

Les dépenses de santé des régimes d'Assurance Maladie

Région
des Pays
de la Loire



2006

Synthèse

LES OBJECTIFS D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE

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).

L'ONDAM est répartie en trois enveloppes principales, hors dépenses des DOM : les dépenses de soins de ville, les établissements sanitaires publics et privés, issus de la mise en place de la tarification à l'activité (TAA ou T2A), les établissements médico-sociaux.

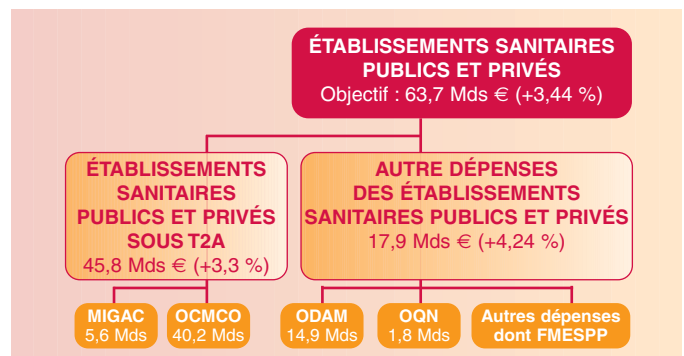
La loi de financement de la Sécurité sociale n° 2005/1579 du 19 décembre 2005, votée par le Parlement pour l'année 2006, a fixé à **140,7 milliards € l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)**. Cet objectif correspond à une progression de 2,5 % des dépenses d'Assurance maladie par rapport à l'ONDAM révisé pour 2005.

En 2006, l'objectif des **dépenses de soins de ville** a été fixé à **65,3 milliards €**, soit une évolution de 0,9 %.

Pour les **établissements sanitaires publics et privés**, la tarification à l'activité appliquée pour la première fois simultanément dans les deux secteurs, public au 1^{er} janvier 2004 et privé à compter du 1^{er} mars 2005 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 afin de ne former qu'une enveloppe commune de **63,7 milliards €** soit une progression de 3,44 %. 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 (40,2 milliards €),
- mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) : missions définies par décret, aide à la contractualisation (5,6 milliards €),
- 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 (14,9 milliards €),
- objectif quantifié national (OQN) : pour les établissements privés de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie (1,8 milliard €).

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.

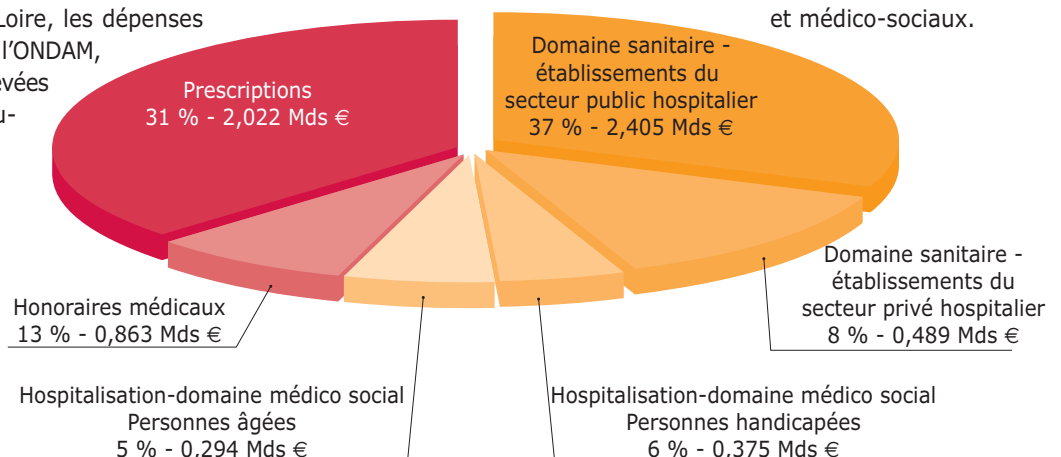


L'objectif national des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie, accordé en 2006 au **secteur médico-social**, s'est élevé à **10,9 milliards €**, et se caractérise par une hausse de 5 % pour les personnes handicapées (6,6 milliards €) et de 9,2 % pour les personnes âgées (4,3 milliards €) par rapport à l'objectif 2005.

ÉVOLUTION RÉGIONALE DES DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE

ÉVOLUTION RÉGIONALE GLOBALE

Pour la région des Pays de la Loire, les dépenses de santé, relevant du champ de l'ONDAM, remboursées en 2006 se sont élevées à **6,448 milliards €**, à l'exclusion des indemnités journalières des risques maternité, des rentes accidents du travail, des pensions d'invalidité, **soit une progression de 3,56 % par rapport à 2005** contre 3,1 % au niveau national. Les dépenses de santé remboursées en 2006 se répartissent à



raison de 44 % en dépenses de soins de ville et de 56 % en versements aux établissements sanitaires et médico-sociaux.

ÉVOLUTION RÉGIONALE DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE EN PAYS DE LA LOIRE

En 2006, **2,885 milliards €** ont été versés aux bénéficiaires des trois principaux régimes d'assurance maladie dans les Pays de la Loire, au titre des **remboursements de soins de ville**, soit une évolution de 3,1 % par rapport à 2005. Sur la même période, les soins de ville au niveau national ont progressé de 2,4 %.

- la facturation par le médecin généraliste, à partir du 1^{er} avril 2006, d'une majoration d'actes de 3 € pour les enfants entre 2 et 6 ans,
- la revalorisation de 1 € des consultations et des majorations de coordination pour les médecins correspondants.

Ensemble des dépenses de soins de ville	Dépenses remboursées 2006 (en euros)	Évolution 2006/2005
Consultations	306 724 616	-0,7 %
Visites	39 856 340	-4,3 %
Actes techniques (K-KE-KC)	208 060 781	15,4 %
Radiologie (Z)	88 177 384	-3,7 %
Actes dentaires	143 413 592	2,2 %
Autres honoraires	77 189 427	30,8 %
Honoraires médicaux	863 422 141	5,1 %
Actes et soins infirmiers	108 158 623	4,4 %
Actes de kinésithérapie	104 611 551	4,3 %
Biologie	130 969 312	2,2 %
Pharmacie	948 103 771	1,8 %
Articles de la LPP	168 558 478	6,9 %
Transport des malades	135 453 702	8,1 %
Indemnités journalières	391 631 475	-3,5 %
Autres	34 300 870	35,1 %
Prescriptions	2 021 787 782	2,3 %
Total des soins de ville	2 885 209 923	3,1 %

Les remboursements d'honoraires médicaux d'un montant de 863 millions €, soit 30 % de l'ensemble des soins de ville, sont en progression de 5,1 % par rapport à 2005. Ces résultats sont influencés par les dispositions de la réforme de l'assurance maladie, d'une part, et par celles de la convention nationale avec les médecins de 2005, d'autre part.

Les principales mesures financières qui ont impacté les remboursements d'honoraires en 2006 sont :

- le versement au médecin traitant d'un forfait annuel de 40 € par patient de plus de 16 ans en affection de longue durée,
- la facturation par le médecin correspondant, dans le cadre du parcours de soins, d'une " C2 " de 40 €, en cas de consultation ponctuelle, ou d'une majoration de coordination, en cas de consultations répétées,
- le versement de forfaits de garde et d'astreinte aux médecins généralistes et spécialistes, ainsi que de majorations d'actes aux généralistes dans le cadre d'une permanence des soins régulée,

Les remboursements de prescriptions d'un montant de 2,021 milliards €, soit 70 % de l'ensemble des soins de ville augmentent de 2,3 % par rapport à 2006. Cette progression s'explique pour 40 % par l'évolution du poste pharmacie, pour 25 % par celle des articles de la LPP et pour 23 % par celle des frais de transports des malades.

En 2006, les partenaires conventionnels se sont engagés sur six thèmes de maîtrise médicalisée concernant le médicament. L'économie ainsi réalisée sur la pharmacie a été estimée à 7,3 millions €. La moitié de l'évolution des dépenses LPP est due à la progression des remboursements d'appareils pour l'assistance respiratoire et l'oxygénothérapie (+ 14 %). En ce qui concerne les remboursements de frais de transport des malades, la forte progression (+ 16 %) des transports en taxi explique 45 % de l'évolution du poste. Les versements d'indemnités de gardes ambulancières progressent de 30 % et expliquent un quart de l'évolution du poste.

ÉVOLUTION RÉGIONALE DES VERSEMENTS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Évolution des dépenses d'hospitalisation (en millions d'euros)	2003	2004	2005	2006	2006/2005 en %
Versements aux établissements sanitaires	2 541	2 688	2 796	2 894	3,50%
Versements aux établissements médico-sociaux	526	569	632	669	5,84%
Total	3 067	3 257	3 428	3 563	3,94%

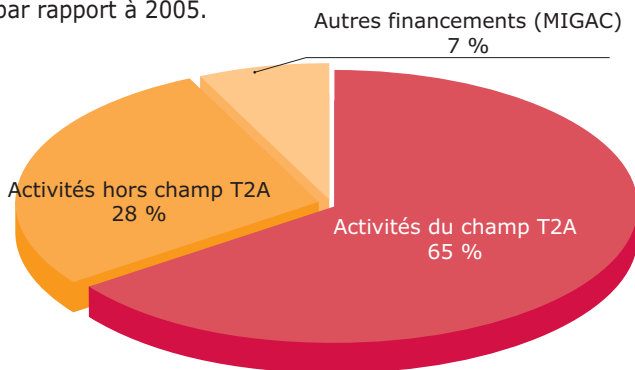
Les dépenses régionales d'hospitalisation d'un montant de 3,563 milliards € augmentent en 2006 de près de 135 millions €, ce qui représente une progression de 3,94 %, par rapport à l'année 2005.

VERSEMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES

Versements aux établissements sanitaires - (en millions d'euros)	2002	2003	2004	2005	2006	2006/2005 %
Service public hospitalier et assimilé	2 022	2 142	2 263	2 321	2 405	3,6%
Secteur privé*	374	399	425	475	489	3,0%
Total	2 396	2 541	2 688	2 796	2 894	3,5%

* à l'exclusion des honoraires

Les dépenses remboursées aux établissements sanitaires d'un montant de **2,894 milliards €** ont progressé de 3,5 %, l'évolution nationale est de 3,1 %. Le versement aux établissements sanitaires publics ou assimilés s'élève à 2,405 milliards € et se caractérise par un taux d'évolution de 3,6 % par rapport à 2005. Pour les établissements privés, le versement s'établit à 0,489 milliard €, soit une évolution de 3 % par rapport à 2005.

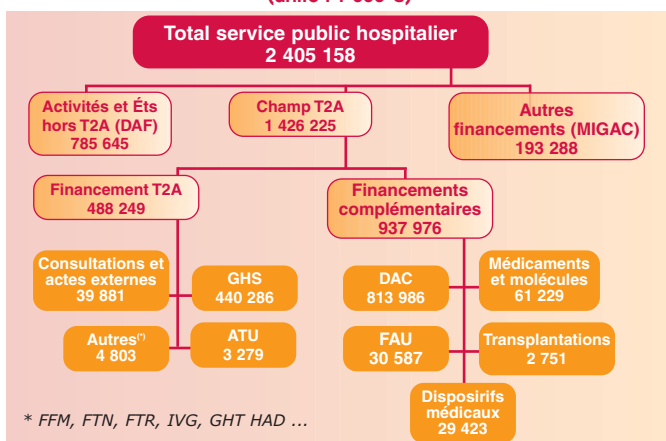


STRUCTURE DES VERSEMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES SELON LE TYPE D'ACTIVITÉ

Globalement, les activités du champ de la T2A représentent 65 % des versements aux établissements avec 1,879 milliard €. Les autres financements (MIGAC : missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) représentent 196 millions € et les activités hors champ 819 millions €.

VERSEMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ET ASSIMILÉS

SERVICE PUBLIC HOSPITALIER
STRUCTURE DES VERSEMENTS ASSURANCE MALADIE EN 2006
Service public hospitalier et assimilé - structure des versements (unité : 1 000 €)



* FFM, FTN, FTR, IVG, GHT HAD ...

Au total, les versements aux établissements du service public hospitalier (SPH) ont progressé de 3,6 % en 2006.

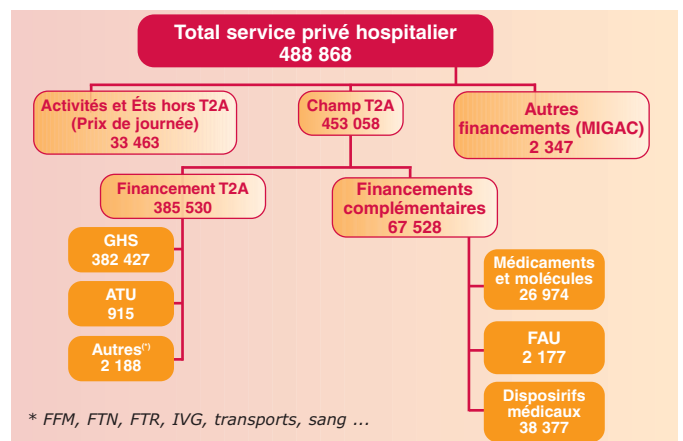
Dans le secteur public hospitalier, les activités du champ de la T2A représentent 59,3 % des versements de l'Assurance Maladie avec 1,426 milliard € :

- la masse financière dégagée par l'application des tarifs aux seuls séjours est de 1,254 milliard €, dont 440 millions ont été payés aux établissements sous forme de versements trimestriels au titre des GHS (en 2006, la part financée en T2A directe est de 35 %) et 814 millions sous forme de dotation annuelle complémentaire (DAC).
- 172 millions € 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 (29,4 millions €), les médicaments et molécules onéreuses (61,2 millions €), les consultations et actes externes (39,9 millions €), les forfaits annuels d'urgence (30,6 millions €).

VERSEMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS PRIVÉS

SERVICE HOSPITALIER PRIVÉ
STRUCTURE DES VERSEMENTS ASSURANCE MALADIE EN 2006
Secteur hospitalier privé - structure des versements (unité : 1 000 €)



* FFM, FTN, FTR, IVG, transports, sang ...

Au total, les versements aux établissements privés hospitaliers ont progressé de 3 % en 2006. Ces versements ne tiennent pas compte des honoraires qui sont inclus dans l'enveloppe des soins de ville (honoraires libéraux).

Les activités du champ de la T2A des établissements privés représentent 92,7 % des versements de l'Assurance Maladie avec 453 millions € :

- les versements au titre de la valorisation T2A des séjours s'élèvent à 382,4 millions €.
- 70,6 millions € 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 38,4 millions € et les médicaments et molécules onéreuses 27 millions €.

VERSEMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Les dépenses médico-sociales s'élèvent en 2006 à **0,669 milliard €**, en hausse de 5,86 % par rapport à 2005

dont + 10,2 % aux établissements et services pour personnes âgées et + 2,68 % aux établissements et services pour personnes handicapées. L'évolution nationale des dépenses réalisées s'établit à + 6,1 % (+ 8,6 % au titre des personnes Âgées et + 4,5 % pour les personnes handicapées).

Versements aux établissements médico-sociaux (en millions d'euros)	2003	2004	2005	2006	2006/2005 en %
Enfance inadaptée	229	241	259	258	- 0,48 %
Adultes handicapés	87	95	106	117	10,30 %
Personnes âgées	210	233	267	294	10,20 %
Dont :					
Établissements d'hébergement médicalisés	164	182	213	235	10,64 %
Services de soins à domicile	46	51	54	59	8,50 %
Total dépenses médico-sociales	526	569	632	669	5,86 %

QUELQUES CHIFFRES AU PLAN RÉGIONAL EN 2006

- la progression des dépenses de soins de ville de + 3,1 % par rapport à 2,4 % au niveau national,
- la progression des dépenses dans les établissements sanitaires + 3,5 % par rapport à 3,1 % au niveau national,
- la progression des dépenses dans les établissements médico-sociaux + 5,86 % par rapport à 6,1 % au niveau national,
- l'activité régionale des établissements hospitaliers en 2006 correspond à 915 537 séjours MCO, 337 061 séances, 69 968 séjours HAD, 1 598 649 journées et venues en soins de suite et de réadaptation et 2 050 138 journées et prises en charge alternatives en psychiatrie.

La synthèse dépenses de santé des régimes d'assurance maladie 2006 est consultable sur le site internet :

www.cram-pl.fr/affaires/les_publications.htm

LES DEPENSES DE SOINS DE VILLE DANS LA REGION DES PAYS DE LA LOIRE
- VALEURS SUR 3 ANNÉES EN MILLIERS D'EUROS -

	2004	2005	2006	2006/2005
HONORAIRES	810 571	821 819	863 422	5,1 %
Consultations	314 189	308 902	306 725	- 0,7 %
Visites	41 934	41 634	39 856	- 4,3 %
Actes techniques	178 537	180 370	208 061	15,4 %
Actes cotés en K et actes d'échographie	96 218	78 848	47 058	- 40,3 %
Actes de chirurgie	82 319	101 522	161 003	58,6 %
Actes de radiologie	89 458	91 607	88 177	- 3,7 %
Actes dentaires	139 000	140 282	143 414	2,2 %
Soins dentaires (D-DC-SC)	69 852	70 537	74 193	5,2 %
Prothèses (SPR)	48 141	48 711	47 800	- 1,9 %
Orthodontie	21 007	21 034	21 421	1,8 %
Autres honoraires	47 453	59 024	77 189	30,8 %
PRESCRIPTIONS	1 887 057	1 976 855	2 021 788	2,3 %
Actes et soins infirmiers	97 406	103 593	108 159	4,4 %
Actes techniques cotés en AMI	51 890	55 294	58 064	5,0 %
Actes de nursing cotés en AIS	23 602	24 282	25 161	3,6 %
Frais de déplacement	21 914	24 017	24 934	3,8 %
Actes de kinésithérapie	95 865	100 265	104 612	4,3 %
Biologie	125 493	128 090	130 969	2,2 %
Pharmacie	866 524	931 016	948 104	1,8 %
Article de la LPP	144 336	157 622	168 558	6,9 %
Transports des malades	118 947	125 247	135 454	8,1 %
Indemnités journalières	413 911	405 632	391 631	- 3,5 %
Autres prescriptions	24 575	25 390	34 301	35,1 %
TOTAL SOINS DE VILLE	2 697 628	2 798 674	2 885 210	3,1 %

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

- VALEURS SUR 8 ANNÉES EN MILLIERS D'EUROS (EUROS COURANTS) -

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2006 / 2005
DOMAINE SANITAIRE									
1.1 SERVICE PUBLIC HOSPITALIER	1 778 180	1 831 420	1 918 181	2 022 250	2 141 812	2 262 471	2 321 512	2 405 158	3,6 %
Activités du champ de la T2A							1 396 108	1 426 225	2,2 %
- Financement T2A							335 703	488 249	
Séjours (GHS)							301 239	440 286	
Consultations et actes externes							27 264	39 881	
Forfaits accueil trait. Urgence (ATU)							2 268	3 279	
Autres							4 932	4 803	
- Financements complémentaires							1 060 405	937 976	
Dotation annuelle complémentaire séjours (DAC)							953 814	813 986	
Médicaments et molécules onéreuses							48 699	61 229	25,7 %
Dispositifs médicaux implantables (DMI)							25 712	29 423	14,4 %
Transplantations et prélèvements organes							2 543	2 751	8,2 %
Forfait annuels urgences (FAU)							29 637	30 587	3,2 %
Activités ou éts hors champ de la T2A (Dotation annuelle fonctionnement : DAF)							758 966	785 645	3,5 %
Autres financements (missions intérêt général et aide contractualisation : MIGAC)							166 438	193 288	16,1 %
1.2 SECTEUR PRIVÉ (hors honoraires)	317 171	340 149	353 251	373 609	399 391	425 064	474 534	488 868	3,0 %
Activités du champ de la T2A							443 946	453 058	2,1 %
- Financement T2A							372 955	385 530	3,4 %
Séjours (GHS)							369 579	382 427	3,5 %
Forfaits accueil trait. Urgence (ATU)							732	915	25,0 %
Autres							2 644	2 188	- 17,2 %
- Financements complémentaires							70 991	67 528	- 4,9 %
Médicaments et molécules onéreuses							22 697	26 974	18,8 %
Dispositifs médicaux implantables (DMI)							46 451	38 377	- 17,4 %
Forfait annuels urgences (FAU)							1 843	2 177	18,1 %
Activités ou éts hors champ de la T2A (Tarification au prix de journée)							29 699	33 463	12,7 %
Autres financements (missions intérêt général et aide contractualisation : MIGAC)							889	2 347	164 %
TOTAL DOMAINE SANITAIRE	2 095 351	2 171 569	2 271 432	2 395 859	2 541 203	2 687 535	2 796 046	2 894 026	3,5 %
DOMAINE MÉDICO-SOCIAL									
2.1-ENFANCE INADAPTÉE ET ADULTES HANDICAPÉS	261 650	269 612	281 902	298 277	316 419	335 828	364 995	374 680	2,65 %
Établissements pour l'enfance inadaptée	198 701	202 661	210 199	221 738	229 402	240 746	258 938	257 701	- 0,48 %
Établissements pour adultes handicapés	62 949	66 951	71 703	76 539	87 017	95 082	106 057	116 979	10,30 %
2.2- PERSONNES ÂGÉES	147 580	162 598	169 482	191 399	209 919	233 814	267 175	294 440	10,20 %
Établissements d'hébergement médicalisés	112 869	124 879	128 928	147 602	163 506	182 523	213 032	235 696	10,64 %
Services de soins à domicile	34 711	37 719	40 554	43 797	46 413	51 291	54 143	58 744	8,50 %
TOTAL DOMAINE MÉDICO-SOCIAL	409 230	432 210	451 384	489 676	526 338	569 642	632 170	669 120	5,84 %
TOTAL DOMAINE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL	2 504 581	2 603 779	2 722 816	2 885 535	3 067 541	3 257 177	3 428 216	3 563 146	3,94 %