

2.3. Les établissements et services médico-sociaux

Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillent et accompagnent plus d'un million de personnes âgées et handicapées en situation de perte d'autonomie. Les structures, nombreuses, ont des financements divers qui reflètent l'étendue des missions qui leur sont attribuées (hébergement, soins, aide à l'autonomie, services, éducation...).

L'assurance maladie assure une part importante de ces financements au travers de l'ONDAM médico-social. Cette part a fortement augmenté pendant la dernière décennie passant de moins de 9 Md€ en 2003 à plus de 16 Md€ en 2012.

Pour les personnes âgées, l'offre est actuellement centrée en hébergement

La réponse aux besoins des personnes âgées est axée surtout vers l'hébergement, les personnes handicapées pouvant s'orienter autant vers les établissements d'hébergement que les services médico-sociaux

Alors que les personnes âgées ont davantage le besoin d'être hébergées en établissement, les adultes handicapés sont, en revanche pour la plupart accompagnés en journée et majoritairement par des services d'aide à domicile (*cf.* tableaux 1 et 2).

Ainsi, les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les établissements pour personnes âgées (EHPA) rassemblent plus de 85% de l'offre d'accueil, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) comptant pour environ 15% de l'offre.

L'offre d'accueil des adultes handicapés est répartie assez équitablement entre les établissements d'hébergement (32%), les services médico-sociaux (38%) et les services d'insertion professionnelle (30%).

Les enfants handicapés peuvent être pris en charge dès leur plus jeune âge et puis au fil de leur évolution, au sein de structures adaptées, à la journée ou d'hébergement, leur offrant un accompagnement global, pluridisciplinaire et éducatif adapté à leur handicap (*cf.* tableau 3).

L'assurance maladie finance, en tout ou partie, la majorité des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées

Le financement de l'ensemble des structures accueillant les personnes âgées et handicapées est divers, toutefois une grande majorité perçoit un financement de l'assurance maladie, mais celui-ci n'est pas forcément exclusif.

Ainsi, les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont une tarification ternaire composée des tarifs hébergement, dépendance et soins (*cf.* encadré). L'assurance maladie, *via* le financement de l'objectif global de dépenses (OGD) (*cf.* infra) prend en charge uniquement le tarif soins, les tarifs hébergement et dépendance étant principalement financés par les assurés¹ et les départements. Parmi les services destinés aux personnes âgées, seuls les SSIAD disposent d'un financement de l'assurance maladie (*via* l'OGD également), les services d'aide à domicile relevant des conseils généraux (*cf.* tableau 1).

Les établissements et services pour adultes et enfants handicapés sont très majoritairement financés ou *a minima* cofinancés par l'assurance maladie (*cf.* tableaux 2 et 3). Alors que l'assurance maladie finance, au moins pour partie, l'ensemble des structures pour enfants, les ressources de quelques types de structure pour adultes proviennent exclusivement des conseils généraux (foyers d'hébergement ou de vie) ou de l'Etat (établissements et services d'aide par le travail).

¹ Les usagers ayant de faibles ressources peuvent voir une partie de leurs tarifs hébergement et dépendance pris en charge au titre de l'aide sociale départementale pour les places habilitées. Par ailleurs, les personnes dépendantes (classées dans les GIR 1 à 4) sont éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) leur permettant de couvrir tout ou partie du tarif dépendance.

Tableau 1 – Etablissements et services médico-sociaux pour personnes âgées

Prestation	Structures	Nombre de structures	%	Capacité (places)	%	Statut			Financement	Mode de financement Assurance maladie	Montants dédiés 2012 (en M€)	%
						Public	Privé à but non lucratif	Privé				
Services	SAAD	6 500	35%	nd	-	nd	nd	nd	Assuré	-	-	-
	SSIAD	2 075	11%	117 038	14%	36%	62%	2%	Assurance maladie	Dotation globale	1 467	17%
Hébergement	EHPAD	7 665	41%	588 203	72%	44%	32%	24%	Assurance maladie	Dotation globale	6 926	79%
	EHPA	2 353	13%	114 924	14%	70%	25%	5%	Assurance maladie	Dotation globale	319	4%
Total		18 593	100%	820 165	100%						8 712	100%

Source : FINESS, traitements DSS, données 2012.

Tableau 2 – Etablissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés

Prestation	Structures	Nombre de structures	%	Capacité (places)	%	Statut			Financement	Mode de financement assurance maladie			Montant alloués en 2012 (en M€)	%
						Public	Privé à but non lucratif	Privé		Dotation globale	Prix de journée	CPOM		
Insertion professionnelle	ESAT	1 491	9%	117 016	28%	6%	94%	0%	Etat					
	CRP	89	1%	9 562	2%	13%	85%	2%	Assurance maladie	x	x		273	11%
	UEROS	32	0%	676	0%	0%	100%	0%	Assurance maladie + CG	x			24	1%
Services	SAVS	955	6%	35 425	8%	8%	92%	0%	Conseil Général					
	SAMSAH	313	2%	7 887	2%	7%	93%	0%	Assurance maladie + CG	x			79	3%
	SSAD	6 500	41%	nd	-	nd	nd	nd	Assuré					
	SSIAD	2 075	13%	117 038	28%	36%	62%	2%	Assurance maladie	x			71	3%
Etablissements	MAS	639	4%	25 852	6%	21%	78%	1%	Assurance maladie + CG	x	x		1 583	62%
	FAM	834	5%	24 724	6%	14%	85%	1%	Assurance maladie + CG	x			523	20%
	FH	1 291	8%	39 482	9%	4,5%	95%	0,5%	Conseil Général					
	FV	1 615	10%	47 200	11%	10%	90%	0%	Conseil Général					
Total		15 834	100%	424 862	100%								2 553	100%

Source : FINESS et CNAMTS (SNIIRAM, RBDG) et comptes des régimes d'assurance maladie, calculs DSS, données en dates de remboursements 2012.

Tableau 3 – Etablissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés

Prestation	Structures	Nombre de structures	%	Capacité (places)	%	Statut			Financement	Mode de financement			Montant alloués en 2012 (en M€)	%
						Public	Privé à but non lucratif	Privé		Dotation globale	Prix de journée	CPOM		
Insertion professionnelle	CAMSP	317	7%	17 185	5%	30%	70%		Assurance Maladie + CG	x			158	3%
	CMPP	480	10%	18 255	5%		96%	4%	Assurance Maladie		x	x	296	5%
	Centre de ressources	47	1%	676	0%	0%	100%	0%	Assurance Maladie + CG	x			58	1%
Accompagnement en milieu ordinaire	IME	1 250	27%	68 651	19%	10%	90%	0%	Assurance Maladie		x	x	2 729	46%
	IEM	141	3%	7 320	2%	2%	98%	0%	Assurance Maladie		x	x	412	7%
	ITEP	432	9%	15 039	4%	8%	92%	0%	Assurance Maladie		x	x	624	10%
	EEAP	208	4%	750	0%	6%	94%	0%	Assurance Maladie		x	x	525	9%
	Etablissement d'éducation pour déficient sensoriel	127	3%	7 631	2%	13%	87%	0%	Assurance Maladie		x	x	323	5%
	SESSAD	1 580	34%	216 126	61%	8%	92%	0%	Assurance Maladie	x			812	14%
Prise en charge institutionnelle	CAFS	78	2%	1 032	0%		100%		Assurance Maladie		x	x	55	1%
Total		4 660	100%	352 665	100%								5 992	100%

Source : FINESS et CNAMTS (SNIIRAM, RBDG) et comptes des régimes d'assurance maladie, calculs DSS, données en dates de remboursements 2012.

*services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services d'aide à domicile (SAAD), établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), établissements pour personnes âgées (EHPA), établissements et services d'aide par le travail (ESAT), centres de rééducation professionnelle (CRP), unités d'évaluation, réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (UEROS), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), établissements d'éducation pour déficients sensoriels et enfin les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Les moyens alloués au développement des prises en charge ont fortement augmenté...

Le financement des dépenses de soins des établissements et services médico-sociaux est soumis à un objectif de dépenses appelé « objectif global de dépenses » (OGD). Géré intégralement par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), cet objectif est composé d'une contribution de l'assurance maladie, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie consacrées aux établissements et services médico-sociaux (ONDAM médico-social, 90% de l'OGD¹) et par la part des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) destinée aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées (10% de l'OGD).

Depuis 2003, l'ONDAM médico-social a progressé à un rythme très élevé (*cf.* graphique 1), presque deux fois supérieur à celui de l'ONDAM (+7,0% en moyenne annuelle contre +3,6% pour l'ONDAM). En particulier, on constate que l'ONDAM médico-social pour les personnes âgées a été le principal moteur de la croissance de l'ONDAM médico-social en raison notamment des crédits alloués au titre du plan Alzheimer (1,2 Md€) et du plan solidarité grand âge (PSGA, 1,3 Md€), plans qui ont financé une augmentation de l'offre d'accueil et de services en faveur des personnes victimes de la maladie d'Alzheimer et les personnes âgées. Toutefois, en raison de la montée en charge du financement des plans pluriannuels de création de places dans le secteur des personnes handicapées et de l'achèvement des plans relatifs à l'offre de service pour personnes âgées, il est vraisemblable que la part relative de l'ONDAM médico-social pour les personnes handicapées s'accroisse dans les années à venir.

...mais les dépenses effectives ont été un peu moins dynamiques

La volonté de développer les moyens de ce secteur afin de répondre à des besoins grandissants liés aux enjeux démographiques, matérialisée par la forte croissance de l'ONDAM médico-social, s'est heurtée toutefois aux contraintes de délais d'installation. En effet, bien que l'offre de places disponibles en établissements et services médico-sociaux ait continuellement progressé depuis 2004 (+2,6% pour le secteur PA et +3,2% pour le secteur PH) ces évolutions sont nettement inférieures à celle de l'ONDAM médico-social sur la période.

Cet écart, notamment du fait de l'existence d'un décalage dans le temps entre la notification des crédits et l'installation effective de places, particulièrement d'hébergement², contribue fortement à la sous-consommation annuelle de l'OGD personnes âgées. C'est dans l'optique de réduire cette sous-consommation que des enveloppes anticipées permettant aux ARS une vision pluriannuelle ont été définies en 2006, puis que la fixation des objectifs a été réalisée en crédits de paiement, homogènes aux dépenses effectives, (et non plus en autorisations d'engagement) à compter de 2011 tant pour la création de places que pour les crédits de médicalisation.

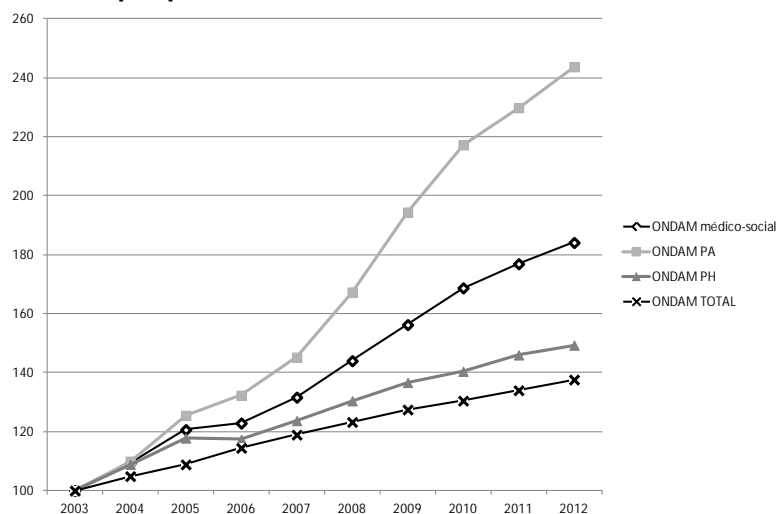
La consommation de l'OGD personnes handicapées répond quant à elle une dynamique différente avec une tendance à la surconsommation principalement liée aux modes de tarification en vigueur (prix de journée). Au total, l'OGD continue de présenter une sous-consommation mais de manière plus limitée, et concentrée sur le champ des personnes âgées (*cf.* Tableau 4).

Cette sous-consommation persistante, dans le contexte d'évolutions de l'ONDAM médico-social plus dynamiques que celle de l'ONDAM, est venue alimenter les réserves de la CNSA. Fin 2012, elles s'élevaient à 448 M€.

¹ L'ONDAM médico-social est composé de deux enveloppes, l'une consacrée aux établissements et services accompagnant les personnes âgées (ONDAM PA), l'autre aux établissements et services accompagnant les personnes handicapées (ONDAM PH). Ces deux sous-ensembles représentent 90% de l'OGD.

² Si la totalité des crédits du PSGA ont été notifiés, le bilan d'étape au 31/12/12 montre que le taux d'installation des places est de 63 % (88% pour les SSIAD et 57 % pour les places d'EHPAD).

Graphique 1 - Evolution de l'ONDAM médico-social



Source : DSS, 2013. Réalisations 2003 – 2012, indice base =100 en 2003

Les évolutions observées sur l'ONDAM PA ne sont pas corrigées des opérations de périmètre, elles intègrent notamment le transfert des dépenses des USLD ainsi que la réintégration des dispositifs médicaux dans le forfait de soins des EHPAD en 2009.

Tableau 4 - La consommation de l'OGD par secteur de 2007 à 2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
OGD total arrêté	12 921	14 266	15 602	16 386	17 050	17 628
<i>dont PA</i>	<i>5 688</i>	<i>6 612</i>	<i>7 592</i>	<i>8 182</i>	<i>8 547</i>	<i>8 925</i>
<i>dont PH</i>	<i>7 232</i>	<i>7 654</i>	<i>8 010</i>	<i>8 204</i>	<i>8 503</i>	<i>8 703</i>
OGD total constaté	12 441	13 782	15 169	16 361	16 786	17 455
<i>dont PA</i>	<i>5 151</i>	<i>6 098</i>	<i>7 250</i>	<i>7 960</i>	<i>8 308</i>	<i>8 736</i>
<i>dont PH</i>	<i>7 290</i>	<i>7 684</i>	<i>7 919</i>	<i>8 401</i>	<i>8 478</i>	<i>8 719</i>
Ecart constaté OGD total	-480	-484	-433	-25	-264	-173
<i>dont PA</i>	<i>-537</i>	<i>-514</i>	<i>-342</i>	<i>-222</i>	<i>-239</i>	<i>-189</i>
<i>dont PH</i>	<i>58</i>	<i>30</i>	<i>-91</i>	<i>197</i>	<i>-25</i>	<i>16</i>

Source : DSS – 6B

Encadré – Le financement des EHPAD

L'EHPAD signe une convention tripartite, conclue pour une durée de 5 ans. La convention est la base d'une tarification ternaire de l'établissement :

- i. **Tarif hébergement** : ce tarif est libre sauf dans l'hypothèse d'une habilitation à l'aide sociale ; il ne peut alors pas dépasser un certain montant. Il comprend notamment les salaires des personnels administratifs, les charges de gestion courantes, les prestations d'hôtellerie et de restauration. L'utilisateur acquitte le tarif hébergement sauf prise en charge, partielle ou totale, par l'aide sociale départementale. Le tarif hébergement peut également être solvabilisé par l'obtention de l'allocation de logement (APL ou AL). Ce tarif représente en moyenne 60 % des charges totales en EHPAD.
- ii. **Tarif dépendance** : ce tarif est fonction du niveau de dépendance des résidents, évaluée sur la base de la grille AGGIR, et son montant est arrêté par le président du conseil général. Il est financé par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes dites dépendantes (GIR 1 à 4). Le ticket modérateur (tarif des GIR 5-6) reste à la charge de l'utilisateur ou, le cas échéant, de l'aide sociale départementale. Le tarif dépendance comprend notamment les prestations d'aide et de surveillance. Le tarif dépendance représente en moyenne 15 % des charges totales de l'établissement.
- iii. **Tarif soins** : ce tarif recouvre les prestations de soins techniques. Il concerne l'ensemble des salaires du médecin coordonnateur, des infirmiers et des auxiliaires médicaux. Il concerne également les soins de base (soit 70 % des charges de personnel relatives aux aides-soignantes et aides médico-psychologiques), l'amortissement du matériel médical et les fournitures médicales. Ce tarif est modulé en fonction du GMPS (GIR moyen pondéré soins) basé sur les deux outils d'évaluation AGGIR et PATHOS. L'EHPAD fait le choix entre un tarif « soins » partiel ou global : le tarif partiel comprend le salaire du médecin coordonnateur, des infirmiers et 70 % du salaire des aides-soignants et aides médico-psychologiques ainsi que les dispositifs médicaux. Le tarif global intègre, en plus, la rémunération des médecins généralistes libéraux ou des auxiliaires médicaux (ergothérapeutes, kinésithérapeutes...) salariés ou libéraux et les examens de biologie et de radiologie. Ce tarif est versé directement par l'Assurance maladie à l'établissement qui dispose ainsi d'une dotation globale annuelle. Le reste des dépenses est remboursé directement aux personnes âgées par l'Assurance maladie (honoraires des médecins traitants et intervenants libéraux). Le tarif soins représente environ 25 % des charges globales de l'établissement.