	30 577	1,9%
18-Poursuites de Soins Médicaux Amputations	24 275	1,5%
30-Attente de placement	23 312	1,5%
50-Poursuites de Soins Médicaux Nutritionnels	18 379	1,2%
80-Gériatrie aiguë	7 062	0,4%
<b>TOTAL</b>	<b>1 583 374</b>	<b>100%</b>

(source PMSI 2005)

Plus de la moitié de l'activité de soins de suite et de réadaptation est concentrée sur les trois premières catégories majeures cliniques : affections neuro-musculaires, orthopédie-rhumatologie, prise en charge post-traumatique, avec 861 927 journées produites en 2005.

**Répartition des journées par classes d'âge en SS-MPR**  
(Source PMSI , SAE, INSEE)

Classe d'âge	Poids dans la population	Part des journées de soins de suite	Part des journées de MPR
15 ans et moins	18,6%	1,8%	4,4%
16-30 ans	19,8%	1,8%	10,2%
31-45 ans	20,8%	6,8%	11,7%
46-60 ans	19,5%	12,8%	19,8%
61-75 ans	13,1%	24,3%	27,5%
+ de 75 ans	8,2%	52,4%	26,4%

En soins de suite (SS), plus de la moitié des journées sont produites pour des patients de plus de 75 ans. Cette proportion atteint 76,7 % en considérant les patients de plus de 60 ans.

En médecine physique et de réadaptation rééducation fonctionnelle (MPR), ce phénomène est moins accentué, les patients de 60 ans et moins mobilisent environ 46,1 % des journées produites. 24,6 % des journées sont consacrées à des patients de moins de 30 ans.

### 1223 Les activités de psychiatrie

**Répartition des journées par type de prise en charge en 2005**  
(Source SAE 2005)

	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle ( jour, nuit)	Prises en charge alternatives
Psychiatrie générale	859 270	220 250	605 091
Psychiatrie infanto-juvénile	27 741	76 526	240 623

En psychiatrie, la tendance vers des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète se confirme en 2005, même si elle devrait s'atténuer au cours des prochaines années. Les prises en charges alternatives regroupent notamment les centres d'accueil à temps partiel et ateliers thérapeutiques, les appartements et l'accueil familial thérapeutiques. L'ensemble de ces structures totalisent 36 % des journées de psychiatrie adultes et 70 % des journées de psychiatrie enfants.

### 1224 Les activités de soins de longue durée (USLD)

Une partie de ces unités est entrée dans le champ de la réforme des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et sont classées désormais en EHPAD. Cependant, un moratoire sur la poursuite de ce processus, promulgué par le ministère de la santé, est actuellement en vigueur.

Les unités de soins de longue durée ont produit 1 779 952 journées en 2005 pour une capacité installée de 4 882 lits. Le taux d'occupation des lits de ces structures, proche de 100 %, et les durées de séjour longues induisent une rotation faible. Le nombre d'entrées pour l'ensemble des structures est de 2 650 pour l'année entière.

## 1225 L'activité de consultations et soins externes

Activité	Nbre de consultations
Médecine	491 379
Chirurgie	620 953
Obstétrique	300 452
Psychiatrie générale	146 209
Psychiatrie infanto-juvénile	43 665
Soins de suite et réadaptation	31 530
Autres disciplines	287 347
<b>Total</b>	<b>1 921 535</b>

Les consultations et soins externes sont une composante importante de l'activité hospitalière. Elles entrent dans le champ de la tarification à l'activité pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements du service public hospitalier. 1 412 784 consultations ont été recensées pour ces activités de court séjour.

## 1226 L'activité des urgences

Les sites d'accueil et de traitement des urgences comprennent trois types d'unités :

1. SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences
2. UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
3. POSU : Pôle Spécialisé d'Urgence.

Ces trois types d'unités seront à terme regroupées sous la dénomination "structures de Médecine d'Urgence".

En moyenne, 1 patient sur 4 est hospitalisé suite à son passage dans une unité d'urgence. Ce taux atteint 29 % pour les SAU.

	Nbre de passages	% d'hospitalisation
SAU	368 962	29%
UPATOU	258 470	18%
POSU	5 940	8%
Total	633 372	24%

## 122 L'offre de soins médico-sociale

- Les capacités d'accueil dans les structures médico-sociales poursuivent leur développement dans le secteur des adultes handicapés de 20,2 % par rapport à l'année 2000.
- Concernant les personnes âgées, les capacités d'accueil se modifient par la poursuite de la mise en œuvre du conventionnement tripartite des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- Dans le secteur de l'enfance inadaptée, l'offre de soins augmente de 5 % en raison de l'augmentation significative des services de prise en charge à domicile (+ 39,6 %).

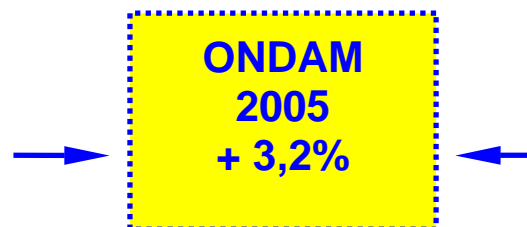
Offre de soins médico-sociale et sociale	capacités installées au 01/01/2005	taux évolution 2005-2000
<b>Enfance inadaptée</b>		
Déficients mentaux	3889	-0,9%
Polyhandicapés	313	12,2%
Troubles du comportement	737	-2,4%
Handicapés moteurs	374	1,4%
Déficients sensoriels	469	-24,2%
Services de soins à domicile SSESD	2007	39,6%
Autres établissements	249	-9,5%
<b>Total enfance inadaptée</b>	<b>8038</b>	<b>5,0%</b>
<b>Adultes handicapés</b>		
Foyer d'hébergement	1908	5,1%
Foyer occupationnel	3441	26,8%
Foyer à double tarification	646	38,0%
Maison d'accueil spécialisée	1026	23,3%
Etablissements de réinsertion professionnelle	380	16,2%
<b>Total adultes handicapés</b>	<b>7401</b>	<b>20,2%</b>
<b>Personnes âgées</b>		
Maison de retraite (nb lits) hébergement *	8828	-56,2%
Section de cure médicale (nb lits)	5541	-42,8%
Logements foyers ( nb logements)*	9469	-22,0%
Section de cure médicale (nb lits)	602	-54,9%
EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes) nb lits	21549	
Hébergement temporaire (nb lits)	829	37,3%
Soins à domicile (nb places)	4813	29,1%
<b>Total Personnes âgées</b>	<b>51631</b>	<b>8,4%</b>

Source : Statiss 2006

\*maisons de retraite ou logements foyers médicalisés ou non médicalisés.

## **2 Les objectifs d'évolution des dépenses de l'Assurance Maladie**

## 21 LE DISPOSITIF

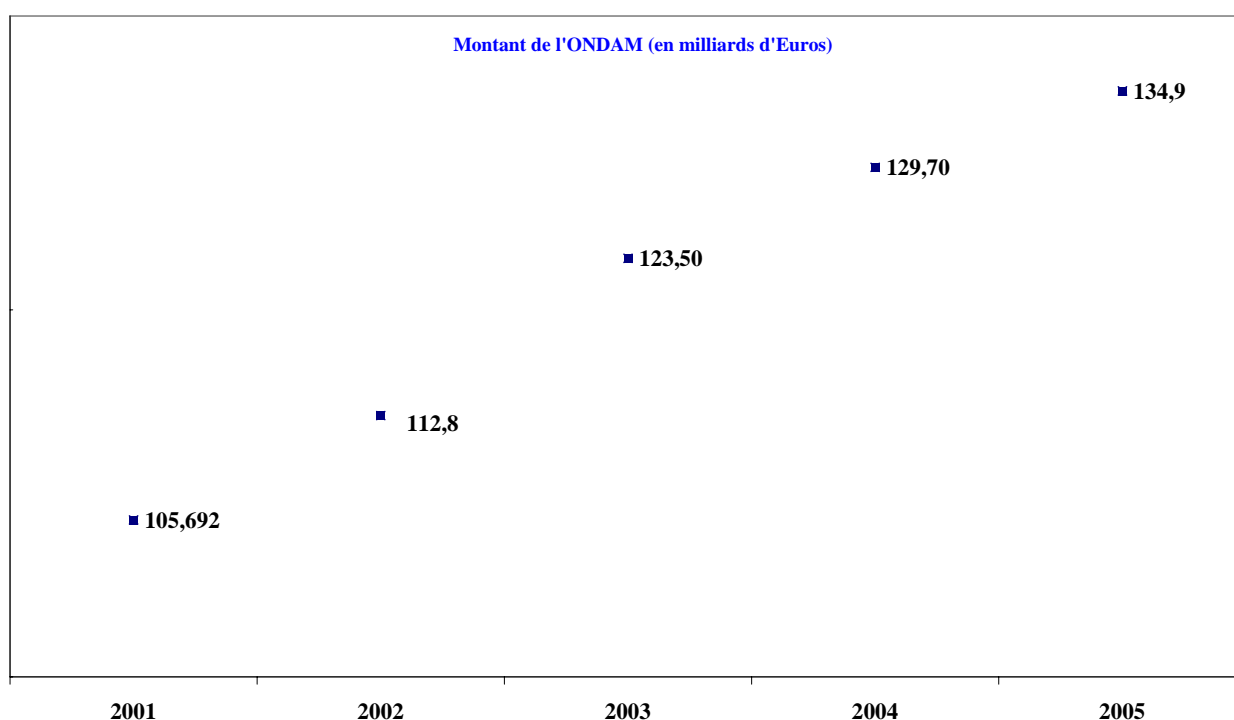


### 211 L'ONDAM

L'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) voté par le Parlement couvre exclusivement dans son enveloppe :

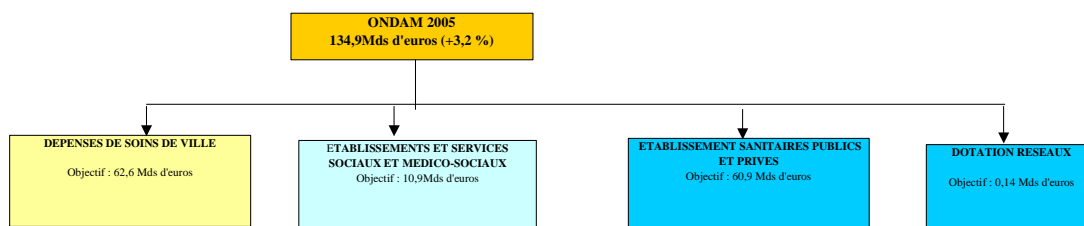
- les dépenses de soins ambulatoires et d'hospitalisation des trois risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;
- les dépenses correspondant aux prestations en espèces (indemnités journalières) des branches maladie et accidents du travail (à l'exception des rentes accidents du travail et des indemnités journalières maternité).

Il exclut donc les dépenses d'Assurance maladie qui concernent : les prestations en espèces du risque maternité, l'incapacité permanente et les autres charges techniques du risque accidents du travail, les risques invalidité et décès.



L'ONDAM est réparti en trois enveloppes principales, hors dépenses des DOM :

- les dépenses de soins de ville
- les établissements sanitaires publics et privés, issue de la mise en place de la T2A
- les établissements médico-sociaux.



La loi de financement de la Sécurité sociale n° 2004-1370 du 20 décembre 2004, votée par le Parlement pour l'année 2005, a fixé à **134,9 milliards d'euros l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)**.

Cet objectif correspond à une progression de 3,2 % des dépenses d'Assurance maladie par rapport à l'ONDAM révisé pour 2004 (mesures de rétablissement financier et de réorganisation prévues notamment par la loi du 13 août 2004).

## 212 L'ONDAM : les soins de ville

En 2005, l'objectif des dépenses de soins de ville a été fixé à **62,6 milliards d'euros**, soit une évolution de 2,1 %.

## 213 L'ONDAM : les établissements sanitaires publics et privés

Appliquée pour la première fois simultanément dans les deux secteurs (public en 2004 et privé à compter du 1er mars 2005), la tarification à l'activité (T2A) a entraîné le réaménagement des anciennes enveloppes de l'ONDAM. Ainsi les enveloppes "Établissements de santé publics et assimilés et établissements privés" ont été fusionnées dans l'ONDAM 2005 afin de ne former qu'une enveloppe commune. Cette dernière est déclinée en quatre sous enveloppes :

- objectif des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) pour les établissements réalisant de l'activité MCO, de l'hospitalisation à domicile (HAD) et de la dialyse,
- mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) : missions définies par décret, aide à la contractualisation,
- objectif des dépenses d'Assurance Maladie (ODAM) : pour les établissements publics de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie, les hôpitaux locaux et les unités de soins de longue durée,
- objectif quantifié national (OQN) : pour les établissements privés de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie.

Les 2 premières enveloppes sont communes aux secteurs public et privé alors que l'ODAM est spécifique aux établissements publics et l'enveloppe OQN concerne uniquement le secteur privé.

### 2131 les établissements sanitaires publics et assimilés

L'année 2005, seconde année de la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité prévue sur huit ans, est caractérisée par différents changements. La construction des budgets est basée sur l'évolution des recettes et non plus sur une autorisation de dépenses. Les dotations se réfèrent au financement alloué par l'Assurance maladie. La conversion des dépenses encadrées en dépenses d'assurance maladie résulte de l'application à la base budgétaire du taux moyen de prise en charge

par l'Assurance maladie calculé au niveau national pour chaque activité et chaque établissement.

Les taux de conversion moyens nationaux sont en 2005 : 92,5 % pour l'ODMCO, 92,1 % pour les MIGAC et 94,5 % pour l'ODAM.

La partie des recettes des établissements publics réalisant de l'activité MCO liée à la production et mesurée pour l'essentiel par le PMSI (programme médicalisé des systèmes d'information) est passée de 10 % en 2004 à un taux de 25 % des tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) en 2005.

Les établissements disposent de trois financements : les dotations, la part soumise à l'activité MCO et les forfaits annuels.

Les dotations intègrent les mesures nouvelles de l'année :

- la dotation annuelle complémentaire (DAC) qui correspond aux recettes MCO et HAD non soumises à l'activité et représente en 2005, 75 % de la base MCO. Pour la région des Pays de la Loire, le montant s'établit à 961,609 millions d'euros,
- la dotation annuelle de financement (DAF) qui correspond aux recettes des services des soins de suite ou de réadaptation, de psychiatrie et des hôpitaux locaux, dont le montant est de 667,775 millions d'euros pour la région,
- la dotation Mission d'Intérêt Général d'aide à la contractualisation (MIGAC) dont la liste est fixée par décret et concernent des missions telles que la recherche ou des activités de soins spécifiques s'élève en région à 168,504 millions d'euros.

La partie soumise à l'activité se compose, à hauteur de 25 %, des tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) fixés au plan national, des tarifs par prestation tels que les urgences, des suppléments de réanimation, de soins intensifs, de la surveillance continue et néonatalogie, des forfaits de dialyse et des paiements selon une liste établie pour les molécules onéreuses et les dispositifs médicaux implantables en fonction d'une liste.

Les forfaits annuels sont également liés à l'activité car leur montant dépend d'un certain seuil d'activité (forfait annuel d'urgence, forfait coordination prélèvements d'organes, forfait activité de transplantation d'organes et de greffe de moelle osseuse).

## **2132 les établissements sanitaires privés**

Appliquée pour la première fois en 2005, la réforme de la T2A a profondément modifié le système de financement des établissements privés réalisant de l'activité MCO.

Ces établissements ont eu un double système de financement sur l'année 2005 avec à partir du 1<sup>er</sup> mars la mise en œuvre en totalité de la T2A en remplacement du système du prix de journée.

Pour les établissements privés réalisant l'activité MCO, les ressources sont basées sur plusieurs sources de financement :

Les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) sont des forfaits tout compris intégrant les prestations d'hébergement et d'environnement technique. Contrairement aux établissements publics, les honoraires médicaux sont facturés en sus selon la CCAM (classification commune des actes médicaux) ou la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels).

A ces tarifs nationaux de GHS, est appliqué un coefficient correcteur MCO spécifique à chaque clinique qui se décompose ainsi : haute technicité pour le maintien des rémunérations au titre du classement chirurgie SPC (soins particulièrement coûteux)

jusqu'à l'application du SROS réanimation, géographique pour compenser le surcoût lié à l'implantation (Ile de France, Corse, Outre-mer), transition pour la sur ou sous-dotation des établissements à harmoniser progressivement.

Des suppléments journaliers sont facturables pour la néonatalogie, l'activité de réanimation et la surveillance continue dans le cadre du classement en SPC médecine. Les tarifs nationaux des activités spécifiques pour le passage aux urgences (ATU), les prélèvements d'organes, l'hospitalisation à domicile, sont applicables aux établissements privés ainsi que le forfait annuel urgences. Des enveloppes sont également réparties entre les établissements privés comme pour les établissements publics pour le financement des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation.

Pour l'activité de soins de suite et réadaptation (SSR) et de psychiatrie, le système de l'OQN est maintenu et détermine les évolutions des tarifs de prestations.

Pour les établissements privés SSR et psychiatrie, l'arrêté tarifaire a été signé par le ministre de la santé et des solidarités le 15 juin 2005 et publié au Journal officiel du 29 juin 2005.

Le taux d'évolution moyen national des tarifs de prestation a été fixé à 1,89 % soit 1,11 % et 0,78 % au titre des mesures tarifaires ciblées : 0,83 % pour les structures de soins de suite dans le cadre du plan d'urgences, 0,36 % pour la médicalisation des établissements en rééducation fonctionnelle et 0,79 % pour le financement des alternatives à l'hospitalisation complète en psychiatrie dans le cadre du plan de santé mentale. Un accord régional a été signé le 19 juillet 2005 et le taux d'évolution moyen régional des tarifs de prestations a été fixé à 1,86 % en soins de suite et 1,10 % en psychiatrie en intégrant les mesures suivantes : surveillance médicale et harmonisation des tarifs en SSR et création d'alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie.

## **214 L'ONDAM : les établissements médico-sociaux**

L'objectif national des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie, accordé en 2005 au secteur médico-social, s'est élevé à **10,9 milliards d'euros**, et se caractérise par une hausse de 5,4 % pour les personnes handicapées avant transfert entre les sous-enveloppes de l'ONDAM et de 11,4 % pour les personnes âgées par rapport à l'objectif 2004.

Le montant des dépenses autorisées pour le secteur des établissements et services médico-sociaux pour **personnes handicapées** est de 6,8 milliards d'euros avec des mesures nouvelles notamment :

- création de places en faveur des personnes handicapées de 206,9 millions d'euros et 33,59 millions d'euros pour les enfants autistes avec un montant de 6,66 millions d'euros pour les enfants polyhandicapés, 18,72 millions d'euros pour les places de Services d'Éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et 14,97 millions d'euros pour les places CAMSP, CMPP, ITEP ;
- création de places supplémentaires de maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil médicalisé (FAM) pour les adultes handicapés : 100,7 millions d'euros dont 15,2 millions d'euros pour financer des places dédiées aux autistes et une enveloppe de 8,56 millions d'euros consacrée aux services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ;
- mesures en faveur des Centres de cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) 7,7 millions d'euros et appartements de coordination thérapeutiques 4,15 millions d'euros ;
- mesures en faveur des Centres de soins spécialisés en Toxicomanies (CSST) 0,3 millions d'euros ;
- mises en place des consultations pour jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille 3,044 millions d'euros ;

- création de places de SSIAD pour adultes handicapés 6,3 millions d'euros.

Pour les **personnes âgées**, le montant des dépenses autorisées est de 4,3 milliards d'euros. 171,4 millions d'euros sont également dévolus à la poursuite du financement de la médicalisation des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPAD), 27,6 millions d'euros pour la création de 6000 places de SSIAD, 12,1 millions d'euros pour la création de 2 125 places d'accueil de jour et 1 125 places d'hébergement temporaire.

L'objectif national se répartit à hauteur de :

- 62 % pour les établissements accueillant des personnes handicapées,
- 38 % pour les établissements et services pour personnes âgées.

Au plan régional, la dotation **initiale** aux établissements médico-sociaux notifiée en 2005 s'élève à **0,621 milliard d'euros** (dépenses encadrées). Cette dotation se répartit de la façon suivante :

- 0,345 milliard d'euros pour les établissements de l'enfance inadaptée et pour le secteur des adultes handicapés,
- 0,276 milliard d'euros pour les établissements et services pour personnes âgées à tarification préfectorale.

### **3 Evolution régionale des versements aux établissements de soins d'Assurance maladie**

**31 ÉVOLUTION DES VERSEMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SOINS**

## 31 ÉVOLUTION DES VERSEMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

*Les dépenses d'hospitalisation présentées dans les pages suivantes concernent tous les risques et tous les régimes d'Assurance maladie. Elles sont structurées en deux domaines :*

*L'ensemble des établissements sanitaires :*

- *les établissements financés par dotation avec intégration de la mise en œuvre de la T2A (établissements publics hospitaliers, établissements privés participant au service public hospitalier ou à la sectorisation psychiatrique, établissements privés à dotation, et unités de soins de longue durée), et les établissements privés de soins de longue durée,*
- *les établissements de santé privés relevant de la T2A et les établissements privés SSR et psychiatriques.*

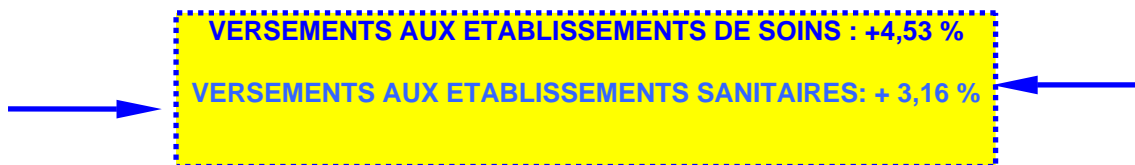
*L'ensemble des établissements médico-sociaux, régis par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 :*

- *les établissements de l'enfance inadaptée (instituts médico-éducatifs, instituts de rééducation, services d'éducation et de soins spécialisés à domicile, instituts d'éducation motrice, instituts médico-professionnels, centres d'action médico-sociale précoce...),*
- *les établissements pour adultes handicapés (maisons d'accueil spécialisées, foyers d'accueil médicalisés, centres de cure ambulatoire en alcoologie, unités d'évaluation de réentraînement et d'orientation socio-professionnelle, centres de rééducation professionnelle),*
- *les établissements des personnes âgées (EHPAD, sections de cure médicale et soins courants des maisons de retraite, services de soins infirmiers à domicile).*

*-oOo-*

*Les agrégats présentés dans les pages suivantes incluent :*

- ***pour les établissements financés par dotation***, les DAC, les DAF, les MIGAC ainsi que l'allocation de ressources portant sur le financement, au titre de la T2A de l'activité réelle MCO et HAD à hauteur de 25 % de l'année 2005,
- ***pour les établissements de santé privés*** les montants remboursés pour l'activité MCO, HAD au titre de la T2A, les prestations hospitalières pour l'activité SSR et de psychiatrie issus de la liquidation et figurant dans le SNIIRAM (Système National Inter-Régimes Assurance Maladie) en 2005,
- ***pour les établissements et services de l'enfance inadaptée***, les produits de tarification, y compris le forfait journalier, déclarés pour 2005 et dotations globales pour les SESSAD, SSAD, SEFIS, SAFEP, SAAAIS,
- ***pour les établissements pour adultes handicapés***, les produits de tarification, hors forfait journalier, déclarés pour 2005,
- ***pour les établissements et services pour personnes âgées***, les montants des forfaits globaux annuels de soins pour 2005.



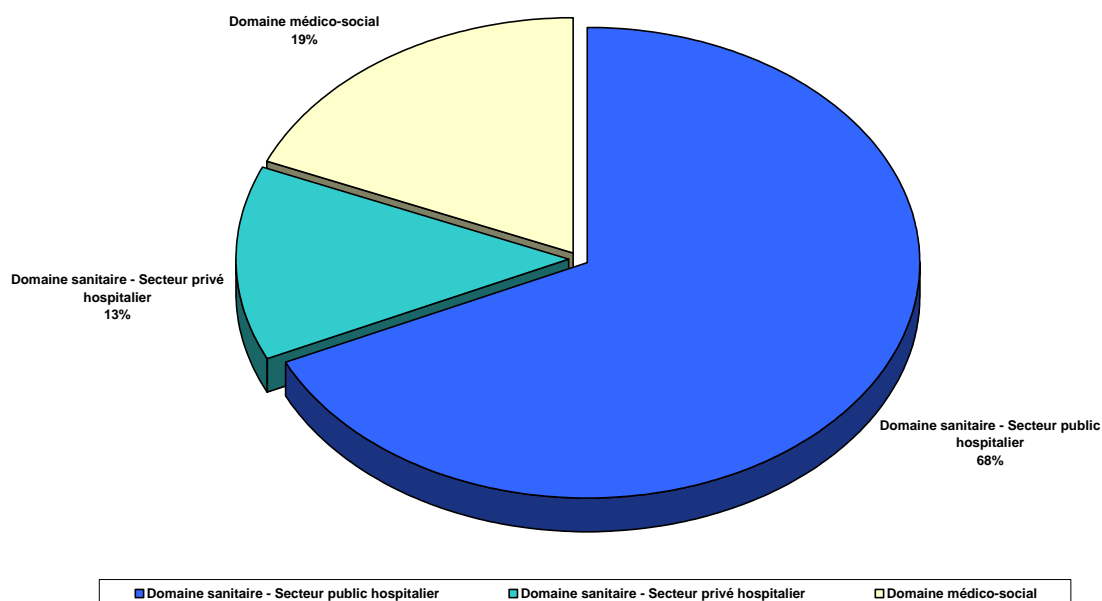
En 2005, les versements aux établissements de soins de la région ont atteint 3,4 milliards d'euros. Par rapport à 2004, l'augmentation en valeur absolue est de 144 millions d'euros.

Le taux d'évolution global est de 4,53 % par rapport à 2004. L' évolution nationale est de l'ordre de 4,63 %.

**Evolution des dépenses d'hospitalisation**  
(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	% 2005/2004
Versements aux établissements sanitaires	2 396	2 541	2 688	2 772	3,16%
Versements aux établissements médico-sociaux	489	526	569	632	10,98%
<b>Total</b>	<b>2 885</b>	<b>3 067</b>	<b>3 257</b>	<b>3 404</b>	<b>4,53%</b>

**Structure globale des versements aux établissements de soins en 2005**



### 311 Les versements aux établissements sanitaires (hôpitaux et cliniques)

VERSEMENTS AUX ETABLISSEMENTS SANITAIRES (en millions d'euros)	2002	2003	2004	2005	% 2005/2004
Service public hospitalier et assimilé	2 022	2 142	2 263	2 321	2,61%
Secteur privé*	374	399	425	451	6,10%
<b>Total</b>	<b>2 396</b>	<b>2 541</b>	<b>2 688</b>	<b>2 772</b>	<b>3,16%</b>

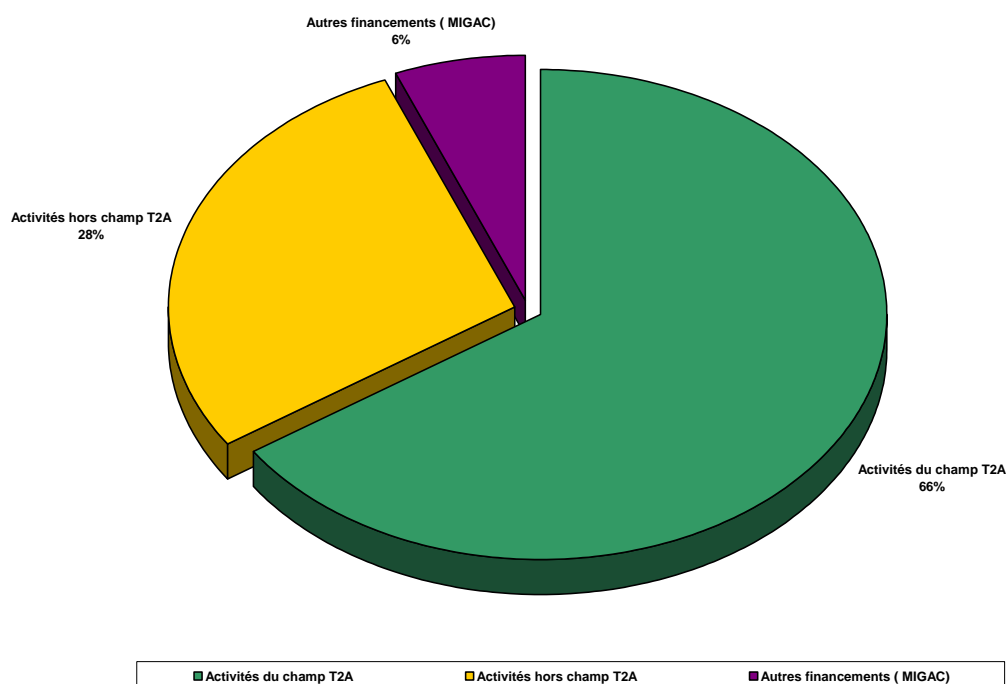
\* à l'exclusion des honoraires

Le versement aux établissements sanitaires publics ou assimilés s'élève à 2,321 milliards d'euros et se caractérise par un taux d'évolution de 2,61 % par rapport à 2004. L'évolution nationale est de 4,2 %. Pour les établissements privés, le versement s'établit à 0,451 milliard d'euros soit une évolution de 6,1 % par rapport à 2004. L'évolution nationale s'établit à 4,5 %.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité poursuit sa montée en charge en 2005. Elle a pris effet en intégralité au 1er Mars dans le secteur privé et à hauteur de 25 % de l'activité pour le service public hospitalier. Elle s'applique aux activités hospitalières de court séjour et assimilées : Médecine (sauf les hôpitaux locaux, non inclus dans le périmètre de la T2A), Chirurgie, Obstétrique, HAD, Urgences, Transplantations d'organes, Activités de séances (dialyse, traitement du cancer).

Les activités de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie, de soins de longue durée n'entrent pas actuellement dans le champ de la réforme.

#### Structure des versements aux établissements sanitaires selon le type d'activité



Globalement, les activités du champ de la T2A représentent 66% des versements aux établissements avec 1,8 milliards d'euros. Les activités hors champ représentent 787 millions d'euros et les autres financements (MIGAC : missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) 167 millions d'euros.

## L'ESSENTIEL DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (TAA OU T2A)

Principe Général :

La tarification à l'activité (T2A) fonde l'allocation de ressources aux établissements de santé publics et privés sur leur production de soins, mesurée quantitativement et qualitativement par les séjours déclarés au titre du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'informations).

Cette tarification à l'activité est complétée d'une dotation qui recouvre les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

La réforme concerne actuellement toutes les activités hospitalières de court séjour : médecine, chirurgie, obstétrique. Les autres groupes d'activité (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée...) continuent d'être financés selon l'ancien régime (dotation ou prix de journée). Les hôpitaux locaux sont exclus de la réforme T2A pour leur activité de court séjour.

La montée en charge de la T2A s'effectue progressivement dans les établissements publics jusqu'en 2012, le taux de financement en 2005 selon le nouveau mode était de 25 %. Pour les établissements privés, la mise en œuvre de la T2A a pris effet au 1<sup>er</sup> Mars 2005 en totalité.

Fonctionnement :

Valorisation des séjours :

Chaque séjour produit et enregistré dans le PMSI est affecté à un GHS (groupe homogène de séjour) ou GHT (groupe homogène de tarif spécifique à l'HAD) auquel est associé un tarif fixé au niveau national. Les tarifs sont différents selon le statut public ou privé des établissements en raison notamment de la non prise en compte des honoraires des praticiens dans le secteur privé (honoraires libéraux). La valorisation d'un séjour produit peut être minorée ou majorée si la durée de ce séjour se trouve à l'extérieur de bornes hautes et basses selon des normes également définies dans les échelles nationales de tarifs.

Valorisations complémentaires aux séjours :

Certains séjours donnent lieu à des prises en charge particulières qui ne sont donc pas intégrées dans le tarif du GHS. Ces activités sont alors valorisées en complément du séjour sur la base de tarifs spécifiques. C'est le cas par exemple de la réanimation, de la surveillance continue, des prélèvements d'organes.

Certaines activités donnent lieu à des dépenses supplémentaires et d'une grande variabilité d'un séjour à l'autre : il s'agit des médicaments et des molécules onéreuses (exemple : traitement du cancer) ou des dispositifs médicaux implantables. Ces dépenses, dont la liste est fixée par arrêté, sont prises en charge en complément du séjour.

Dispositions particulières :

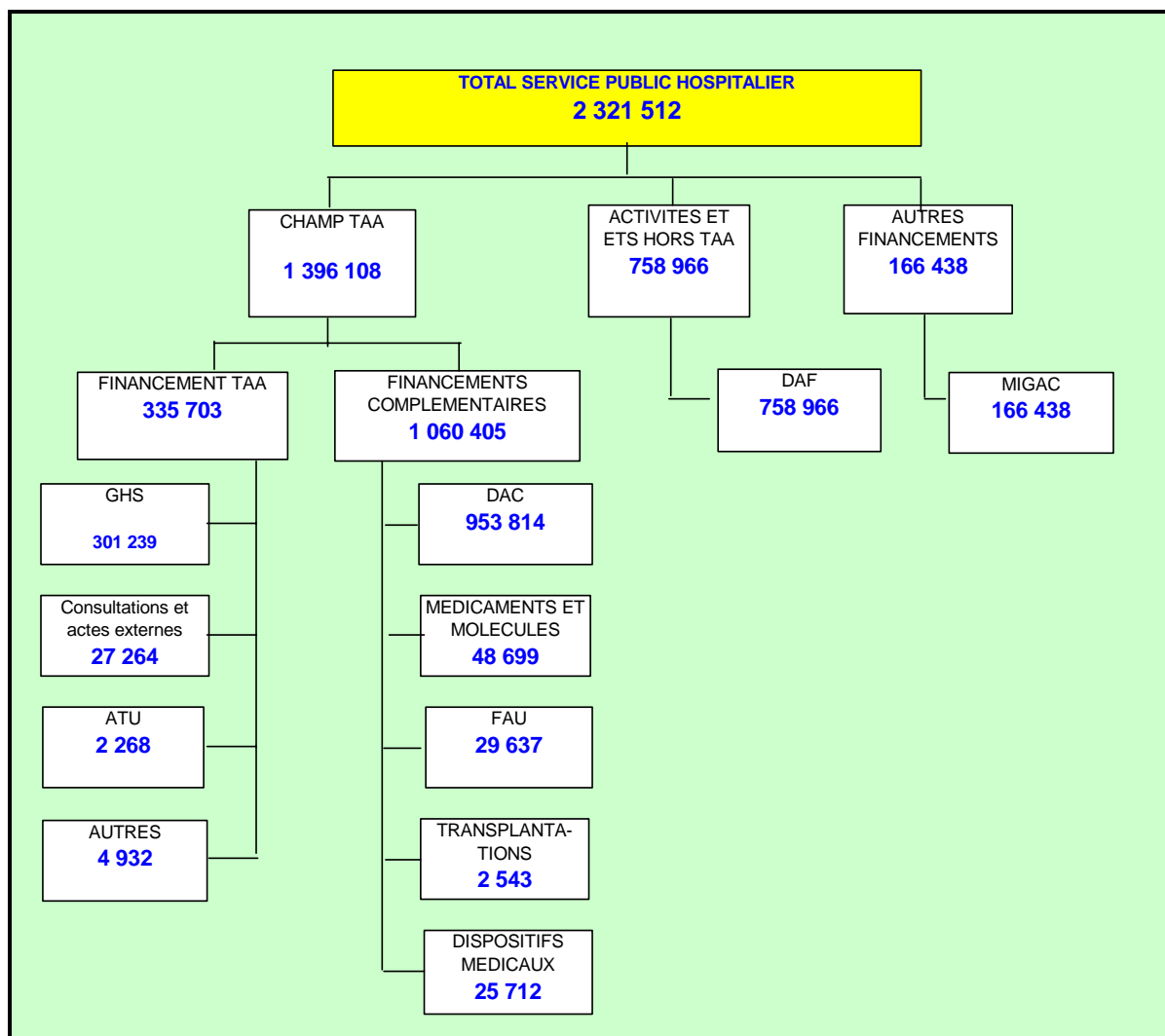
La mise en œuvre de la T2A sur la base de tarifs nationaux a une incidence directe sur le financement des établissements de santé.

Dans les établissements privés, le décalage entre ces tarifs et les prix de journée individualisés auparavant en vigueur peut induire, à activité équivalente, des différences de versements par l'Assurance Maladie. En vue d'en atténuer les effets de façon progressive, des coefficients de transition applicables aux tarifs ont donc été établis provisoirement par établissement au niveau régional avec une contrainte de convergence en 2010.

Dans les établissements publics et jusqu'en 2005, un coefficient correcteur est appliqué aux valorisations de séjours, qui correspond au taux de prise en charge moyen des régimes obligatoires (ticket modérateur). Ce coefficient doit disparaître en 2008 avec la transmission aux organismes liquidateurs de l'assurance maladie des données de facturation séjour par séjour, en remplacement du paiement trimestriel cumulé en 2005, 2006, mensuel en 2007.

### 3111 Les versements aux établissements du service public hospitalier et assimilés

Service public hospitalier et assimilé – structure des versements (unité : 1000 euros)



Au total, les versements aux établissements du service public hospitalier ont progressé de 2,61 % en 2005.

### **Activités du champ de la tarification à l'activité**

Dans le secteur public hospitalier, les activités du champ de la T2A représentent 60 % des versements de l'Assurance maladie avec 1,396 milliards d'euros :

- La masse financière dégagée par l'application des tarifs aux seuls séjours est de 1,255 milliards d'euros, dont 301 millions ont été payés aux établissements sous forme de versements trimestriels (en 2005, la part financée en T2A directe est de 25%) et 954 millions (75 %) sous forme de dotation annuelle complémentaire (DAC).
- 141 millions d'euros ont été versés en complément de cette masse financière, soit sous forme de forfait (forfait annuel d'activité des urgences), soit en fonction de volumes de production (consultations et actes externes...) ou de consommation (médicaments...).

Les principaux versements concernent les dispositifs médicaux implantables pour 25,7 millions d'euros, les médicaments et molécules onéreuses pour 48,7 millions d'euros, les consultations et actes externes pour 27 millions d'euros, et les forfaits annuels d'urgence pour 29,6 millions d'euros.

### **Activités hors champ de la tarification à l'activité**

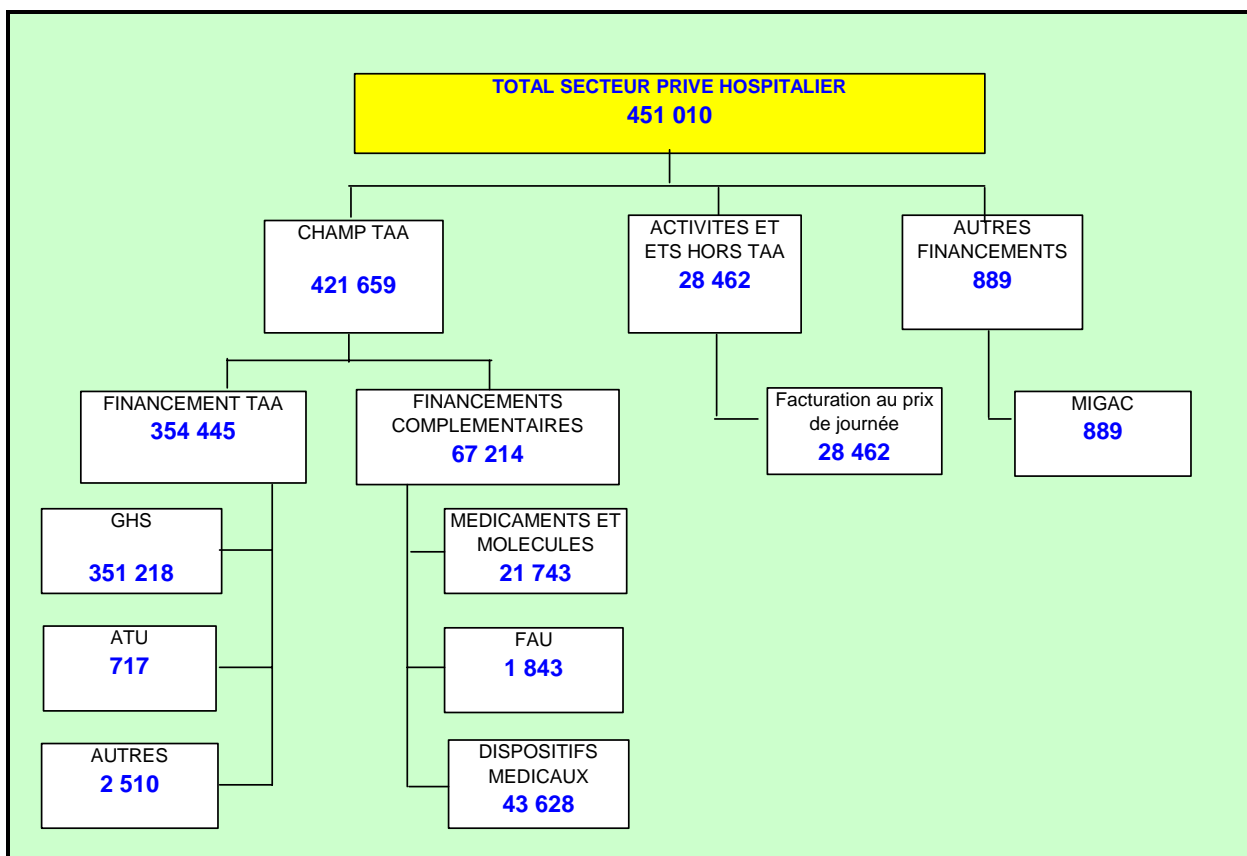
Ces activités englobent pour l'essentiel les soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie, les soins de longue durée et également l'activité de médecine des hôpitaux locaux qui sont hors champ de la T2A. Au total, les versements s'élèvent à 758 millions d'euros, sous forme de dotation annuelle de financement (DAF).

### **Autres financements**

Ces versements sont constitués des MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation). Les versements effectués totalisent 166 millions d'euros en 2005.

## 3112 Les versements aux établissements hospitaliers privés

Secteur hospitalier privé – structure des versements (unité : 1000 euros)



Au total, les versements aux établissements privés hospitaliers ont progressé de 6,10 % en 2005. Ces versements ne tiennent pas compte des honoraires qui sont inclus dans l'enveloppe des soins de ville (honoraires libéraux).

### Activités du champ de la tarification à l'activité

Les activités du champ de la T2A des établissements privés représentent 94 % des versements de l'Assurance maladie avec 421 millions d'euros :

- Les versements au titre de la valorisation T2A des séjours s'élèvent à 351 millions d'euros.
- 70 millions d'euros ont été versés en complément de cette masse financière, soit sous forme de forfait (forfait annuel d'activité des urgences), soit en fonction de volumes de production (accueil et traitement des urgences) ou de consommation (médicaments, dispositifs médicaux...).

Les principaux versements concernent les dispositifs médicaux implantables (43,6 millions d'euros) et les médicaments et molécules onéreuses (21,7 millions d'euros).

### Activités du champ de la tarification à l'activité

Ces activités englobent pour l'essentiel les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie. Au total, les versements s'élèvent à 28 millions d'euros. Ces activités sont facturées aux prix de journée par les établissements.

### Autres financements

Ces versements sont constitués du MIGAC missions d'intérêt général et aide à la contractualisation. Les versements effectués totalisent 889 000 euros en 2005.

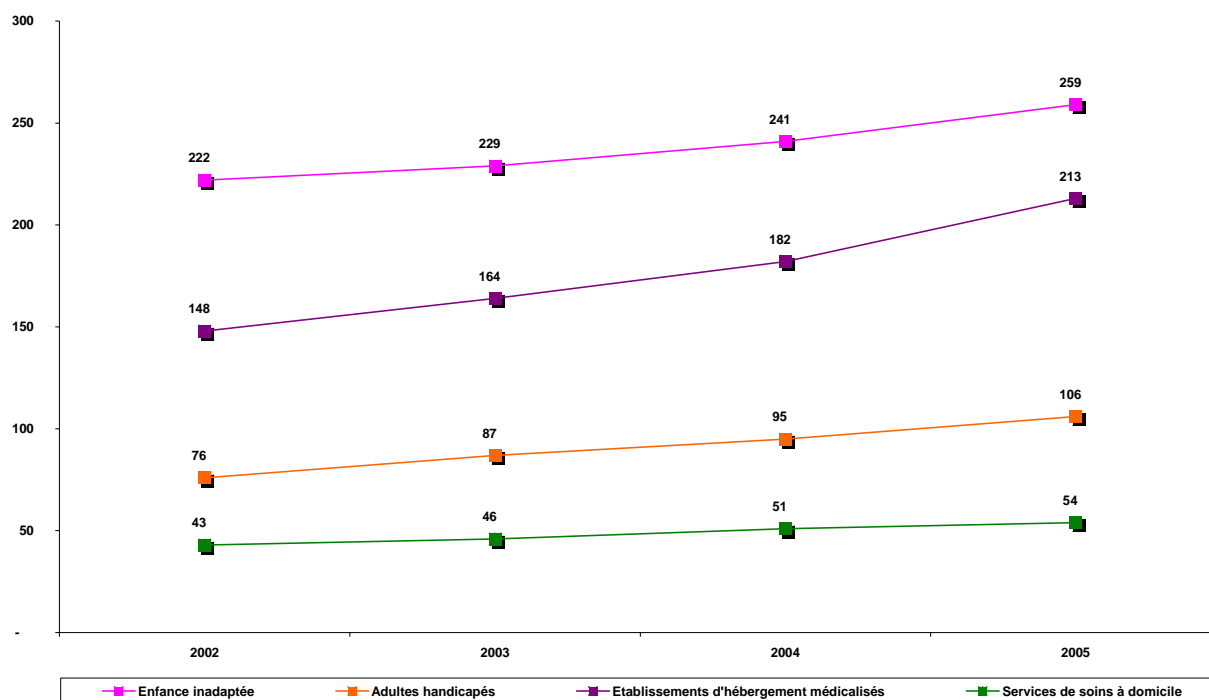
### 312 Les versements aux établissements médico-sociaux

Les dépenses médico-sociales s'élèvent en 2005 à 632 millions d'euros, en hausse de 10,98 % par rapport à 2004. L'évolution nationale des dépenses réalisées s'établit à 7,2%.

Ces versements aux établissements médico-sociaux augmentent plus rapidement que ceux des établissements hospitaliers. Ce phénomène est particulièrement sensible pour le secteur des personnes âgées.

Le conventionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes s'est poursuivi en 2005. Au 1<sup>er</sup> juillet 2006, 389 d'entre eux (52 % des 737 structures) sont conventionnés EHPAD.

VERSEMENTS AUX ETABLISSEMENTS MEDICO SOCIAUX (en millions d'euros)	2002	2003	2004	2005	% 2005/2004
Enfance inadaptée	222	229	241	259	7,56%
Adultes handicapés	76	87	95	106	11,54%
Personnes âgées	191	210	233	267	14,27%
Dont :					
<i>Etablissements d'hébergement médicalisés</i>	148	164	182	213	16,72%
<i>Services de soins à domicile</i>	43	46	51	54	5,56%
<b>Total dépenses médico-sociales</b>	<b>489</b>	<b>526</b>	<b>569</b>	<b>632</b>	<b>10,98%</b>



## L'ESSENTIEL DE LA REFORME DE LA TARIFICATION DES EHPAD

La réforme de la tarification s'applique à tous les établissements assurant l'hébergement de personnes âgées ainsi qu'à tous les établissements et services de soins de longue durée. Ces établissements doivent s'engager à signer une convention tripartite avec les représentants de l'Etat et du Conseil Général avant le 31 décembre 2007.

### Objectifs de la réforme

La réforme a pour premier objectif d'allouer des moyens aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en fonction de l'état de dépendance des personnes accueillies et non en fonction de la nature juridique des lits.

Les nouvelles dispositions doivent permettre d'harmoniser progressivement les tarifs afin de réduire les inégalités entre les personnes par rapport au coût payé pour leur hébergement.

La réforme introduit enfin la notion de démarche qualité. Le cahier des charges de la convention pluriannuelle (arrêté du 26 avril 1999) définit la démarche dans laquelle doivent s'engager les partenaires conventionnels de manière à offrir aux personnes âgées les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins.

### Principes de la réforme

Avant la réforme, la tarification des EHPAD ne prenait pas en compte la dépendance de la personne âgée. En effet, elle était uniquement fondée sur une répartition binaire des charges entre l'hébergement et les soins. La réforme prévoit la répartition des dépenses et des recettes de l'établissement en 3 groupes correspondant à 3 tarifs qui reflètent les 3 composantes de la prise en charge gériatrique en institution :

- un tarif hébergement à la charge de la personne âgée ou du conseil général (aide sociale)
- un tarif soins à la charge de l'Assurance Maladie
- un tarif dépendance à la charge de la personne âgée ou du conseil général (APA).

### Dispositions spécifiques aux tarifs soins

Après la nouvelle répartition des charges entre les 3 sections tarifaires, un double système garantit le niveau de prise en charge par l'Assurance Maladie :

- Lorsque le montant total alloué par l'Assurance Maladie antérieurement à la signature de la convention est supérieur à celui qui résulte des nouvelles clés de répartition, le système de « clapet anti-retour » permet à l'établissement de conserver le montant acquis. La résorption de ce clapet doit cependant être réalisée à l'échéance des 5 années de conventionnement.
- A l'inverse, lorsque le forfait soins en tarification binaire est inférieur à la dotation de soins allouable en tarification ternaire, l'autorité compétente rembourse cette dette de l'Assurance Maladie dès le premier exercice de la convention, il s'agit de « l'effet mécanique ».

Les établissements ont un droit d'option tarifaire :

- Le tarif de soins partiel couvre les charges relatives au médecin coordonnateur, aux médecins salariés et auxiliaires médicaux salariés, aux infirmiers libéraux intervenants dans l'établissement et à 70 % des aides-soignants et aides médico-psychologiques (les 30 % restant étant couvert par le tarif dépendance).
- Le tarif global couvre, en sus des charges couvertes par le tarif partiel, la rémunération des médecins libéraux, les auxiliaires médicaux libéraux et les examens de biologie et de radiologie.

Afin d'harmoniser les tarifs soins des établissements, il a été créé une dotation minimale de convergence (DOMINIC). Cette DOMINIC est calculée en fonction du niveau de dépendance moyen GMP (GIR Moyen Pondéré) des résidents de l'établissement.

## **Quelques chiffres au plan régional en 2005**

- ↪ **la progression des dépenses dans les établissements sanitaires + 3,16 % par rapport à 4,2 % au niveau national**
  
- ↪ **la progression des dépenses dans les établissements médico-sociales + 10,98 % par rapport à 7,2 % au niveau national**
  
- ↪ **l'activité régionale des établissements hospitaliers en 2005 correspond à 799.990 séjours MCO, 306.550 séances, 60.608 séjours HAD, 1.583.374 journées SSR et 2.029.501 journées et prises en charge alternatives en psychiatrie**

LES DEPENSES D'HOSPITALISATION DANS LA REGION DES PAYS DE LA LOIRE

- Valeurs sur 8 années en milliers d'euros (euros courants) -

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2005/ 2004
------	------	------	------	------	------	------	------	---------------

**DOMAINE SANITAIRE**

<b>1.1 SERVICE PUBLIC HOSPITALIER</b>									2,61%
<b>Activités du champ de la T2A</b>								<b>1 396 108</b>	
<b>-Financement T2A</b>								<b>335 703</b>	
Séjours (GHS)								301 239	
Consultations et actes externes								27 264	
Forfaits accueil trait. Urgences (ATU)								2 268	
Autres								4 932	
<b>-Financements complémentaires</b>								<b>1 060 405</b>	
Dotation annuelle complémentaire séjours (DAC)								953 814	
Médicaments et molécules onéreuses								48 699	
Dispositifs médicaux implantables (DMI)								25 712	
Transplantations et prélèvements organes								2 543	
Forfait annuels urgences (FAU)								29 637	
Activités ou éts hors champ de la T2A (Dotation annuelle fonctionnement : DAF)								758 966	
Autres financements ( missions intérêt général et aide contractualisation : MIGAC)								166 438	
<b>1.2 SECTEUR PRIVE (hors honoraires)</b>									6,10%
<b>Activités du champ de la T2A</b>								<b>421 659</b>	
<b>-Financement T2A</b>								<b>354 445</b>	
Séjours (GHS)								351 218	
Forfaits accueil trait. Urgences (ATU)								717	
Autres								2 510	
<b>-Financements complémentaires</b>								<b>67 214</b>	
Médicaments et molécules onéreuses								21 743	
Dispositifs médicaux implantables (DMI)								43 628	
Forfait annuels urgences (FAU)								1 843	
Activités ou éts hors champ de la T2A ( tarification au prix de journée)								28 462	
Autres financements ( missions intérêt général et aide contractualisation : MIGAC)								889	
<b>TOTAL DOMAINE SANITAIRE</b>									<b>3,16%</b>

**DOMAINE MEDICO-SOCIAL**

<b>2.1-ENFANCE INADAPTEE ET ADULTES HANDICAPES</b>									8,69%
Etablissements pour l'enfance inadaptée								193 604	7,56%
Etablissements pour adultes handicapés								59 233	11,54%
<b>2.2- PERSONNES AGEES</b>									14,27%
Etablissements d'hébergement médicalisés								106 439	16,72%
Services de soins à domicile								30 610	5,56%
<b>TOTAL DOMAINE MEDICO SOCIAL</b>									<b>10,98%</b>

<b>TOTAL DOMAINE SANITAIRE ET DOMAINE MEDICO-SOCIAL</b>									<b>4,53%</b>
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------