

# CONGRES NATIONAL PASS 2017

T2A et handicap social ou comment mettre en place un financement social(isé) des dépenses hospitalières ?

Didier CASTIEL  
(Université Paris 13)

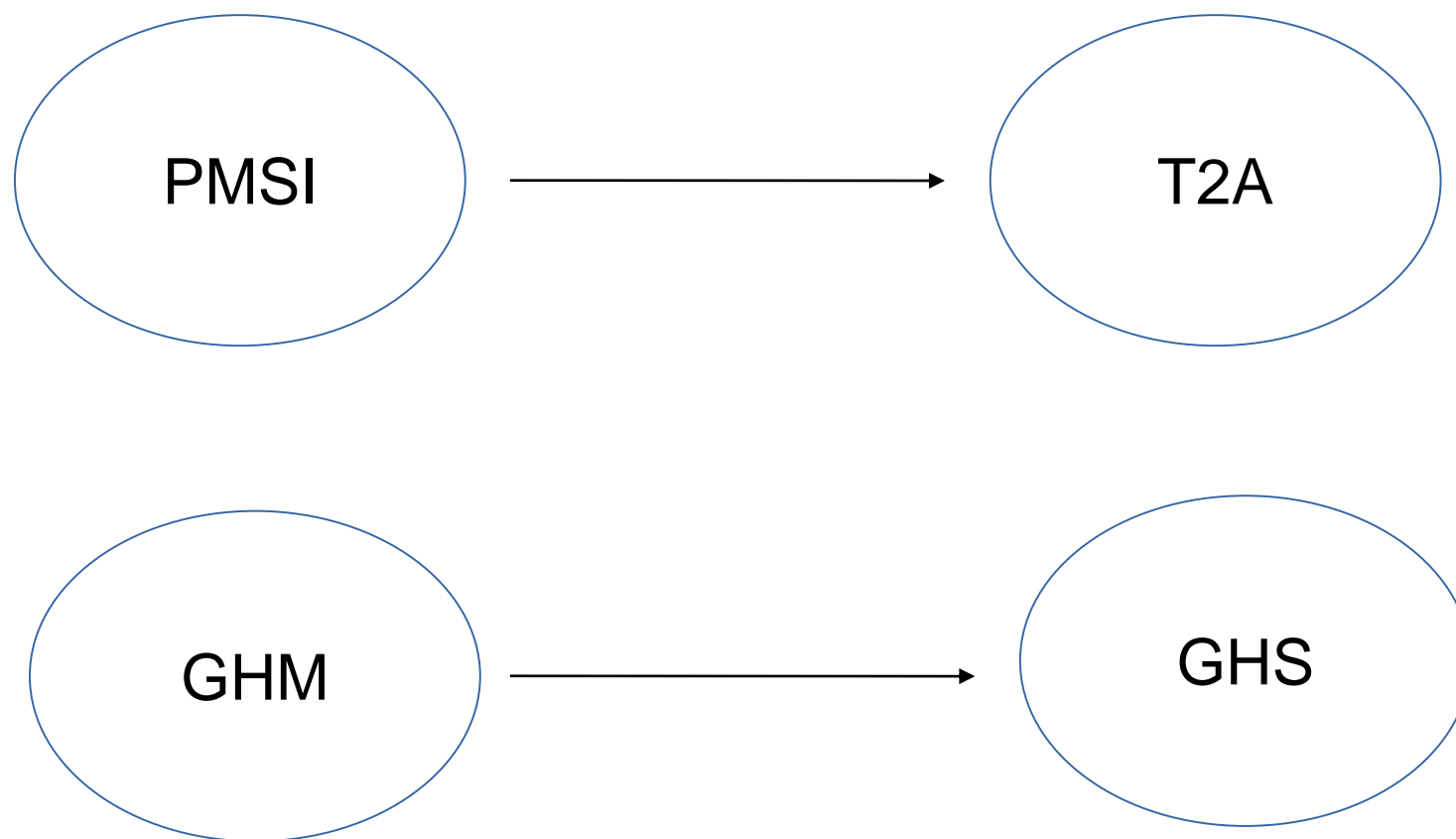
# La tarification à l'activité

- Finance 100 % des activités hospitalières en MCO
- Dotation basée sur le PMSI
- S'ajoutent dotations forfaitaires missions intérêt général (enseignement, recherche) et autres missions (urgences, écoles professionnelles...)  
= Enveloppes MIGAC

# 5 modalités de financement

- Financements liés à l'activité :
  - Tarifs par séjour (GHS)
  - Tarifs par prestations (consultations, actes externes, HAD)
  - Paiements en sus (médicaments)
- Autres financements (dotations)
  - Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)
  - Forfaits annuels (urgences, formation)

# Paiement par GHS ou GHM ?



# MIGAC

- 4 missions d'intérêt général :
  - Enseignement
  - Recherche
  - Innovation
  - Rôle de recours
- Ressources allouées contractuellement par les ARH selon des règles définies nationalement
- Ressources allouées par ARH selon critères régionaux (selon orientations du SROS)

# Effets pervers

- Surcodage des nomenclatures
- Fractionnement des séjours (sorties précoces)
- Baisse qualité des soins
- Déports sur l'ambulatoire, les soins de suite ou l'HAD, voire les Centres de santé des ONG
- Possibilité de sélection des patients (ceux qui rapportent le plus)
- Raccourcissement de la DMS = pas de prise en charge en fonction des besoins des patients (pas de financement supplémentaire pour les patients précaires, à faibles ressources, ayant des besoins supplémentaires de prise en charge)

# Problématique (1)

- T2A en MCO : Manques dans la prise en charge financière des populations "précaires"
- Précaires : personnes pauvres bénéficiant des minima sociaux (CMU, AME, aucune couverture sociale...)
- Population ayant des besoins plus importants, souvent autres que le recours aux soins
- Quelles ressources pour réduire les inégalités de recours aux soins et aux besoins spécifiques des populations précaires ?

# Problématique (2)

- L'État avance la notion de "territoire pertinent" = le plus efficient pour répondre aux besoins
- Territoire de santé : espace géographique et démographique pertinent pour l'organisation des soins
- Reconnaître la pluralité des facteurs caractérisant une situation de défaveur dans la société : répondre aux besoins multiples dans un territoire de santé
- Handicap social : identifier les facteurs de la précarité + apporter une réponse en termes de ressources en fonction du niveau d'handicap social (sans, modéré, fort)
- Ce concept permet-il une approche par territoire de santé ?



# Méthode : handicap social

## 1. Domaine "santé"

Indicateur de morbidité (MORBI)

Indicateur de facteurs de risque (RISKI)

## 2. Domaine « ressources »

Indicateur de niveau de vie

Indicateur de précarité (PRECAT)

## 3. Domaine « insertion culturelle »

Indicateur de scolarisation (SCOL)

Indicateur d'activités culturelles (CULTU)

## 4. Domaine « relations avec autrui »

Indicateur relations familiales (FAM)

## 5. Domaine « logement »

Indicateur de confort intérieur (CI)

Indicateur de localisation du logement (LOCA)

## 6. Domaine « patrimoine »

Indicateur d'actifs immobiliers (IMMO)

Indicateur d'actifs mobiliers (MOBI)

# Méthode : les territoires de santé

- Les patients observés sont classés selon l'origine géographique :
  - PlusPPHS : département ou arrondissements ayant le plus de patients présentant des handicaps sociaux (10e – 11e – 17e et 20e arrondissements de Paris + département 93)
  - MoinsPPHS : Départements et arrondissements ayant le moins de patients présentant des handicaps sociaux (tous les autres patients)
- Deux groupes de référence :
  - Les patients issus du territoire MoinsPPHS
  - Toute la population générale

# Résultats : Effectifs

- 1475 patients éligibles
- 696 patients ont accepté de participer et de remplir le questionnaire de façon exploitable
- 779 patients n'ont pas répondu MAIS :
  - Seuls 93 ont exprimé un refus catégorique (6.3 %)
  - 75 patient : problème de langue (9.6 %)
  - 123 patients : état de santé incompatible (intubation, sédation, isolement...) (15.8 %)
  - 483 : déjà sortis lors de la passation du questionnaire (62 %)

# Résultats : origine géographique

	Répondants	Non répondants
Province	70 (10,3 %)	50 (7,1 %)
Paris (dont Paris PlusPPHS)	368 (54,2 %) (268 – 39,5 %)	424 (60,0 %) (287 – 40,7 %)
Département 77	21 (3,0 %)	18 (2,5 %)
Département 78	18 (2,6 %)	20 (2,8 %)
Département 91	19 (2,8 %)	11 (1,6 %)
Département 92	30 (4,4 %)	44 (6,2 %)
Département 93	67 (9,9 %)	66 (9,3 %)
Département 94	33 (4,9 %)	28 (4,0 %)
Département 95	44 (6,6 %)	33 (4,7 %)
DOM-TOM	9 (1,3 %)	12 (1,8 %)
<b>Total</b>	<b>679 (100 %)</b>	<b>706 (100 %)</b>
Nombre de GHM représentés	205	237

# Résultats : répartition par classes de handicap et territoires

	Population générale	75 PlusPPHS	93 PlusPPHS	MoinsPPHS
Classe 1	178 (25,6 %)	54 (20,1 %)	14 (20,9 %)	105 (30,5 %)
Classe 2	384 (55,2 %)	145 (54,1 %)	36 (53,7 %)	193 (56,1 %)
Classe 3	134 (19,2 %)	69 (25,8 %)	17 (25,4 %)	46 (13,4 %)
<b>Total</b>	<b>696 (100 %)</b>	<b>268 (100 %)</b>	<b>67 (100 %)</b>	<b>344 (100 %)</b>

# Résultats : construction du handicap social

	Population générale (n = 696)			PlusPPHS (n = 335)			MoinsPPHS (n = 344)		
Ordre	Classe 1	Classe 2	Classe3	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 1	Classe 2	Classe 3
1	Mobi (69,1%)	Rev (96,1%)	Rev, Mobi, Ci (100 %)	Mobi (71,6%)	Rev (96,1%)	Rev, Mobi, Ci (100 %)	Mobi (68,0%)	Rev (87,0%)	Rev, Mobi, Ci (100 %)
2	CI (60,7%)	Mobi (92,2%)	Immo (91,0%)	CI (66,2%)	Mobi (96,0%)	Immo (96,4%)	CI (56,2%)	Mobi (86,2%)	Fam (93,5%)
3	Rev (46,6%)	CI (90,9%)	Cultu (90,3%)	Rev (51,5%)	CI (94,5%)	Cultu (92,8%)	Rev (43,8%)	CI (79,3%)	Cultu (91,1%)
4	Fam (37,1%)	Cultu (74,7%)	Fam (88,8%)	Cultu (36,7%)	Cultu (80,9%)	Fam (87,2%)	Fam (39,0%)	Cultu (68,8%)	Immo (90,9%)
5	Cultu (30,9%)	Immo (72,1%)	Scol (82,1 %)	Immo (34,3%)	Immo (77,9%)	Scol (84,9%)	Cultu (31,7%)	Immo (60,3%)	Scol (76,0%)
6	Immo (29,2%)	Scol (61,5%)	Precat (70,1%)	Fam (32,3%)	Scol (61,3 %)	Precat (73,5%)	Immo (26,0%)	Scol (58,0%)	Precat (75,6%)
7	Scol (21,3%)	Fam (52,9%)	Loca (66,4%)	Scol (20,6%)	Loca (51,9%)	Loca (66,3%)	Scol, Morbi (21,9%)	Fam (50,2%)	Loca (67,4%)
8	Loca (14,6%)	Precat (35,2%)	Riski (25,4%)	Morbi (19,1%)	Fam (50,8%)	Morbi (40,7%)	Loca (15,2 %)	Loca (38,3%)	Morbi (60,8%)
9	Morbi (20,8%)	Loca (48,4%)	Morbi (48,5%)	Loca (14,7%)	Precat (40,8%)	Riski (24,4%)	Precat (3,8%)	Morbi (34,7%)	Riski (28,3%)
10	Precat (5,6%)	Morbi (33,3%)		Precat (9,2%)	Morbi (27,6%)		Riski (2,9%)	Precat (33,9%)	
11	Riski (3,9%)	Riski (10,7%)		Riski (4,4%)				Riski (8,8%)	

# Discussion (1)

- Questionnaire d'handicap social permet d'identifier les variations de situations dans le temps et dans l'espace
- Ce modèle pourrait être utilisé pour proposer une allocation de ressources par classe d'handicap social, par territoire de santé et selon les besoins spécifiques des patients
- Les déterminants les plus fondamentaux des besoins socio-sanitaires sont... sociaux : faible revenu, actifs mobiliers et confort intérieur du logement défectueux
- Pour les patients les plus défavorisés, les problèmes de santé (morbidity, facteurs de risques) n'arrivent qu'en dernière position dans la panoplie des besoins

# Discussion (2)

- L'hôpital semble plus répondre à des besoins sociaux qu'à des besoins sanitaires
- L'allocation budgétaire n'en tient aucun compte au travers des GHS
- Selon nos estimations, pour répondre aux besoins sociaux des patients hospitalisés durant un an, dans l'établissement observé, un budget supplémentaire est nécessaire : 11,2 millions d'€
- Quelle péréquation pour ce budget ?
  - Les patients 75 PlusPPHS doivent recevoir : 4,5 M€
  - Les patients 93 PlusPPHS doivent recevoir : 4,4 M€
  - Les patients MoinsPPHS doivent recevoir : 2,3 M€



# Conclusion : la « social-isation » des GHS

- Le questionnaire d'handicap social permet d'identifier les handicaps sociaux en vue d'une allocation de ressources supplémentaires : "un forfait social"
- Ce forfait pourrait être attribué en plus de la recette du GHS lors de l'hospitalisation d'un patient défavorisé, pour répondre à ses besoins sociaux
- Les territoires de santé peuvent être une mesure de discrimination positive en faveur d'une réduction des inégalités de santé et de la précarité
- Une allocation de ressources territorialisée par péréquation doit être proposée pour permettre de continuer à prendre en charge les patients précaires : condition de la réduction des inégalités de santé