

U01 : Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité

Bureau référent : R5

Définition

La dotation MIG précarité finance les surcoûts associés à la présence importante de patients en situation de précarité au sein de la population prise en charge dans certains établissements de santé. Ces surcoûts peuvent être de différentes natures : durées de séjours supérieures, temps médical et non médical nécessaire plus important, difficultés de recouvrement.

La notion de précarité relève de la situation objective de l'individu et se traduit par une précarité des conditions de vie caractérisée par un ensemble de difficultés pouvant se cumuler dans différents domaines (emploi, logement, santé, etc.). Au sein des établissements de santé, le caractère de précarité de la patientèle est approché via la situation administrative du patient et la nature de ses droits en matière de couverture sociale.

Références concernant la mission

Circulaire N°DGOS/R1/2018/114 du 4 mai 2018 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé

Circulaire N°DGOS/R1/2017/164 du 9 mai 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé

Une étude réalisée par la DREES sur la prise en charge des populations précaires en établissement de santé (<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud81.pdf>) a contribué à définir les éléments de connaissance nécessaires pour l'identification des populations en situation de précarité, à recenser les critères utilisés en pratique pour leur repérage et à évaluer les lieux de surcoûts de la prise en charge hospitalière de ces patients.

Critères d'éligibilité

Tout établissement MCO peut prétendre au financement de la MIG précarité sous réserve du respect des seuils d'éligibilité définis ci-après. Les critères d'éligibilité ainsi que les critères de compensation ont été revus en 2018.

Un établissement bénéficie d'une compensation des surcoûts liés à la prise en charge des patients en situation de précarité, sous réserve du respect de deux conditions alternatives :

- une part de séjours de patients en situation de précarité supérieure à 13% du volume total de séjours pris en charge ;
- un nombre de séjours de patients en situation de précarité supérieur à 7 000.

Sont considérés comme séjours de patients en situation de précarité les séjours (hors séances) réalisés pour des patients :

- en situation de soins urgents (SU),
- en situation d'aide médicale d'Etat (AME),
- bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC),



- bénéficiant d'une aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS).

Après calcul de la compensation, un seuil plancher fixé à 40 K€ s'ajoute aux critères d'éligibilité précédemment décrits afin de ne pas disperser les financements et d'éviter un effet saupoudrage.

Chiffres clés

En 2018, 282 établissements ont été financés au titre de cette mission pour un montant global de 190 506 468€.

Montants délégués par structure:

- 1er quartile : 100 235€
- Médiane : 267 488€
- 3ème quartile : 681 312€

Périmètre de financement

La MIG est un complément de la tarification des séjours visant à compenser financièrement les surcoûts pour les établissements soumis à un afflux important de patients précaires.

Un groupe de travail composé des principales fédérations hospitalières, des représentants des DAF de CHU, de CH, de la CNAM et de l'ATIH est réuni depuis octobre 2016 par la DGOS pour améliorer l'identification des marqueurs de la précarité des patients et l'évaluation des surcoûts associés.

Ces travaux ont notamment permis d'objectiver des différences significatives de durées moyennes de séjour (DMS) selon le type de séjours (+ 21% pour les soins urgents, +6% pour les AME) de nature à entraîner des surcoûts significatifs. Ces durées de séjours supérieures peuvent s'expliquer par des états de polypathologies ou de pathologies plus avancées chez les patients en situation de précarité mais aussi par des difficultés de bonne gestion des lits : entrées plus fréquentes par les urgences, difficultés à identifier des solutions d'aval, retour à domicile plus complexe...

D'autres types de surcoûts liés à la précarité des patients pris en charge sont identifiés par les acteurs et ont vocation à être compensés par la MIG :

- Mobilisation accrue des personnels médicaux : temps de consultation supérieur lié notamment aux difficultés de compréhension (linguistiques ou par absence de « culture médicale »)
- Mobilisation accrue des personnels soignants : charge en soins et éducation supérieure notamment pour s'assurer de la bonne compréhension et intégration des indications (prise des traitements, consignes alimentaires...)
- Organisation spécifique du parcours administratif notamment pour permettre l'accès aux droits de ces patients, réaliser les démarches sociales et pallier les difficultés de recouvrement

La quantification de ces types de surcoûts est complexe et se poursuit dans le cadre du groupe de travail.

Critères de compensation

La compensation des établissements repose sur :



- La ventilation d'un financement de base (161,2 M€ en 2018) au prorata du nombre de séjours précaires de chaque établissement éligible.
- La ventilation d'un financement complémentaire (29,3 M€ en 2018) réparti en trois compartiments ciblant les établissements particulièrement touchés par le phénomène de précarité :
 - compensation des établissements de santé particulièrement touchés par les SU (financement complémentaire au prorata du nombre de séjours pour les patients bénéficiant des SU, si le pourcentage de ces patients est supérieur à 1%)
 - compensation des établissements de santé particulièrement touchés par les AME (financement complémentaire au prorata du nombre de séjours pour des patients bénéficiant de l'AME, si le pourcentage de ces patients est supérieur à 2%)
 - compensation des établissements de santé très significativement touchés par la précarité de manière générale, c'est-à-dire lorsque leur taux de patients précaires dépasse 40% (financement complémentaire au prorata du nombre de séjours pour des patients précaires pondéré du nombre de points de patients précaires au-delà de 40%)

Prise en compte du coefficient géographique

Les coefficients géographiques ont été appliqués sur la modélisation

Évaluation a posteriori de la pertinence du financement de la mission

Existence d'un rapport d'activité : Non

Les bases de données disponibles permettant d'approcher le dénombrement de la population précaire sont :

- Le nombre de séjours SU, AME, CMUC et ACS calculés et redressés en chainant les données du PMSI et du SNIIRAM

D'autres indicateurs peuvent être étudiés pour caractériser les situations de précarité auxquelles sont confrontées les établissements de santé :

- Les indicateurs géo-populationnels de défaveur Fdep, EDI, basé sur des données démographiques colligées par l'INSEE et calculé par zone d'habitation des patients.
- Les marqueurs de la précarité : identifiables dans le PMSI par des codes spécifiques associés aux séjours : Chapitre XXI de la classification internationale des maladies (CIM).