

**MISSION D'EVALUATION DE LA
POLITIQUE DE PEREQUATION
DES DOTATIONS
REGIONALISEES DE DEPENSES
HOSPITALIERES**

Rapport présenté par :

MM. Henri BONAN, Jean-Paul DARNIS, Jean-François CHADELAT

et François SCHECHTER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Rapport n° 2001 073
Juillet 2001*

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 - LA MISE EN ŒUVRE DE LA FORMULE DE PEREQUATION REGIONALE.....	3
1.1 La préhistoire	3
1.2 Le Plan Juppé	3
1.3 La première campagne budgétaire : l'année 1997.....	4
1.4 La convergence vers la dotation cible	4
1.5 La deuxième campagne budgétaire : l'année 1998.....	5
1.6 La troisième campagne budgétaire : l'année 1999	6
1.7 La situation actuelle	8
CHAPITRE 2 - UN INDICATEUR DE BESOINS DE SOINS : LA DEPENSE PAR HABITANT HOSPITALISABLE EN SECTEUR PUBLIC9	
2.1 Les modalités de calcul ont été mises en place lors de la campagne 1997.....	9
2.1.1 <i>déterminer la population de la région.....</i>	<i>9</i>
2.1.2 <i>Etablir des ratios nationaux d'hospitalisation et les appliquer régionalement.</i>	<i>10</i>
2.1.3 <i>Individualiser la part de l'hospitalisation en secteur public.</i>	<i>11</i>
2.1.4 <i>Valoriser le ratio à partir de la dotation globale régionale.....</i>	<i>11</i>
2.2 Ce ratio a, par la suite, été affiné mais non modifié dans son principe.....	12
2.2.1 <i>Les données démographiques ont été actualisées.....</i>	<i>12</i>
2.2.2 <i>Les modalités d'établissement des ratios nationaux ont été affinées.....</i>	<i>12</i>
2.3 Ce ratio appelle des critiques et a suscité diverses interrogations	13
2.4 La mission s'est, pour sa part, interrogée sur la prise en compte de la réalité de l'offre de soins.	14
2.5 En conclusion.....	16
CHAPITRE 3 – LE RECOURS AU POINT I.S.A. DANS L'ALLOCATION DIFFERENCIEE DES MOYENS	17
3.1 La méthodologie	19
3.1.1 <i>Le cadre général</i>	<i>19</i>
3.1.2 <i>Les étapes de constitution de l'indice.....</i>	<i>20</i>
3.2 Au plan opérationnel, le dispositif a connu des évolutions rapides et positives	22
3.3 Les insuffisances existantes et les voies de progrès.....	24
3.3.1 <i>Les insuffisances.....</i>	<i>24</i>
3.3.2 <i>Les voies de progrès</i>	<i>26</i>

CHAPITRE 4 - LES FLUX INTERREGIONAUX DE PATIENTS	31
4.1 La justification de la prise en compte des flux	31
4.2 L'incidence financière de la prise en compte des flux	32
CHAPITRE 5 - UN INDICATEUR DE BESOIN DE SANTE : L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITE (ICM)	35
5.1 La prise en compte des besoins de santé est un élément important	35
5.2 Le choix de l'indicateur s'est porté sur l'Indice Comparatif de Mortalité (ICM).....	35
5.3 D'autres approches de la prise en compte des besoins de santé ont été évoquées sans être finalement retenues.....	36
5.4 Dans l'immédiat, la mission propose une solution intermédiaire.	37
CHAPITRE 6 - LA FORMULE DE PEREQUATION INTER- REGIONALE.....	38
6.1 Les données de la péréquation	38
6.2 La vérification de l'application de la formule de péréquation	41
6.3 Les effets de chacun des facteurs sur la péréquation	48
CHAPITRE 7 - LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION [S.S.R.] ET LA PSYCHIATRIE DANS LA PEREQUATION INTER- REGIONALE.....	59
7.1 Les soins de suite et de réadaptation.....	59
7.1.1 Approche globale du secteur d'activité	59
7.1.2 Un rattrapage à opérer dans les systèmes d'information.....	60
7.1.3 Position des SSR au regard des 4 critères de péréquation	60
7.2 La psychiatrie	62
7.2.1 Approche globale du secteur d'activité	62
7.2.2 Vers un point ISA - psychiatrie	63
7.2.3 Position de la psychiatrie au regard des 4 critères de péréquation.....	64
7.2.4 Quel mode de répartition de l'enveloppe en psychiatrie ?	66
CHAPITRE 8 - VERS UNE MEILLEURE INFORMATION SUR LA POLITIQUE DE PEREQUATION.....	68
8.1 La nécessité du débat démocratique et de la transparence.....	68
8.2 Les réponses	69
CONCLUSION ET PROPOSITIONS	71
ANNEXES	

INTRODUCTION

Par lettre en date du 5 mars 2001, madame la ministre de l'emploi et de la solidarité a saisi la chef du service de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) d'une demande d'évaluation de la politique de péréquation des dotations régionalisées des dépenses hospitalières (cf. annexe 1).

Plus précisément il a été demandé :

- d'une part de procéder à l'audit de la méthode utilisée, de formuler des recommandations d'évolution et des propositions en vue d'améliorer la cohérence du dispositif d'allocation des ressources.
- d'autre part d'analyser l'impact de la péréquation sur la conduite des politiques régionales d'allocation des ressources au regard des améliorations prioritaires d'organisation des soins.

Par une note en date du 22 mars 2001 adressée à madame la ministre de l'emploi et de la solidarité et à Monsieur le Ministre délégué à la Santé (cf. annexe 2), Messieurs Henri BONAN, Jean-Paul DARNIS, Jean-François CHADELAT et François SCHECHTER, membres de l'IGAS, ont été désignés pour effectuer cette mission.

Celle-ci s'inscrit dans la perspective de la préparation de la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale.

Dans ce cadre, la mission, en accord avec la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, a organisé ses travaux en deux phases :

La première est constituée d'une étude correspondant à l'audit de la méthode utilisée, de ses forces et de ses améliorations possibles.

La seconde recouvre l'analyse dans plusieurs régions de l'impact budgétaire et sanitaire du dispositif national et de sa déclinaison au plan infra - régional, tant au niveau de l'ARH que des établissements eux mêmes.

Le présent document correspond à la réalisation de la première phase des travaux.

Il s'organise au travers d'une présentation des principes de la péréquation et de leur évolution au cours des campagnes budgétaires successives (1).

Il analyse les quatre critères intervenant dans le dispositif de péréquation.

- Les dépenses hospitalières publiques par habitant hospitalisable (2).
- Le point ISA exprimé en franc, issu du PMSI (3).
- Les flux inter régionaux valorisés des patients (4).
- L'indice comparatif de mortalité (5).

Le rapport s'attache ensuite à examiner les conséquences financières de la combinaison de ces quatre critères (6).

Il souligne les limites, non négligeables, de la formule actuelle pour ce qui concerne tout ce qui ne relève pas de la Médecine - Chirurgie - Obstétrique (MCO), c'est-à-dire la psychiatrie (PSY) et les soins de suite et de réadaptation (SSR) (7).

Avant de conclure sur un certain nombre de propositions visant à améliorer le dispositif, la mission souligne la nécessaire concertation préalable à toute évolution (8), car un effort de transparence en direction des acteurs régionaux - Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et établissements sous dotation globale - lui paraît indispensable.

CHAPITRE 1 - LA MISE EN ŒUVRE DE LA FORMULE DE PEREQUATION REGIONALE

1.1 La préhistoire

Il existe des inégalités entre régions et entre établissements hospitaliers.

Il peut paraître surprenant de commencer ce chapitre par une constatation qui relève de la plus élémentaire banalité, mais quand on examine l'évolution des dotations hospitalières, ce n'est que très récemment que cette évidence a été prise en considération.

Le passage du financement par les prix de journées à la dotation globale hospitalière en 1983 a constitué un progrès considérable que personne ne conteste. Il avait cependant un grave défaut, celui de figer les situations sur la base de l'année de départ. Des évolutions différenciées par rapport à celle du taux directeur national ont longtemps été inexistantes. Une allocation des ressources tenant compte des inégalités entre les hôpitaux n'est apparue, encore n'est-ce que timidement, qu'à partir de 1991.

A été utilisée à l'époque la « marge de manœuvre » qui venait se rajouter au taux directeur hospitalier.

1.2 Le Plan Juppé

Dans les multiples facettes du « Plan Juppé » la nécessité de réguler les dépenses d'hospitalisation tenait une place importante et devait, en particulier, donner naissance aux ARH.

L'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation et créant les ARH avait clairement pour objectif de réduire les inégalités entre régions. Inégalités dont les écarts observés à partir des premiers travaux du PMSI apparaissaient considérables.

La campagne budgétaire 1997 a donc été la première d'un nouveau mécanisme visant à rapprocher les dotations régionales.

Il n'est pas indifférent de mentionner que les efforts de réduction opérés entre 1991 et 1996, l'ont été sur l'utilisation d'une des rares données disponibles à l'époque, c'est-à-dire un indicateur de consommation de soins hospitaliers.

Le ratio « Population hospitalisable » est historiquement le premier des quatre critères actuellement en vigueur.

1.3 La première campagne budgétaire : l'année 1997

Dès la première année d'application du nouveau mécanisme, un second critère est venu compléter la formule : il s'agit d'un indicateur visant à mesurer l'efficacité hospitalière.

Il est mesuré par la valeur en francs du point ISA, lui-même découlant des données du PMSI.

La difficulté vient de ce que le point ISA n'est calculable aujourd'hui, que pour les activités de MCO.

Après des hésitations, dont on retrouve trace dans les notes de la direction des hôpitaux, il fut décidé de tenir compte pour la péréquation de ces deux notions : population hospitalisable et point ISA chacune pour une part égale, bien qu'on ait testé des pondérations différentes comme, 70/30 ou 30/70.

La mission note qu'aucune pondération, quelle qu'elle soit, ne peut recevoir une justification mathématique rigoureuse.

Il n'en demeure pas moins que la valeur du point ISA reste l'élément clef de toutes les comparaisons, tant sur le plan médiatique que sur le plan politique et que chacun a en perspective la réduction de la valeur du point ISA pour les hôpitaux et les régions les plus chers.

Dès lors la pondération actuelle semble à la mission un minimum qu'il conviendrait de relever (cf. infra), sans pour autant faire de ce critère économique le seul critère de réduction des inégalités inter régionales. L'affinement année après année des données du PMSI donne une base fiable à ce critère que personne ne conteste sérieusement.

Pour ce qui concerne la population hospitalisable, le fondement statistique des données repose sur le nombre des entrées observées dans le secteur public et dans le secteur privé. Ces données sont « travaillées » au vu de la structure de la population par tranche d'âge. Il est ainsi déterminé un ratio « dépenses par habitant hospitalisable dans le secteur public ».

Pour les activités hors MCO, comme indiqué précédemment, c'est-à-dire principalement la psychiatrie et les SSR, la seule variable de péréquation utilisée est ce critère relatif à la population hospitalisable.

La mission note que, si à la rigueur il peut avoir dans l'avenir une certaine portée pour les SSR, il est aujourd'hui inadapté pour décrire le secteur de la psychiatrie. La DHOS a d'ailleurs conscience de ce type de limite et le mentionne dans plusieurs de ses notes, sans toutefois pouvoir y apporter une réponse. Dans ces conditions la mission s'interroge (en partie 6) sur la nécessité de maintenir dans la formule de péréquation des données autres que celles concernant le seul court séjour.

1.4 La convergence vers la dotation cible

Dès la formule 1997, le système de péréquation a reposé sur l'idée d'une convergence finale vers une dotation cible. Ceci suppose que l'on soit en mesure de définir cette cible. S'il n'y avait qu'un seul critère utilisé, par exemple le point ISA, cela conduirait au terme de la

péréquation à une valeur et identique du point ISA pour toutes les régions, voire pour tous les hôpitaux de même catégorie au sein d'une région (sous réserve de correctifs ponctuels pour tenir compte de sujétions ou de situations particulières).

La combinaison de plusieurs critères a pour conséquence de ne pas donner une signification particulière au paysage cible. Ainsi le paysage cible devient-il une grandeur définie en francs que chaque région doit atteindre, soit en recevant des compléments de dotation soit en subissant des prélèvements.

Une région mal placée sur le critère point ISA mais positive sur celui de la population hospitalisable peut rejoindre sa cible en conservant un point ISA supérieur à la moyenne nationale des points ISA.

On voit par cette simple remarque que le système est conçu pour converger vers une moyenne nationale. C'est une solution. Elle présente l'avantage de la simplicité, mais à l'inverse elle présuppose que la « bonne » valeur finale est celle qui ressort de la situation moyenne actuelle sans porter un jugement positif ou négatif sur cette dernière.

La durée de convergence est un paramètre fondamental dont il semble que peu d'hôpitaux et d'ARH aient pris réellement conscience. Elle est fixée sur une base qui relève d'un choix presque exclusivement politique. En effet un horizon trop court entraînerait des efforts impossibles à supporter par les régions débitrices. A l'inverse un horizon trop lointain retire toute signification à une réduction des inégalités régionales. On va voir que le paramètre Temps a été modifié déjà à deux reprises pour répondre à des objectifs éloignés des conditions de la péréquation.

En 1997 la durée retenue était de 17 ans soit une fin du processus en 2014

1.5 La deuxième campagne budgétaire : l'année 1998.

En 1998, deuxième année d'application du mécanisme de péréquation, des améliorations et des affinements dans les données ont été apportées. Mais le point le plus marquant au niveau de la formule a été la prise en compte d'un troisième et nouveau critère.

Il s'agit des flux de patients entre les régions.

Cette idée découle d'une observation formulée par le haut comité de la santé publique (HCSP). Pour calculer la dotation cible, on retranche l'écart dans une région donnée entre « ses exportations et ses importations » c'est-à-dire que l'on note le nombre de patients de la région allant se faire soigner ailleurs et celui des patients d'autres régions venant se faire soigner dans la région étudiée ; ces dénombrements étant valorisés. En pratique cela signifie qu'il est considéré qu'une région doit recevoir des moyens supplémentaires si elle accueille des patients venant de l'extérieur, mais que si ses assurés vont ailleurs elle a besoin de moins de moyens.

La mission note toutefois que ce type de raisonnement pourrait être retourné, et que si une région voit « fuir » ses malades c'est parce qu'elle n'a justement pas la possibilité de les accueillir faute de moyens.

Cet argumentaire n'a pas échappé aux auteurs de la formule de péréquation, qui distinguent dans les « exportations de patients » des flux légitimes et des flux illégitimes.

Sont considérés comme légitimes des flux tels que :

- Le patient va dans l'hôpital le plus proche même s'il est extérieur à la région, car il habite en frontière de région.
- L'hôpital d'accueil répond à un haut niveau de spécialisation qui n'existe pas dans la région dont le patient est originaire.
- L'hôpital d'accueil est moins coûteux, c'est-à-dire avec un point ISA plus faible.

Dans le cas de flux légitimes, il est logique de ne pas pénaliser la région exportatrice au regard de la formule de péréquation. Dès lors, la solution retenue par les auteurs de la formule de péréquation est de ne retenir forfaitairement les flux que pour la moitié de leur valeur.

La formule de péréquation comprend donc un terme valorisé en francs s'écrivant ainsi :

$$-\frac{1}{2} (\text{Exportation} - \text{Importation})$$

Une région comme l'Ile de France qui reçoit davantage de malades venant d'autres régions qu'elle n'en a partant vers ces mêmes régions sera donc bénéficiaire à ce titre de la péréquation. Le cas de la région Picardie où de nombreux malades vont se faire soigner dans les hôpitaux de l'Ile de France (sud du département de l'Oise) est inverse.

Les données relatives à ce troisième critère peuvent être considérées comme plutôt bonnes, elles sont issues de la CNAMTS (application PAMPERS) où l'on dispose de la région de résidence pour tous les malades hospitalisés.

Par contre la justification du coefficient : $-\frac{1}{2}$ n'existe pas

1.6 La troisième campagne budgétaire : l'année 1999

En 1999 troisième année d'application de la formule de péréquation, celle-ci a encore été modifiée sur trois points.

A – Le quatrième critère : l'ICM

En premier lieu la formule s'est vue adjoindre un quatrième critère.

Sur la base de recommandations de la conférence nationale de santé, il a été décidé d'introduire un élément qui soit représentatif des besoins de santé, notion particulièrement difficile à définir et encore plus à mesurer.

Les besoins de santé peuvent être considérés comme fonction de l'état de santé de la population. Or la France est particulièrement démunie en matière d'indicateurs de morbidité. Dans ces conditions il n'y a pas d'autres possibilités que d'utiliser les indicateurs de mortalité.

L'indicateur utilisé est : « L'indice comparatif de mortalité (ICM) ». Celui ci mesure la mortalité d'une région en comparant le nombre de décès observés au nombre de décès théoriques, qui seraient ceux qu'aurait la région en appliquant à sa population les taux de mortalité nationaux par sexe et par âge.

Cet indicateur est appliqué à la population hospitalisable, c'est-à-dire aux dépenses hospitalières publiques par habitant hospitalisable, mais il n'est pris en compte que pour sa racine carrée. On aurait pu, cela aurait été plus simple, retenir la moitié du taux ICM plutôt que la racine carrée. En tout état de cause cette pondération globalement équivalente à $\frac{1}{2}$ ne peut pas plus se justifier techniquement que $\frac{1}{4}$ ou $\frac{3}{4}$.

B – L'allongement de la période de péréquation

En second lieu la durée de convergence a été très fortement allongée. En effet alors que l'idée de départ se fondait sur une convergence en 17 années (1997 à 2014), la modification apportée vient quasiment doubler la durée de la péréquation, l'amenant aux limites du crédible.

La convergence est alors fixée sur une période de trente années (1999 à 2029).

La mission note qu'elle n'a pas pu trouver d'autre justification à ce terme que d'étaler dans le temps l'effort à fournir par les régions débitrices afin de le rendre plus supportable.

Cette médaille a un revers : un effort dilué conduit les hôpitaux à chercher des expédients ponctuels pour arriver à franchir le cap d'une année difficile, au lieu de procéder à des opérations restructurantes lourdes qui en tout état de cause seront inéluctables.

C – La péréquation accélérée

La troisième modification de fond introduite à compter de la campagne budgétaire 1999 a consisté dans le choix de régions devant bénéficier d'une péréquation accélérée.

Ce principe reposait sur l'idée que certaines régions étaient suffisamment loin de leur objectif cible pour qu'il s'avère nécessaire de les « faire recoller au peloton » sur une période plus courte.

Il a donc été décidé de construire un système accéléré sur une période de cinq années (1999 à 2004) au profit de trois régions sur vingt et une : Poitou- Charentes (classée 21^{ème} et dernière) Picardie (20^{ème}) et Nord- Pas de Calais (19^{ème}), de manière à ce qu'à la fin de l'année 2003 elles aient rejoint la région classée immédiatement devant (18^{ème}). C'était le cas de l'Alsace pour l'année 1999. A compter de la campagne 2000 la région de référence la Franche- Comté.

La mission s'est interrogée longuement sur une telle logique : pourquoi 5 ans ? Pourquoi 3 régions ?

Les écarts entre les vingt et une régions ne sont pas tels qu'on puisse dire qu'il y avait un sous peloton nettement séparé du gros de la troupe.

Enfin la mission note que l'arrêt, à compter de la campagne budgétaire 2004, de la péréquation accélérée provoquera un effet de seuil massif sur ces trois régions.

1.7 La situation actuelle

Les campagnes budgétaires 2000 et 2001 n'ont pas connu de modifications de fond sur la formule de péréquation, si ce n'est une actualisation des données servant de base aux calculs.

La formule a beaucoup évolué, on vient de le voir, elle s'est stabilisée depuis seulement deux campagnes budgétaires. Faut-il la modifier encore ?

En préalable à son analyse critique du système :

1 - La mission constate que tant au niveau des établissements hospitaliers qu'à celui même des ARH, ce qui est plus préoccupant, la connaissance et, a fortiori, l'explication de la formule souffrent clairement d'un manque de transparence. Le principe est accepté dans son ensemble, mais la très grande majorité de nos interlocuteurs n'en retient que le seul résultat, en millions de francs à recevoir ou à payer.

Il y a, selon la mission, un travail pédagogique de base à effectuer.

2 - L'idée d'introduire un cinquième critère, comme par exemple celui du taux de précarité dans une région, ne doit pas être retenue. La formule serait rendue encore moins lisible et la corrélation entre critères serait évidente : précarité et ICM.

3 - Pour cette même raison de lisibilité, s'il devait y avoir une modification du nombre des critères utilisés ce devrait être plutôt dans le sens d'une réduction.

*
* *

En conclusion de cette partie, la mission considère que le principe même de péréquation régionale et de réduction des inégalités, constitue un puissant vecteur et un aiguillon indispensable à la restructuration du tissu hospitalier.

CHAPITRE 2 - UN INDICATEUR DE BESOINS DE SOINS : LA DEPENSE PAR HABITANT HOSPITALISABLE EN SECTEUR PUBLIC

Dès sa mise en route, lors de la campagne budgétaire de 1997, la politique de péréquation des dotations sanitaires régionales a reposé sur deux critères essentiels que l'introduction ultérieure de deux autres paramètres n'a pas remis en cause : un critère d'efficience mesuré par la valeur du point ISA (indice synthétique d'activité) et un indicateur de besoins de soins représenté par le montant des dépenses par habitant hospitalisable en secteur public.

Alors que le premier critère, celui de l'efficience, vise à mesurer la manière dont chaque région a effectivement dispensé des soins, le ratio « dépense par habitant hospitalisable en secteur public » cherche à déterminer les moyens financiers dont chaque région a disposé pour répondre à un besoin « théorique » de soins défini à partir d'un référentiel national.

Bien entendu, l'hospitalisation, et, a fortiori, la seule hospitalisation en secteur public, n'est pas la seule réponse aux besoins de soins de la population et l'on ne saurait ignorer la part de la médecine de ville dans cette réponse. Elle en est, sans doute, la part la plus mesurable en termes financiers et, puisqu'il s'agit de moduler une allocation budgétaire destinée aux dépenses hospitalières, le choix du ratio retenu procède d'une logique certaine.

Le rapport reviendra sur les critiques qui ont pu être formulées à l'encontre de ce choix et sur les alternatives qui ont été évoquées, mais il apparaît nécessaire, dans un premier temps, d'indiquer la méthode suivie pour l'établissement du ratio retenu.

2.1 Les modalités de calcul ont été mises en place lors de la campagne 1997.

Le calcul du ratio régional « dépense par habitant hospitalisable en secteur public », établi pour 1997, a été conduit en plusieurs étapes successives :

- déterminer la population de la région,
- établir un ratio national d'hospitalisation et l'appliquer à chaque région,
- individualiser la part de l'hospitalisation en secteur public,
- valoriser les ratios obtenus.

2.1.1 déterminer la population de la région.

Les données issues du recensement de 1990 ont permis, non seulement de mesurer la population de chacune des régions, mais également de répartir cette population en onze tranches, permettant de prendre en compte les différences régionales qui sont loin d'être négligeables.

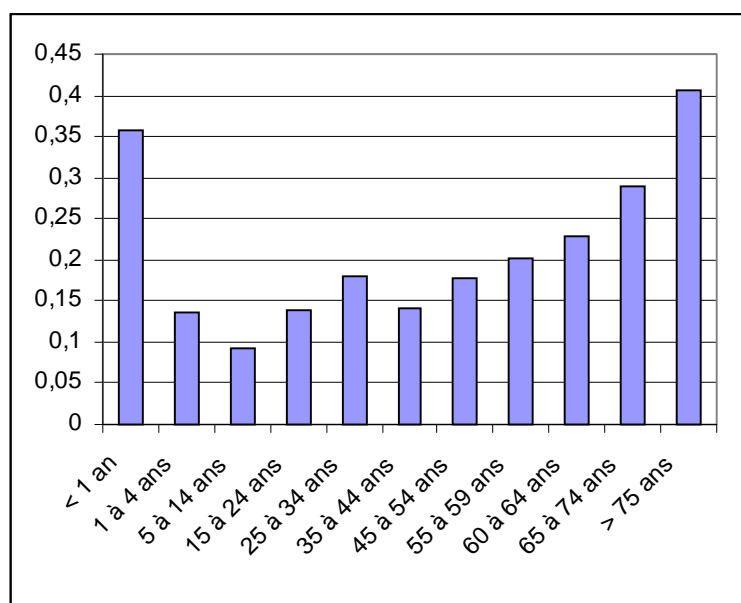
Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, la part de la population âgée de plus de 75 ans représentait 7,14 % de l'ensemble de la population métropolitaine mais variait entre 5,67 % dans la région la plus « jeune » - l'Ile de France - et 11,28 % dans la plus « âgée » - le Limousin. Lorsque

l'on sait l'importance du recours à l'hospitalisation pour cette tranche de population, on mesure bien l'intérêt de cette approche par tranches d'âge.

2.1.2 Etablir des ratios nationaux d'hospitalisation et les appliquer régionalement.

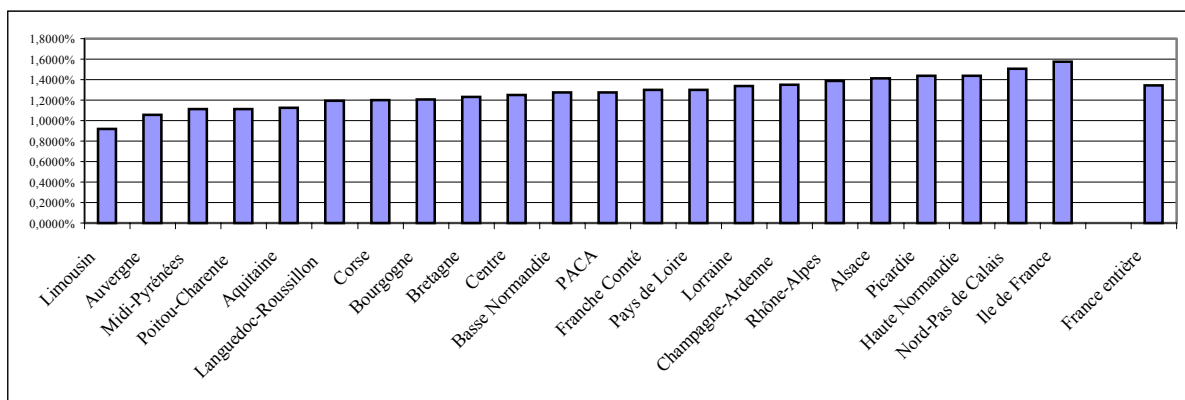
Cette démarche s'est fondée sur une enquête de morbidité hospitalière réalisée en 1987 pour les seules activités MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et ne prenant en compte que les hospitalisations complètes, toutes causes confondues.

Il est ainsi apparu que le taux d'hospitalisation variait considérablement en fonction de l'âge, selon une courbe dite en J : globalement, les hospitalisations, relativement nombreuses au cours de la première année de vie (0,36 %) décroissent jusqu'à l'adolescence (0,09 entre 5 et 14 ans) pour remonter régulièrement en fonction de l'âge (0,406 % après 75 ans). On note toutefois un pic entre 25 et 34 ans, lié aux hospitalisations obstétricales.



En appliquant à chaque tranche d'âge de la population régionale, le ratio correspondant on détermine une population hospitalisable pour chacune d'entre elles et, en les additionnant, une population hospitalisable globale.

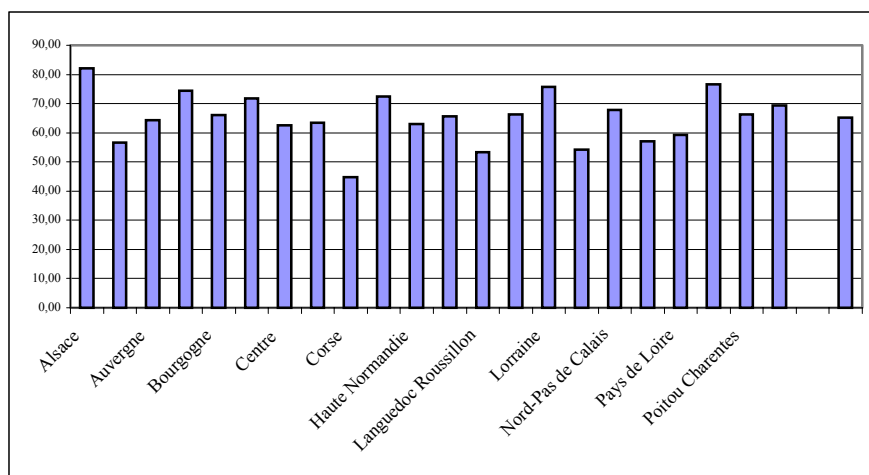
On constate alors, comme le montre le tableau ci-après, que ce ratio global, établi à partir de ratios par tranches d'âge identiques partout, varie notablement d'une région à l'autre. Il se situe ainsi à 0,1791 en Ile de France et à 0,2011 en Limousin, pour une moyenne nationale de 0,1847. En pourcentage, ces écarts se situent à - 3,04% et + 8,87% par rapport à la moyenne nationale. Ceci confirme, s'il en était besoin, l'importance de l'approche par tranches d'âge pour ne pas ignorer les particularités démographiques régionales.



2.1.3 Individualiser la part de l'hospitalisation en secteur public.

S'agissant de répartir une masse financière destinée à financer les établissements relevant du régime de la dotation globale (établissements publics et privés participant au service public hospitalier), il est apparu naturel d'individualiser la part de la population hospitalisable « en secteur public ».

Les renseignements fournis par les statistiques EHP, pour l'hospitalisation publique et H8O, pour l'hospitalisation privée, ont permis de déterminer le nombre total d'entrées par catégories d'établissement, dans chaque région et de constater de très importantes disparités régionales. Ainsi, en 1992, le pourcentage des entrées dans des établissements sous dotation globale variait de 82,15 % en Alsace à 53,33 % en Languedoc-Roussillon, voire 44,72 % en Corse, pour une moyenne nationale de 65,14 %.



2.1.4 Valoriser le ratio à partir de la dotation globale régionale.

La dernière étape a consisté à diviser le montant de la dotation globale régionale par la population hospitalisable en secteur public, telle que précédemment définie pour obtenir le montant dont chaque région disposait pour chacune des personnes ainsi hospitalisable.

Au delà de son aspect théorique - on divise la totalité de la dotation régionale par le nombre des seuls patients hospitalisables en MCO - cette opération permet de constater de très importantes différences entre les régions, les valeurs extrêmes se situant à +28,6 % et -22 % par rapport à la moyenne nationale.

Ainsi établi, ce ratio « dépense par personne hospitalisable en secteur public » est intervenu, pour 1997, à parité avec le second critère (valeur du point ISA) dans le calcul de la dotation cible MCO vers laquelle il convenait de tendre dans un délai à déterminer.

2.2 Ce ratio a, par la suite, été affiné mais non modifié dans son principe.

Sans que son principe soit remis en cause, le critère « dépense par habitant hospitalisable en secteur public », établi lors de la campagne budgétaire 1997, a été affiné sur plusieurs points en 1998 :

2.2.1 Les données démographiques ont été actualisées.

La population régionale a été évaluée non plus à partir des données du recensement 1990, mais à partir des projections à l'horizon 1995 réalisées par l'INSEE. Dans le même temps, le découpage de cette population en fonction des tranches d'âge a été affiné : la dernière tranche (population âgée de plus de 75 ans) a été dédoublée en deux tranches -75 à 84 ans et >85 ans- afin de mieux cerner le profil de la catégorie de population qui a le plus recours à l'hospitalisation.

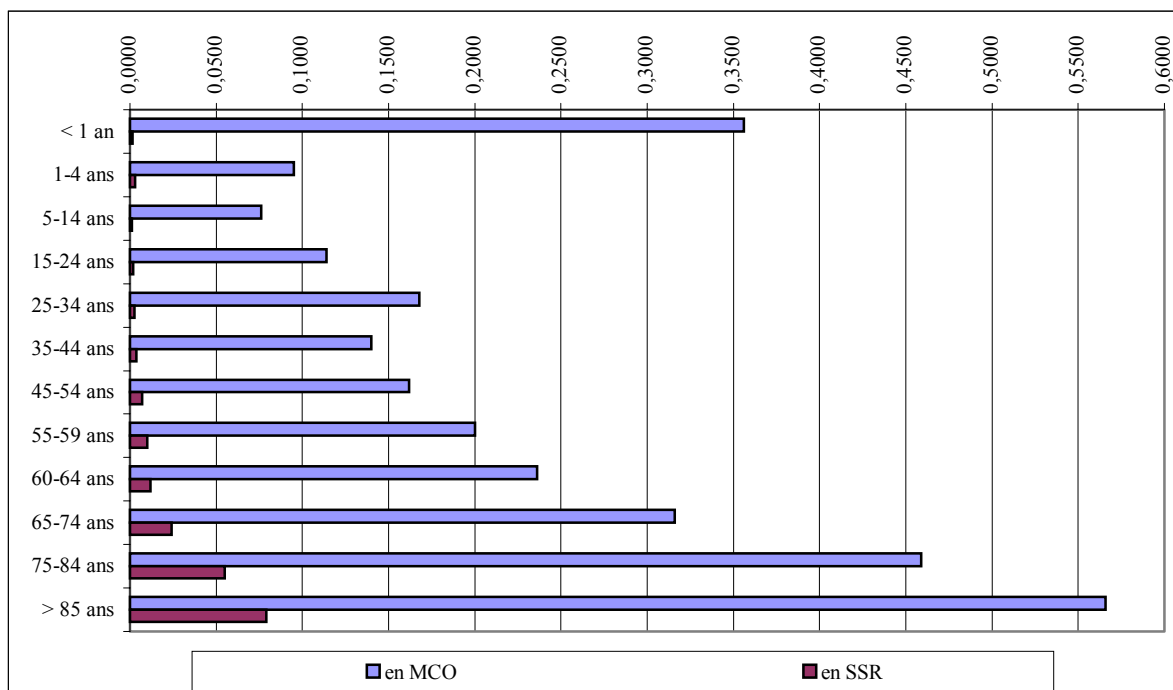
2.2.2 Les modalités d'établissement des ratios nationaux ont été affinées.

D'une part, il a été décidé de tenir compte à la fois des hospitalisations de moins de 24 heures pour dialyse ou IVG ainsi que des hospitalisations complètes dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR).

D'autre part, ces ratios sont établis à partir de deux enquêtes de morbidité plus récentes que celle de 1987 qui avait servi de base aux ratios établis pour 1997. La première, datant de 1990, concerne les hospitalisations complètes dans les services de soins de suite et de réadaptation, la seconde, portant sur les services MCO, a été réalisée en 1993 et prend en compte les différents types d'hospitalisation (complète, de semaine, de jour ou de nuit).

Comme le montrent le tableau et le graphique ci-après, les ratios d'hospitalisation sont très différents selon qu'il s'agit d'une hospitalisation en MCO ou en SSR. Il n'y a pratiquement pas d'hospitalisation en SSR dans l'enfance, mais dans les deux cas, la demande d'hospitalisation croît très sensiblement avec l'âge.

Tranche d'âge	Ratios d'hospitalisation		Tranche d'âge	Ratios d'hospitalisation	
	en MCO	en SSR		en MCO	en SSR
< 1 an	0.356	0.0014	45-54 ans	0.162	0.0070
1-4 ans	0.095	0.0028	55-59 ans	0.200	0.0100
5-14 ans	0.076	0.0012	60-64 ans	0.236	0.0120
15-24 ans	0.114	0.0019	65-74 ans	0.316	0.0240
25-34 ans	0.168	0.0026	75-84 ans	0.459	0.0550
35-44ans	0.140	0.0038	> 85 ans	0.566	0.0790



Appliqués séparément à chaque tranche d'âge de la population régionale, ces ratios vont permettre d'obtenir deux catégories de population hospitalisable, celle hospitalisable en MCO et celle hospitalisable en SSR. A partir de ces données et du montant des dépenses réalisées en MCO et hors MCO, on obtiendra la dépense par habitant hospitalisable de chacune des catégories, dont l'addition donnera la population hospitalisable globale de la région.

Pour le calcul de la dotation cible, et partant pour celui du montant de la péréquation annuelle, on appliquera ce critère de la population hospitalisable totale à la dotation hors MCO en totalité et, à 50%, à la dotation MCO, à parité avec la valeur du point ISA.

2.3 Ce ratio appelle des critiques et a suscité diverses interrogations.

La critique la plus fondamentale qui puisse être retenue à l'égard de l'indicateur de besoins de soins, et le rapport y reviendra dans un développement ultérieur, est qu'il ne tient aucun compte de la discipline psychiatrie dont les besoins et les modalités d'hospitalisation sont tout à fait spécifiques et ne correspondent pas à ceux constatés tant en MCO qu'en SSR.

La seconde critique, importante elle aussi, est qu'un tel critère, s'il permet d'estimer les besoins théoriques de soins hospitaliers d'une région, ne traduit pas ses besoins de santé, auxquels d'autres réponses que l'hospitalisation peuvent être apportées. Cette critique a été prise en compte par l'introduction d'un paramètre complémentaire, l'indice comparatif de mortalité (ICM) sur lequel le rapport reviendra.

D'autres interrogations sont apparues au fil de la réflexion, portant sur différents points comme, par exemple, le type de population à prendre en compte ou la méthode de pondération entre le secteur public et le secteur privé... Il a ainsi été évoqué, sans qu'elles soient finalement retenues, diverses solutions alternatives telles que :

- la prise en compte de la population globale de chaque région :

cette approche avantagerait les régions les plus jeunes, ce qui ne correspondrait pas à la réalité des besoins d'hospitalisation dont il a été démontré qu'ils étaient particulièrement importants chez la population la plus âgée.

- la prise en compte de l'ensemble de la population hospitalisable, sans distinction entre secteur public et privé :

Cette hypothèse, qui gomme la prise en compte, au niveau de chaque région, des parts de marché de l'hospitalisation publique et privée, revient, en fait, à considérer comme idéale la moyenne nationale de ces parts de marché. Une telle approche s'avère donc pénalisante pour les régions où l'hospitalisation publique est prépondérante et, au contraire, favorable aux régions qui font une large part à l'hospitalisation privée. S'agissant de la répartition de moyens destinés aux établissements sous dotation globale (publics et PSPH), il n'apparaît pas logique de traiter de la même façon une région où celle-ci représentait, en 1998, plus de 80% de l'ensemble (Alsace) et une autre région où la part de l'hospitalisation « publique » (public + PSPH) n'atteint pas 56% (Languedoc-Roussillon) ou, a fortiori n'atteint pas 50%, comme la Corse, exclue pour l'instant de la péréquation.

- la modulation du critère de pondération « public/privé » par les entrées :

Il a été envisagé d'appliquer au nombre des entrées en secteur public un coefficient qui traduirait la différence de coût d'une journée d'hospitalisation entre les deux secteurs. Cette démarche suppose que ces coûts puissent être très exactement évalués et tiennent compte des spécificités et des contraintes de chaque secteur, ce qui n'est pas acquis pour l'instant. Elle privilégie par ailleurs l'approche strictement comptable, déjà prise en compte à travers le critère PMSI. Ce n'est que lorsque ce dernier aura, s'il y parvient, permis d'établir, dans le secteur privé, des point ISA dans des conditions analogues à celles du secteur public, que ces derniers pourraient devenir la clef de la pondération.

2.4 La mission s'est, pour sa part, interrogée sur la prise en compte de la réalité de l'offre de soins.

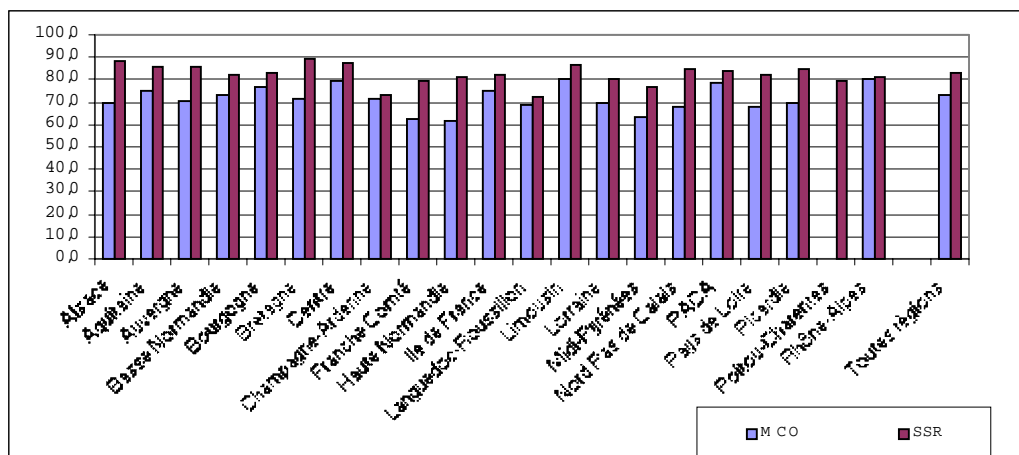
Comme le souligne le rapport de la Cour des Comptes de septembre 1999, « la dépense par habitant hospitalisable ne permet donc pas de distinguer ce qui résulte d'un excès ou d'un déficit d'offre et ce qui est la conséquence de la plus ou moins bonne performance des établissements ».

Or, il apparaît nettement, à l'analyse des résultats provisoires de la SAE pour 1999 tels qu'ils ont été transmis à la mission par la DREES, des distorsions importantes entre régions, en matière de taux d'occupation, tant en MCO qu'en SSR.

On observe ainsi qu'en ce qui concerne les services MCO, le taux d'occupation varie de 61,4 % en Haute-Normandie à 80,4 % en Rhône-Alpes, pour une moyenne nationale de 73 %. Il en va de même pour les services de soins de suite et de réadaptation avec des taux

d'occupation allant de 72,7 % en Languedoc-Roussillon à 88,9 % en Bretagne pour une moyenne nationale de 82,6 %.

Variations régionales du taux d'occupation en MCO et SSR

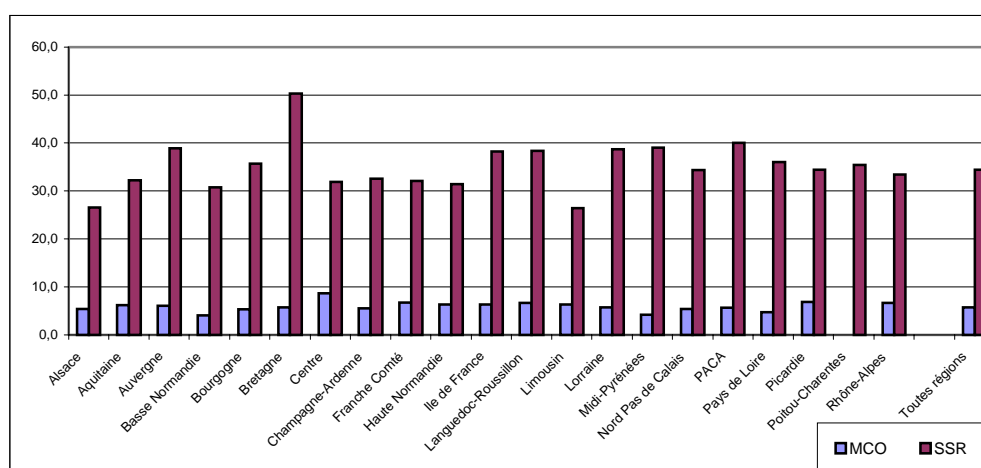


La mission s'est donc interrogée sur la possibilité d'introduire un coefficient traduisant le degré d'occupation des lits du secteur public.

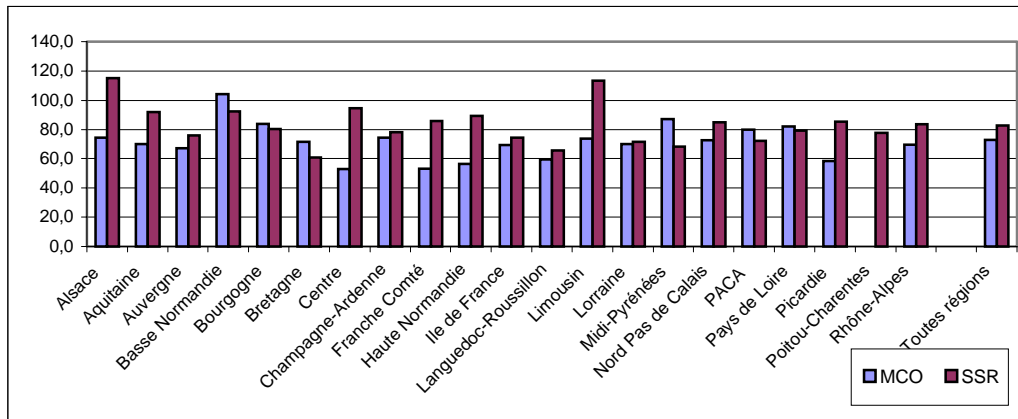
Il convient, cependant, de rappeler que la notion de taux d'occupation, fondée sur le rapport entre le nombre de journées réalisées et le nombre de journées théoriques que permet le nombre de lits existants, est également liée à la durée moyenne des séjours. Or, dans ce domaine, des écarts tout aussi importants ont été constatés entre les régions puisque, pour les disciplines MCO, cette durée de séjour varie de 4,1 journée en Basse-Normandie, à 8,7 jours dans la région Centre, pour une moyenne nationale de 5,8 jours.

Il en va de même dans les services SSR où la DMS, naturellement plus longue, varie de 26,4 jours en Limousin à 50,3 jours en Bretagne, pour une moyenne nationale de 34,5 jours.

Durées moyennes de séjour en MCO et SSR



D'où l'idée de combiner ces deux critères, par exemple en divisant le taux d'occupation par la DMS régionale et en le multipliant ensuite par le taux d'occupation national, ce qui conduirait à évaluer un taux d'occupation théorique « toutes choses égales par ailleurs ».



La mission n'a pas développé une véritable simulation qui, d'ailleurs aurait pu être remise en cause lorsque les résultats définitifs de SAE 99 auront été connus (il manque par exemple les données concernant le secteur MCO en Poitou-Charentes), mais elle suggère que la réflexion soit poursuivie au cours de l'année 2001 pour être, éventuellement, prise en compte pour la campagne budgétaire 2002.

2.5 En conclusion.

En l'état actuel, et malgré les imperfections que chacun reconnaît, la mission suggère de ne pas modifier ce critère « dépense par habitant hospitalisable en secteur public » pour la prochaine campagne budgétaire. Elle estime que la campagne 2004, qui marquera, d'une part, la fin de la péréquation accélérée et, d'autre part, une bonne possibilité de disposer de points ISA-SSR, serait une occasion dont il conviendrait de se saisir pour faire évoluer ce critère.

CHAPITRE 3 – LE RECOURS AU POINT I.S.A. DANS L'ALLOCATION DIFFERENCIEE DES MOYENS

Le recours à l'indicateur « point I.S.A. » (exprimé en francs) a été associé, dès l'origine, à la politique de péréquation des dotations régionalisées de dépenses hospitalières (cf. art. L711.7 du code de la santé publique).

Sa pondération dans la formule retenue par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS, précédemment direction des hôpitaux, DH) qui, selon la mission mérite d'être relevé, a été le fruit de choix en grande partie liés à la robustesse statistique de cet indicateur, ainsi qu'à ses capacités d'évolution.

Aujourd'hui, sa légitimité pour l'appréciation de l'efficacité médico-économique des établissements de court séjour, pris isolément ou dans les cadres inter et intra régionaux (« point I.S.A. » établissement et « point I.S.A. » régional) apparaît établie de façon satisfaisante par la conjonction de trois facteurs :

- d'une part, un **ancrage institutionnel** progressivement assuré grâce à l'acceptation, en premier lieu pour les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (M.C.O), du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.) (**A**).
- d'autre part, et ce point est directement lié au précédent, par une double évolution méthodologique et opérationnelle positive, même si elle demeure perfectible (**B**).
- Enfin, par une utilisation budgétaire devenue peu à peu centrale tout en demeurant raisonnée dans ses modalités et sa portée (**C**).

A/ L'évolution du cadre institutionnel a été favorable à l'acceptation du point I.S.A.

On peut, globalement, distinguer **trois périodes** qui correspondent chacune à un progrès dans l'installation et l'acceptation institutionnelle du point I.S.A.

1^o) Une première période, des années 1982/1983 à 1993, a vu le système hospitalier s'engager très tôt dans la mise en place d'un outil d'évaluation de l'efficacité médico-économique des établissements, en s'inspirant de la méthode américaine, établie par les travaux du professeur FETTER, des *diagnosis related groups* (D.R.G.) dont l'objet est d'affecter un coût moyen standard par groupe homogène de malades (G.H.M), sur la base d'un diagnostic ou d'un acte classant (et non de traitement ni de coût effectif) (cf. infra).

Dans le même temps, cette période a été marquée par la difficulté des tutelles et du financeur (la CNAMTS) à expliquer et positionner le PMSI en milieu hospitalier, tandis que le financeur principal (la CNAMTS) s'y montrait ouvertement défavorable. Il a été ainsi présenté (retardant son acceptation) comme un outil de connaissance de l'activité médicale, de contrôle et d'amélioration de sa qualité, soit d'aide à l'analyse de gestion (cf. loi du 31.07.1991) ou encore de comparaison bilatérale entre services...

L'imparfaite cohérence entre l'ambition méthodologique de l'outil et la détermination de son objet a ainsi suscité, durant toute cette période, d'importantes réserves et difficultés dans la collecte et l'exploitation des données médicales par les départements d'information médicale des établissements. (DIM qui n'ont, de surcroît, été institutionnalisés que tardivement, par une circulaire du 24 juillet 1989).

2°) Une seconde période a été initiée par l'expérimentation de l'outil P.M.S.I. en région Languedoc-Roussillon (pour les établissements publics et privés de plus de 100 lits de M.C.O) en 1994 (rapport final de mars 1995).

A l'issue de cette expérimentation, de nombreuses difficultés techniques ont été levées ou identifiées (problèmes de groupage, d'échelle de coût, de valorisation de certaines activités... cf. infra) et l'outil clairement affiché dans son objectif : aider à l'appréciation de l'efficience médico-économique des établissements.

Un large débat, s'est engagé, à cette occasion, avec les conférences des présidents de C.M.E. (des centres hospitaliers généraux ainsi que régionaux et universitaires). Il a permis de lever de nombreuses réticences du corps médical, mais aussi de faire ressortir l'éclairage et les précautions devant encadrer l'utilisation du P.M.S.I et du point I.S.A.

Ainsi, cette expérimentation, menée avec l'appui de l'I.G.A.S. puis évaluée par elle, a permis d'assurer une bonne compréhension et une bonne acceptation de l'outil PMSI dès lors que la progressivité de sa mise en place et la non-automaticité de la traduction budgétaire de ses résultats ont été clairement affirmés.

La traduction réglementaire, pour sa part, a été un premier arrêté du 22 septembre 1994 complété par une circulaire du 10 mai 1995 (ainsi qu'une lettre circulaire du 22 août 1995) généralisant les apports de l'expérimentation précitée et notamment les règles d'exhaustivité, de qualité, d'anonymat et de contrôle des données recueillies dans les secteurs public et privé (cf. infra).

3°) La dernière période a été initiée avec l'adoption de l'ordonnance n° 96 346 du 24.04.1996 relative à l'hospitalisation. S'inscrivant dans le cadre d'une réforme d'ensemble, elle se traduit, notamment, par un renforcement des règles de fixation de la dotation globale hospitalière instaurées en août 1983 (elle devient une fraction de l'ONDAM) et l'affichage d'une volonté de rééquilibrage de l'offre entre les établissements et régions (cf. art. 16 et 21).

Dans cette perspective, le point I.S.A. apparaît comme un critère essentiel de la formule, comme de la pratique de péréquation.

Dans sa circulaire budgétaire pour la campagne 1997, la direction des hôpitaux indique que : « le programme de médicalisation des systèmes d'information est au cœur de la logique de réduction des inégalités ».

La mission a constaté que, depuis 1997, non seulement cette position n'avait pas été modifiée, mais qu'elle s'était même renforcée.

Ainsi, depuis 1998, est annexée à la loi de financement de la sécurité sociale une publication des points I.S.A de tous les établissements de court séjour sous dotation globale. Les interlocuteurs rencontrés ont pu, parfois très vigoureusement, contester les limites techniques

de l'indicateur et le principe de cette publicité, mais l'ensemble s'accorde à reconnaître que l'outil qui le fonde, le P.M.S.I., est actuellement sans alternative, même s'il doit être complété, pondéré et éclairé pour asseoir la légitimité d'une allocation budgétaire différenciée aux établissements et aux régions.

L'illustration la plus récente de cette situation peut se retrouver dans la lettre commune signée par le président de la Fédération Hospitalière de France (F.H.F.), les présidents des conférences des directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires (C.H.U.), des directeurs de centres hospitaliers généraux (C.H.G.), des présidents de commission médicale de ces établissements (C.M.E.), ainsi que du Président du collège des médecins D.I.M.

Publiée dans le N° 5 de la lettre institutionnelle de la F.H.F. (novembre 2000) elle appelle, conjointement, à considérer comme une priorité le codage des actes dans le cadre du P.M.S.I.

La mission a identifié les raisons et réserves implicites de chacun de ces partenaires institutionnels. Elle n'entend toutefois se prononcer que sur l'élément qui lui apparaît essentiel: un outil commun, évaluable et pouvant évoluer permet, avec l'accord de tous les acteurs hospitaliers, d'apprécier l'activité médico-économique des équipes, des établissements et d'ensembles plus larges, producteurs de soins de court séjour.

Cet ancrage s'appuie ainsi qu'il a été dit, sur une méthodologie et un fonctionnement opérationnels solides.

B/ Une méthodologie solide et une évolution opérationnelle positive, même si elle demeure perfectible

3.1 La méthodologie

3.1.1 Le cadre général

L'hôpital étant un lieu où "s'assemblent des prestations très diverses selon des modalités complexes" (J. de KERVASDOUE), la méthodologie de recensement de l'activité médicale et technique, sa valorisation et sa consolidation reposent, en conséquence, sur des règles et dispositifs à la fois, complexes, lourds et qui ne peuvent pourtant prétendre à l'exhaustivité. En particulier, le P.M.S.I décrit des séjours et non des malades, même s'il permet de suivre leurs parcours dans la structure de soins.

Pour autant, son ambition est plus large que son utilisation financière. Ainsi que le souligne la circulaire de la direction des hôpitaux pour la campagne budgétaire 1997 : "le P.M.S.I. ne peut se concevoir comme exclusivement voué au rôle de support du process d'allocation des ressources aux établissements de santé. Il constitue un instrument d'amélioration de la connaissance du profil d'activité des établissements et permet une meilleure connaissance de l'offre de soin". Cette approche, sur laquelle la mission reviendra, éclaire aussi sur la méthode de collecte de traitement des données recueillies.

Par un paradoxe qui n'est qu'apparent, cette ambition se traduit, aujourd'hui, par une restriction du champ d'utilisation de l'outil, puisque seuls sont pris en compte, pour l'analyse des données médico-économiques, les établissements sous dotation globale (publics et privés

participant au service public) de plus de 100 lits et du seul secteur M.C.O. Il convient de rappeler que cet ensemble représente environ 60% de l'ensemble de l'offre sanitaire financée par la dotation globale.

En réalité, ce choix correspond, lui-même, à une avancée programmée puisque, (la partie suivante le détaille), le P.M.S.I. pour les soins de suite et de réadaptation ainsi que la psychiatrie sont actuellement en voie de mise en place (avec une conception et un contenu, pour ces deux types d'activité, très différents du PMSI/MCO).

3.1.2 Les étapes de constitution de l'indice.

* Pour ce qui concerne le court séjour, la méthodologie repose, **en première étape**, sur la production de résumés de sortie standardisés (R.S.S.).

Tout séjour hospitalier, dans le champ précité, fait l'objet d'un R.S.S. lui-même constitué, de façon synthétique, d'un ou plusieurs résumé(s) d'unité médicale (R.U.M.). L'unité médicale correspond à une ou plusieurs unités fonctionnelles (U.F) de production de biens et services au sein de l'établissement et ceci quelle que soit sa dénomination (service, département, fédération). Un patient peut générer un ou plusieurs R.U.M. selon qu'il sera resté ou non dans le même service pendant son séjour.

Le R.U.M. répond lui-même à un encodage précis et exigeant. On utilise pour le codage des diagnostics la classification internationale des maladies de l'O.M.S. (la C.I.M, actuellement dans sa dixième version) et pour le codage des actes, le catalogue des actes médicaux (C.d.A.M.).

Ce dernier a été élaboré par des comités d'experts médicaux coordonnés par la direction des hôpitaux. Tous deux connaissent des évolutions régulières sous l'autorité du Pôle d'Expertise et de Référence nationale des nomenclatures de santé (PERNNS) situé à Lyon. Cet outil permet d'identifier les actes réalisés pendant le séjour du patient et de mesurer la consommation de ressources humaines et matérielles mobilisées pour les réaliser.

A cette fin, chaque acte se voit affecter un indice de coût relatif (I.C.R.). Cet indice est lui-même composé de trois sous-indices : un indice d'activité médicale (I.A.M.) ; un indice d'activités soignantes (I.A.S.) et un indice de consommation de ressources matérielles (I.C.R.M.).

Afin de faciliter le travail de codage dans les équipes correspondant à des unités fonctionnelles, le C.d.A.M. est structuré en champs principaux d'intervention identifiés par une lettre de l'alphabet grec (alpha : actes diagnostiques et thérapeutiques, bêta : actes d'anesthésiologie ; gamma : actes d'imagerie médicale...).

Ainsi, le C.d.A.M contient-il une énumération de l'ensemble des actes médicaux pratiqués en milieu hospitalier permettant de les identifier (code de l'acte), de leur attribuer un coût relatif (I.C.R.) et, le cas échéant, de lui attribuer la lettre "y" qui indique le caractère classant de l'acte dans un groupe homogène de malades (G.H.M.).

* **La seconde étape** (N.B. : au plan méthodologique et non chronologique) est, en effet, la classification en groupes homogènes de malades ainsi que la réalisation de la fonction de groupage dans une perspective de valorisation.

Les R.U.M. ayant été agrégés en R.S.S.(synthèses des séjours hospitaliers), ces derniers sont eux-mêmes classés en G.H.M. Les G.H.M. permettent ainsi de classer les séjours hospitaliers dans des groupes présentant une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour.

A cette fin, un arbre de décision oriente chaque séjour vers le G.H.M. adéquat. Tout d'abord, les séjours sont distingués selon qu'ils ont une durée de plus ou moins 24 heures (catégorie majeure n° 24). Les séjours de plus de 24 heures sont alors, eux-mêmes, classés en fonction du **diagnostic principal** retenu dans le R.S.S. dans l'une des 24 catégories majeures de diagnostic.

Ensuite, le R.S.S. est classé dans un G.H.M. médical ou chirurgical en fonction d'un éventuel acte opératoire classant (identifié par un "y"). D'autres variables interviennent alors pour orienter le R.S.S. vers un seul G.H.M. : complications et/ou morbidité associées (C.M.A) qui l'orientent dans un G.H.M. avec ou sans complication, autres critères (limites d'âge propre à chaque G.H.M ou non)...

On identifie ici, la complexité pratique, sinon logique, de ces groupages et l'importance d'un codage initial exhaustif et fiable. La robustesse statistique repose sur la qualité du recensement et du codage initiaux et donc sur l'attitude des praticiens et de leurs équipes.

Ces regroupements obéissent, en pratique, à des tables de classification en G.H.M. mais surtout, et concrètement pour le fonctionnement du dispositif, à une fonction de groupage fiable et rapide (cf. infra sur les aspects opérationnels).

* **La troisième étape** assure la confidentialité et donc la possibilité d'exploitation par les tutelles, de ces données.

Il appartient au département d'information médicale (D.I.M.) de chaque établissement de procéder à la transformation des données médicales nominatives contenues dans les R.S.S. en données communicables: les résumés de sortie anonymes (R.S.A.).

La production de R.S.A. est automatisée. A partir du fichier des R.S.S. groupés, le médecin responsable du D.I.M. utilise un logiciel générateur de R.S.A. fourni et maintenu sous le contrôle du ministère de la santé.

A la différence des R.S.S., les R.S.A. constituent des enregistrements uniques par séjour. Le D.I.M. doit toutefois conserver les fichiers de R.S.S. (au moins quatre ans et au plus cinq ans) aux fins de contrôle. Les R.S.A. sont transmis à l'A.R.H. autorisant leur exploitation par les tutelles (avec le logiciel M.A.H.O.S).

* En effet, la **dernière étape** est celle qui conduit directement à la production du point I.S.A. de chaque établissement ou de chaque région.

Chaque année, les 560 G.H.M. existants sont placés sur une échelle de valeur de coût à partir des données provenant de la comptabilité analytique d'un ensemble d'hôpitaux témoins dont

l'échantillon recouvre de façon pertinente le champ et les pondérations des pathologies recensées. Par convention, le G.H.M. 540 (accouchement par voie basse sans complication) reçoit une valorisation de 1 000 points I.S.A. et tous les autres G.H.M. se positionnent par rapport à lui, du moins coûteux (ex. séance de radiothérapie) au plus coûteux (transplantation cardiaque).

On peut ainsi, en identifiant le budget de court séjour de chaque établissement (M.C.O.), calculer la valeur de son point I.S.A. en divisant ce budget M.C.O. par le nombre de points produits (lui-même calculé par le nombre de R.S.S./R.S.A. produits et valorisés par G.H.M.).

Un calcul identique est fait pour chaque région.

3.2 Au plan opérationnel, le dispositif a connu des évolutions rapides et positives

Les critiques d'origine médicale ou institutionnelle à l'encontre du P.M.S.I. et du point I.S.A. (cf. le rapport de septembre 1997 de la Cour des Comptes, joint au projet de loi de financement de la sécurité sociale et qui souligne, notamment, les insuffisances en termes de codage et de contrôle sur site) ne peuvent occulter les rapides progrès de méthode et de fonctionnement qui marquent leur évolution.

En premier lieu, le champ de classement, et donc d'analyse, s'est étendu (passant de 500 à près de 600 G.H.M. en dix ans) et recouvre, aujourd'hui la quasi-totalité des pathologies diagnosticables.

Comme le souligne le rapport annuel du P.E.R.N.N.S. pour 1998, les nouveaux G.H.M. à créer "ne concernent plus des cas fréquents et, s'ils permettent d'isoler des cas coûteux auparavant mal valorisés, ils ne correspondent pas à des cas d'une grande homogénéité : effectif réduit et hétérogénéité génèrent des problèmes de valorisation très sensible à une variation importante de quelques cas".

Actuellement, la sixième version de classement et de groupage intègre des pathologies complexes (affections V.I.H, traumatismes multiples graves, transplantations...) et permet de s'adapter... à une activité médicale en évolution. La septième, en préparation, conduira à étendre le champ des pathologies couvertes et à renforcer la fonction de groupage.

Pour autant, et par construction, l'arbre de décision précédemment décrit, qui traduit le modèle mis en place (on attribue une affection à un patient dans un cadre de classement imposé et hiérarchisé) conduit en partie à réduire l'information médicale. Le concept de G.H.M. est centré sur un cas moyen consommant les ressources-type du groupe considéré (donnant lieu à des variances distribuées autour de lui selon une loi normale).

Ainsi se pose le problème d'affections intercurrentes, de complications, etc qui peuvent modifier le diagnostic initial et le coût/G.H.M. déterminé.

Pour répondre à cette limite du modèle, la classification G.H.M. intègre des groupes supplémentaires : les C.M.A. (complications et morbidité associées). Ils augmentent de facto le nombre de G.H.M.

Un G.H.M. se voit complété d'une classification C.M.A. chaque fois qu'il est statistiquement prouvé que ces C.M.A. allongent la durée de séjour d'une fraction suffisante de dossiers.

Cette adaptation n'entend pas répondre à l'ensemble des problèmes de transcription statistique de l'activité et de la réalité médicale. Son objet est de faire évoluer le modèle sans nuire à son utilisation. En effet, parallèlement aux critiques relatives à l'insuffisante précision des G.H.M., se développent celles, antagonistes, de leur trop grand nombre qui alourdit les problèmes de codage, de maintenance et d'exploitation.

Il existe, dans cette perspective, un risque de voir se développer des groupes "indéterminés", les 110 groupes avec C.M.A. étant l'illustration de ce risque de faire perdre en clarté et en ergonomie (avec les difficultés accrues d'encodage) ce que l'on souhaite gagner en exhaustivité.

En réalité, aller plus loin, dans la description de l'activité sans nuire à la pertinence de l'outil réclamerait qu'une nouvelle étape méthodologique soit franchie avec la possibilité de combiner les G.H.M. Plutôt que de créer des groupes spécifiques réservés aux associations morbides les plus fréquentes, il faudrait alors affecter à chaque patient la combinaison des G.H.M. élémentaires dont il relève. Pour y parvenir, le PERNNS dispose, techniquement, d'une méthode simple dite de "l'effeuillage progressif". Elle consiste à effectuer le groupage en plusieurs épisodes. Le premier fournit le G.H.M. de manière traditionnelle puis, après avoir retiré du R.S.A. les éléments ayant conduit à ce G.H.M. Le second peut aboutir à un second G.H.M. etc jusqu'à ce que le contenu du R.S.A. soit épuisé ou qu'aucun nouveau G.H.M. n'apparaisse.

Cette méthode permettrait d'identifier les associations de G.H.M. (sans les pondérer dans le calcul de coût final, ce qui relève d'un autre outil de calcul).

Quelles que soient les difficultés de mise en place de cette méthode, elle pourrait permettre d'envisager une évolution de son champ de référence.

*** Le second aspect opérationnel** dont l'évolution apparaît **favorable** concerne la qualité des codages et leur exhaustivité

La Cour des Comptes, dans son rapport précité de 1997, soulignait les nombreuses erreurs de codage relevées, les omissions de diagnostics associés et les risques de fraude visant à augmenter artificiellement la valeur des G.H.M. afin de produire un plus grand nombre de points (et donc d'en faire baisser la valeur unitaire).

Ce constat portait, en réalité, sur la première année complète de données disponibles et dans un contexte où l'accent avait été mis sur la production, avec un nombre significatif de sites en retard, et non sur le contrôle de la qualité.

Depuis lors, les contrôles semestriels de qualité ont été systématisés (avec, dans un premier temps, un phénomène attendu d'augmentation du taux d'erreur) et des actions concertées, mais volontaristes ont été mises en place en matière de formation des équipes médicales, de développement des procédures de bonnes pratiques et un effort important a été conduit pour favoriser l'accès à l'information, en retour, des cliniciens. Toutefois, un nombre significatif d'erreurs peut encore être relevé, révélant une des voies d'amélioration du dispositif.

3.3 Les insuffisances existantes et les voies de progrès

3.3.1 Les insuffisances

Dispositif statistique et modèle de pondération médico-économique, le P.M.S.I. est par nature l'objet de contestation de la part des cliniciens et médecins des différentes spécialités. La mission a pris connaissance de nombreuses productions et rédactions appelant l'attention sur ses limites : difficulté à relier certains diagnostics (qui fondent le dispositif de classification) à l'intensité réelle des soins (cf. infra sur la réanimation), prise en compte de la qualité en seconde intention et sur la base d'indicateurs extérieurs au P.M.S.I. (taux de réhospitalisation sous trente jours, d'infections nosocomiales, de maladies extrogènes, de mortalité...), problèmes de variances pour certaines pathologies.

La mission a également pris connaissance des arguments avancés par certains praticiens soulignant les aspects réducteurs du modèle (en dépit des pathologies associées) et sa difficulté à traduire "les épisodes d'avancée rapide des pratiques et de la technique".

Pour autant, la mission considère que ces éléments entrent dans le cadre normal et nécessaire d'un débat entre détenteurs d'un art médical et responsables administratifs et financiers.

En revanche, l'examen du fonctionnement du P.M.S.I. lui-même, fait apparaître des carences qu'il conviendra de corriger pour assurer sa pérennité et son évolution vers une tarification à la pathologie(cf infra).

La mission n'a pas souhaité pondérer chacun des constats suivants, qui tous renvoient à des problématiques complexes où champ du dispositif et fiabilité des données interagissent.

La **première insuffisance** du dispositif concerne l'appréciation forfaitaire et donc insatisfaisante des missions dites de "service public ou d'intérêt général", c'est-à-dire d'enseignement et de recherche. Ces missions, qui correspondent à des activités, ne peuvent être valorisées en points I.S.A. d'où une sur-pondération forfaitaire et globale (au numérateur cf supra) de 13 %. Ce choix pose plusieurs types de problèmes qui sont de nature à tendre les relations entre établissements et entre ces derniers et les tutelles:

- Tout d'abord, les établissements hospitalo-universitaires ou les centres de lutte contre le cancer ont des charges effectives diverses concernant ces missions.
- Ensuite, cette approche ne tient pas compte de la recherche clinique conduite dans les hôpitaux généraux (C.H.G.), notamment de grande taille, et ne la valorise pas. Il en va de même, dans ces établissements, de la formation des internes.
- Enfin, et dans la mesure où les actes dits "hors nomenclature" (innovant médicalement) sont financés dans l'enveloppe de 13 %, ils pénalisent les gros C.H.G. qui entendent offrir de tels actes.

A la suite de divers contacts, la mission a fait constat d'une réelle interrogation, dans certains gros C.H.G. (ou C.H. régionaux) relative à la valorisation imparfaite de ces missions.

La seconde insuffisance concerne la traduction médico-économique (et donc la valorisation) de la continuité des soins et de la permanence de l'accueil. Les établissements dotés d'un service d'accueil des urgences doivent assurer cette permanence non seulement dans l'accueil, mais aussi la prise en charge des patients, notamment en situation de précarité ou de détresse.

Ce dispositif a, à l'évidence, un coût élevé, en particulier quand les équipes sont "seniorisées" afin d'assurer une appréciation optimale entre les "vraies" urgences (5 % du total) et les urgences ressenties.

Or, aujourd'hui, la valorisation médico-économique se fait essentiellement au travers des consultations, elles-mêmes reliées à la nomenclature générale des actes professionnels praticiens (N.G.A.P.).

Ce dispositif est, par nature, peu à même de traduire le coût réel de ce type de consultations. L'existence d'un indicateur "lit-porte" et la valorisation pondérée récemment introduite ne suffisent pas à corriger ce constat (cf infra sur les travaux menés dans le cadre de la tarification à la pathologie).

Ainsi, alors que l'intérêt général réclame une valorisation propre à la bonne orientation des malades, le dispositif retenu incite-t-il à une hospitalisation des patients, génératrice de points I.S.A.

Ce constat est encore accentuée dans le cadre des établissements gérant des S.M.U.R. (service médical d'urgence et de réanimation).

En effet, les interventions primaires de la structure sont imputées au budget M.C.O. de l'établissement de rattachement alors même que seule une minorité de patients vont lui être, en réalité, adressée (en fonction de l'orientation des secours et de l'état sanitaire).

Parallèlement, et c'est la **troisième insuffisance**, l'activité médicale externe et de moins de 24 heures continue à être sous-pondérée. D'une part, les consultations ordinaires obéissent, dans leur valorisation, à la nomenclature N.G.A.P. Une échelle particulière a été établie, associant à chaque lettre-clé une valorisation en points I.S.A.. Pour chaque acte, elle divise le tarif de la N.G.A.P. par la valeur moyenne nationale du point I.S.A.. Cette valorisation apparaît sommaire quant à l'intégration du coût réel des actes et, surtout, elle établie une différenciation majeure avec l'activité hospitalière : il faut ainsi 2 200 consultations pour évaluer, en points I.S.A. produits, 23 admissions d'une pathologie diagnostiquée d'une pondération et d'une durée moyenne au plan national.

Or, ici encore, le bon fonctionnement et la bonne valorisation de l'activité de consultation sont essentiels à la prévention des hospitalisations indues et à la diminution, in fine, de la durée moyenne de séjour (D.M.S.) de l'établissement.

Sont également mal ou pas valorisées, **quatrième insuffisance**, les activités transversales ou de coordination (interservices, de lutte contre les maladies nosocomiales...) pourtant génératrices de sur ou de sous-coûts importants. Ainsi, la volonté de développer une médecine de réseau (avec la médecine de ville) ou de prise en charge hospitalière hiérarchisée et coordonnée (pôle d'équilibre, de référence...) se heurte-t-elle aux limites de valorisation du modèle.

Enfin, et encore une fois sans hiérarchisation particulière, le modèle P.M.S.I. se révèle, à ce stade, non configuré pour la prise en compte des cas extrêmes (pathologies conduisant à des durées ou une intensité de prise en charge particulière).

Le P.M.S.I. se révèle également peu adapté à l'appréciation du coût des structures annexes des établissements M.C.O. dans la mesure où l'intensité des soins délivrés dans ces dernières (les maisons de retraite notamment) est à la fois la conséquence de l'existence d'un secteur court séjour et ne peut être valorisée en production de points I.S.A. (sur ce point, cf infra les soins de suite et de réadaptation).

3.3.2 Les voies de progrès

L'ensemble de ces remarques ne doit pourtant pas occulter les importants progrès accomplis par l'ensemble des acteurs (cliniciens, DIM, PERNNS, tutelles) dans l'amélioration du PMSI tant dans son champ que dans son contenu.

A ce stade, ne sont toutefois examinés que les éléments d'amélioration n'entrant pas dans le champ de l'expérimentation relative à la tarification à la pathologie.

Concernant, en premier lieu, le champ du P.M.S.I., l'évolution constante des G.H.M. (d'environ 500 dans les premières versions à près de 600 aujourd'hui) traduit, dans un domaine où la méthodologie est lourde, concertée (et contre-expertisée attentivement) une véritable avancée, notamment dans les traitements du V.I.H. (passage de un à cinq G.H.M.) de l'oncologie (avec la prise en compte des phénomènes de multi-séjours) ou de la réanimation (activité mal valorisée et où deux diagnostics identiques peuvent entraîner des coûts très différents) avec la proposition d'un indicateur composite dit "oméga" (basé sur le recensement, pendant toute la durée du séjour du patient, de 47 actes thérapeutiques dont l'I.C.R. varie de 1 à 10). Il en va de même avec la nouvelle valorisation de la chirurgie ambulatoire ou les travaux en matière de soins de suite ou de psychiatrie (cf. infra).

Parallèlement, le PERNNS s'attache continûment à réduire les variances au sein de chaque GHM (avec une diminution de près de 30 % depuis 1997) afin d'approcher au mieux le coût réel et la pondération relative.

Au total, en dépit des limites du modèle P.M.S.I, le point I.S.A. apparaît remplir l'essentiel du rôle que lui ont assigné les pouvoirs publics : permettre au-delà des précautions d'analyse, une appréciation générale sur l'efficacité médico-économique des établissements. La pertinence de l'outil apparaît, de surcroît, renforcée par l'utilisation qui en a été et en est faite au plan de l'allocation différenciée des ressources.

C/ L'utilisation budgétaire du point I.S.A. est aujourd'hui devenue centrale, tout en demeurant raisonnée

Depuis 1997, le point I.S.A. constitue l'indicateur central mais non exclusif du dispositif de péréquation.

Sa pondération relative (50 %) a, en première analyse, été atténuée par l'adoption des critères relatifs aux flux interrégions et à l'indice comparatif de mortalité. La mission s'est déjà

prononcée sur l'autocorrélation de certains de ses critères (cf. infra la partie relative à la formule de péréquation).

Son propos, ici, est de souligner que l'adoption de ces nouveaux critères n'a, en rien, diminué la pertinence et le caractère central de l'outil. En réalité, l'amélioration technique du dispositif P.M.S.I. (cf supra) s'est accompagnée de son appropriation graduelle par l'ensemble des acteurs. Actuellement, le cycle budgétaire (budget primitif, décisions modificatives, examen des comptes administratifs) est largement éclairé par l'utilisation du point I.S.A. par les Agences Régionales de l'Hospitalisation. Ainsi, la création de nouveaux indicateurs s'est-elle accompagnée dans les faits par un accroissement du recours au point I.S.A. comme instrument de dialogue et de débat dans la très grande majorité (mais non la totalité) des régions.

En sus des éléments d'ancrage institutionnels et opérationnels précédemment développés, plusieurs facteurs ont concouru à cette acceptation et à cette installation de l'indicateur "point I.S.A." dans le processus d'allocation différenciée des moyens :

*** Tout d'abord**, et les circulaires de préparation puis d'organisation des campagnes budgétaires depuis 1997 en témoignent (cf par exemple les circulaires DH/754/96, 790/97, 700/98, DH 05 603/200), le point I.S.A. a été présenté **comme un élément privilégié, mais non exclusif d'appréciation de l'efficience médico-économique** des établissements.

A de nombreuses reprises, la D.H.O.S. a appelé l'attention des directeurs d'A.R.H. sur la nécessité de confronter les éléments issus du P.M.S.I. (et qui permettent d'extraire et d'exprimer une information beaucoup plus riche que le point I.S.A.) avec les indicateurs de gestion et de comptabilité analytique dont doivent s'être dotés les établissements. Quand de tels outils manquent (malgré la loi du 31 juillet 1991 et ses décrets), le point I.S.A. joue alors un double rôle d'outil de dialogue financier et d'incitation forte à s'en doter.

La mission a pu constater qu'au fil des campagnes, les ARH ont su articuler cet outil central avec des indicateurs traditionnels (D.M.S., entrées converties, E.T.P. médicaux ou non par lit) ou plus récents ("case-mix" d'activité, analyse des distributions des coûts ou de durée de séjour par G.H.M., comptabilité analytique par séjour, analyse de la file active couplée à une valorisation en point I.S.A. en oncologie, ratios d'activité : ISA par médecin, par soignant, par lit...).

L'ensemble de ces indicateurs permet ainsi de compléter l'analyse de l'efficience de la structure étudiée par des informations complémentaires ou croisées concernant l'ensemble des facteurs de production et des moyens qui leur sont attribués.

A ainsi été écartée l'hypothèse d'une utilisation "mécaniste" de cet indicateur et, en conséquence, l'option d'une utilisation exclusive du point I.S.A. dans le dispositif d'allocation des budgets de reconduction.

Cette approche alternative repose sur le constat d'une trop grande hétérogénéité dans l'utilisation, par les ARH, du point I.S.A. et de sa pondération finale dans l'allocation budgétaire intra-régionale alors même qu'il a pour objet, et offre le moyen, d'une appréciation homogène sur l'ensemble du secteur M.C.O.

Défendue par la Cour des Comptes et plus récemment par la direction de la sécurité sociale, cette utilisation exclusive conduirait à allouer aux établissements un budget de reconduction (éventuellement modulé) sur la base de leurs points I.S.A. respectifs avec l'optique d'une double convergence : celle des budgets théoriques (fonction de l'indicateur I.S.A.) avec les budgets historiques et celle, parallèle, entre régions globalement sur-dotées ou non sur la base de comparaison de ce seul indicateur agrégé à ce niveau (point I.S.A régional).

Le dispositif comprendrait, dans cette hypothèse la gestion parallèle d'enveloppes nationales, puis régionales, consacrées aux priorités budgétaires d'équipement et de santé publique des autorités de tutelle.

*** La mission a examiné** avec intérêt cette approche, mais a estimé que les progrès accomplis depuis 1994/95 par le dispositif P.M.S.I. reposaient, en réalité, sur une utilisation triplement raisonnée du point I.S.A. :

- **Raisonnée au plan technique**, puisque l'outil présente encore des insuffisances (cf. supra) et repose sur une échelle de pondération qui donnerait très probablement lieu à contestation si l'outil P.M.S.I. commandait à lui seul l'allocation budgétaire.

Ainsi que le souligne la mission P.M.S.I., la diachronie entre la mise à jour de l'échelle et le cycle budgétaire serait source de difficultés. La perspective d'une tarification à la pathologie, et les progrès qu'elle apportera, ne supprime pas ce constat et ne supprimera pas toutes les difficultés de mise à jour.

- **Raisonnée au plan opérationnel**, puisque les fragilités encore constatées dans la collecte et le contrôle des données interdisent de compromettre le lien de confiance, tissé avec patience et difficulté, avec les médecins qui sont à la fois "acteurs et objet" du dispositif (L. Borella) et conditionnent donc son évolution et son succès. Le P.M.S.I apparaît aujourd'hui accepté parce que son usage est perçu comme circonspect et maîtrisé.

- **Raisonnée, enfin, au plan institutionnel** avec la perspective de la mise en place d'une tarification à la pathologie (en réalité au GHM) permettant d'intégrer dans une échelle de pondération commune les deux secteurs public et privé., mais également l'ensemble des disciplines de soins (SSR, psychiatrie, missions d'intérêt général cf. infra).

Ce mode de tarification fait actuellement l'objet d'une expérimentation et d'un programme de travail (validé par un comité national de pilotage le 12 décembre 2000).

Il vise à répondre à deux objections et un objectif formulés à l'encontre du dispositif actuel :

- tout d'abord une objection quant à la fragilité du choix conduisant à relier un diagnostic à une prise en compte médico-économique qui ne soit pas directement une tarification à la pathologie. Aux Etats-Unis, les travaux de l'équipe du professeur FETTER relatifs au D.R.G. (cf. supra : diagnosis related groups) et dont s'inspire notre système, ont directement conduit à une telle tarification.

- ensuite, une objection sur le caractère incomplet d'un outil consacré au seul secteur sous dotation globale de M.C.O alors que, depuis 1995, les cliniques sous O.Q.N. produisent des données P.M.S.I., première étape d'une comparaison des structures par-delà leurs formes juridiques et leurs modalités de financement.

A terme, c'est "la mise en œuvre de nouveaux modes de régulation et d'allocation de ressources plus efficaces et moins cloisonnés que ceux de la dotation globale et de l'O.Q.N." qui est envisagée (cf 3^{ème} point des objectifs généraux de l'expérimentation).

- enfin l'objectif est l'amélioration de l'outil P.M.S.I. lui-même, dans un cadre d'analyse harmonisé (par le rapprochement des échelles publique et privée) et dynamisé, notamment, par la mise en œuvre effective de la méthode d'effeuillage progressif (cf. supra) ; la prise en compte des séjours extrêmes en termes de durée ou de coût, des urgences, des "épisodes de soins" (cf; infra) ainsi que la mise en œuvre d'un dispositif conforté et complété de contrôle des données.

Concrètement, les axes de travail retenus doivent conduire :

- à un **rapprochement des échelles** de pondération publiques et privées en intégrant ou non les honoraires privés et les rémunérations médicales (unités cliniques) publiques. Ce rapprochement, complexe et en partie conflictuel, est au centre de la démarche.

- concernant les **urgences**, l'expérimentation doit conduire à un nouveau système d'information médicalisée actuellement à l'étude (avec une classification commune public/privé des actes médicaux), ainsi qu'à la création d'un "groupe de passages aux urgences" (G.P.U.) allant au-delà de l'actuel indicateur "lit-porte" (cf. supra).

- concernant les **séjours extrêmes** une définition statistique a été donnée à ces séjours (méthode de l'écart maximal toléré, appliquée à la variable durée de séjour) qu'ils soient anormalement longs, courts ou coûteux afin de repérer plus aisément les éventuelles erreurs de codage ; parallèlement pour les séjours extrêmes en coût, un dispositif déclaratif des établissements est envisagé pour permettre d'en discerner et vérifier l'origine (pathologie associée, approche thérapeutique...).

- ce point renvoie à celui concernant le **contrôle externe** de la qualité des informations P.M.S.I. Le projet d'un logiciel de contrôle automatisé a été retenu. Le principe de ce logiciel consiste à comparer les pratiques de codage propres à chaque établissement contrôlé aux pratiques de codage observées en moyenne nationale. Le constat d'un pourcentage anormal d'écarts significatifs à la moyenne pour un établissement devra déclencher un contrôle sur site. Parallèlement, un contrôle sur site régulier mais aléatoire (venant en plus du précédent) devra être organisé dans chaque région. A cette fin, un guide de contrôle devra être élaboré et des enquêteurs formés.

Le calendrier d'ensemble retenu pour effectuer les simulations budgétaires, traduisant l'aboutissement de ces différents chantiers, retient les exercices 2002 et 2003. L'exercice suivant devra ainsi permettre la mise en place effective du nouveau dispositif.

Au niveau national, l'exercice devra comporter préalablement une reconstitution en base "n-1" des financements concernant l'ensemble des activités (y compris les SSR et la psychiatrie) et les deux secteurs public et privé, puis une fixation des enveloppes affectées aux différents types d'activités.

Sur ces bases, il est convenu de mesurer les effets des nouvelles modalités de tarification en termes de transfert d'enveloppes entre secteurs et les effets des mécanismes correctifs susceptibles d'être mis en place.

- Au plan régional, l'exercice précédent, décliné, devra se compléter d'un examen des modalités de contractualisation compatibles avec le nouveau dispositif qui demeurera, en tout état de cause, un outil central mais non exclusif puisque la tarification à la pathologie n'a pas vocation à traduire l'historique physique et financier des établissements, non plus que les diverses contraintes liées aux choix de planification sanitaire.

Au total, la mission fait le constat que l'outil P.M.S.I. et l'indicateur "point I.S.A." sont essentiels à la cohérence d'ensemble et donc à la pérennité du processus d'allocation différenciée des moyens.

Les insuffisances et carences dans la collecte, le codage et l'exploitation des données correspondent toutes à des chantiers. d'amélioration. A cet égard, l'expérimentation à la pathologie joue un double rôle d'accélérateur de leurs calendriers et de mise en cohérence avec les secteurs ou disciplines actuellement non couvertes (cf. infra).

Actuellement, il apparaît ainsi que l'indicateur est sans alternative pour assurer la légitimité du processus de péréquation en court séjour, dans la mesure où ses limites n'hypothèquent pas sa robustesse statistique et son acceptation par la très grande majorité des acteurs concernés.

En conséquence, le véritable choix est celui de décider, ou non, d'une pondération progressivement plus forte de l'indicateur "point I.S.A." dans l'exercice d'allocation budgétaire et, dans l'affirmative, d'examiner la meilleure pertinence de ses modalités.

CHAPITRE 4 - LES FLUX INTERREGIONAUX DE PATIENTS

4.1 La justification de la prise en compte des flux

Au cours de la deuxième campagne budgétaire où le mécanisme de péréquation interrégional s'est appliqué, c'est-à-dire l'année 1998, a été introduit un nouveau critère, celui des flux des patients.

Ce flux des patients est mesuré à partir du PMSI, ce qui permet de prendre en compte non pas un nombre d'individus mais leurs poids médico-économique. Dès lors les flux interrégionaux sont mesurés en points ISA. La méthode utilisée par la DHOS valorise ces points ISA sur la base de la valeur nationale du point.

Ce choix en termes financiers n'est pas neutre ; on aurait pu concevoir des valorisations fondées sur la valeur du point ISA de la région exportatrice, ou à l'inverse sur la valeur de la région importatrice, mais ceci aurait eu plusieurs inconvénients. Tout d'abord le calcul aurait été rendu encore plus complexe ; en second lieu si on valorise le point ISA sur la base de celui de la région importatrice, on constate que dans le cas d'une exportation d'une région à point ISA faible vers une région à point ISA fort, on aggrave la distorsion de la région à point ISA fort qui augmente ainsi son retard à combler.

En troisième lieu, si l'on retenait à la fois le point ISA de la région de départ et le point ISA de la région d'arrivée, la formule se trouverait déséquilibrée.

La mission considère donc que l'utilisation des flux interrégionaux, non pas en nombre de personnes mais en points ISA permet de donner une valeur économique aux flux. D'autre part que leur valorisation sur la base de la valeur nationale du point permet de ne pas tenir compte des différences d'efficacité économique interrégionale. Celles-ci sont en tout état de cause déjà prises en compte par le critère point ISA.

Faisant suite à une recommandation du haut comité de la santé publique, la prise en compte des flux interrégionaux valorisés de patients constitue un progrès indéniable de la péréquation.

Il paraît en effet logique qu'une région accueillant des patients supplémentaires venant d'autres régions puisse bénéficier de moyens supplémentaires pour traiter ces patients.

La suite du raisonnement est par contre plus discutable.

La DHOS en a conscience puisqu'elle indique dans sa note du 28 janvier 2000 que le travail mériterait d'être affiné pour comprendre la nature de ces flux et pour en apprécier selon les termes de la DHOS « la légitimité ».

En se limitant à une analyse primaire des flux, il est logique qu'une région importatrice ait besoin de davantage de moyens et qu'à l'inverse une région exportatrice voit réduire ses moyens.

Par contre, une région peut se retrouver exportatrice et donc pénalisable au regard de la péréquation pour des raisons considérées comme peu « légitimes ».

Pourtant une région « pauvre » en moyens hospitaliers peut se retrouver exportatrice justement parce qu'elle est « pauvre » et que ses habitants n'ont pas d'autre solution que de se faire soigner dans une autre région.

On voit donc que des considérations relevant de l'organisation de l'offre de soins, de la situation géographique et économique d'une région peuvent influencer sur les mouvements migratoires des patients.

Faute de pouvoir trancher entre différents argumentaires, la formule de péréquation ne retient le solde des flux que pour la moitié de sa valeur. Cet arbitrage à moitié n'a pas de justification mathématique ou économique ; il ne correspond qu'à un choix moyen qui n'a comme seule explication, ... qu'une absence d'explication sur toute autre pondération.

Bien que cette situation soit peu satisfaisante sur le plan de la rigueur intellectuelle, toute autre solution serait encore moins justifiable, c'est pourquoi la mission considère :

- qu'il est normal et nécessaire de tenir compte des flux interrégionaux,
- qu'il est normal et nécessaire de les considérer sous l'angle d'une valorisation économique,
- que, à défaut de toute autre solution, leur prise en compte pour moitié est sans doute la solution la moins insatisfaisante.

4.2 L'incidence financière de la prise en compte des flux

Après application du coefficient – 0,5, le solde des flux mesuré en KF pour la campagne budgétaire 2001 se traduit pour les 21 régions de la façon suivante par ordre décroissant :

➤ 11 régions bénéficiaires au titre de la péréquation

Rhône-Alpes	+ 440 754 KF
Ile-de-France	+ 352 316 KF
Alsace	+ 207 008 KF
Aquitaine	+ 141 237 KF
Bretagne	+ 117 740 KF
Limousin	+ 101 210 KF
Languedoc	+ 99 273 KF
Nord-Pas-de-Calais	+ 87 982 KF
Midi-Pyrénées	+ 78 794 KF
PACA	+ 30 241 KF
Basse-Normandie	+ 4 257 KF

TOTAL 1 660 812 KF

➤ 10 régions pénalisées au titre de la péréquation

Pays-de-la-Loire	- 36 082 KF
Auvergne	- 51 129 KF
Franche-Comté	- 78 685 KF
Lorraine	- 100 686 KF
Champagne-Ardenne	- 124 613 KF
Haute-Normandie	- 169 066 KF
Poitou Charente	- 217 779 KF
Bourgogne	- 236 536 KF
Centre	- 317 527 KF
Picardie	- 328 509 KF

TOTAL 1 660 812 KF

Il est également intéressant de noter le poids relatif de ce facteur dans la formule globale de péréquation, c'est-à-dire de mesurer son impact à l'intérieur de l'écart à la dotation cible.

Ainsi l'écart à la dotation cible se traduit dans l'ordre par :

Ile de France	- 12 694, 4 MF	flux + 352,3 MF	taux 2,8 %
PACA	- 1 276, 1 MF	flux + 30,2 MF	taux 2,4 %
Midi-Pyrénées	- 685,8 MF	flux + 78,8 MF	taux 11,5 %

On note que les 3 régions débitrices au plan général de la péréquation sont, toutes les trois, des régions importatrices nettes, c'est-à-dire que la prise en compte des flux vient diminuer leur charge de péréquation, de façon faible pour l'Ile de France et PACA (moins de 3 %) mais de façon un peu plus sensible pour Midi-Pyrénées.

Pour les 18 autres régions qui sont toutes créditrices au titre de l'ensemble de la péréquation :

Sont améliorées

Rhône-Alpes	+ 653,0 MF	flux + 440,8 MF	taux 67,5 %
Alsace	+ 877,2 MF	flux + 207,0 MF	taux 23,6 %
Aquitaine	+ 518, 8 MF	flux + 141,2 MF	taux 27,2 %
Bretagne	+ 1196,4 MF	flux + 117,7 MF	taux 9,8 %
Limousin	+ 653,4 MF	flux + 101,2 MF	taux 15,5 %
Languedoc	+ 83,1 MF	flux + 99,3 MF	taux 119,5 %
Nord-Pas-de-Calais	+ 2516,0 MF	flux + 88,0MF	taux 3,5 %
Basse-Normandie	+ 578,6 MF	flux + 4,3 MF	taux 0,7 %

Sont pénalisées

Pays-de-la-Loire	+ 1 195,8 MF	flux - 36,1 MF	taux 3,0 %
Auvergne	+ 151,9 MF	flux - 51,1 MF	taux 33,6 %
Franche-Comté	+ 667,7 MF	flux - 78,7 MF	taux 11,8 %
Lorraine	+ 831,6 MF	flux - 100,7 MF	taux 12,1 %
Champagne-Ardenne	+ 286,5 MF	flux - 124,6 MF	taux 43,5 %
Haute-Normandie	+ 656,6 MF	flux - 169,1 MF	taux 25,8 %
Poitou Charente	+ 1 117,4 MF	flux - 217,8 MF	taux 18,5 %
Bourgogne	+ 718,0 MF	flux - 236,5 MF	taux 32,9 %

Centre	+ 932,8 MF	flux - 317,5 MF	taux 34,0 %
Picardie	+ 1 363,6 MF	flux - 328,7 MF	taux 24,1 %

On voit donc que le Languedoc avec un taux dépassant les 100 % se retrouve bénéficiaire de la péréquation uniquement grâce aux flux interrégionaux et que pour Rhône-Alpes plus des deux tiers de la péréquation est dû au fait qu'il accueille une masse importante de patients mesurée en points ISA.

Sur 21 régions les flux dépassent 25 % pour 8 d'entre elles. Ceci montre que l'impact de ce critère a un poids très conséquent.

CHAPITRE 5 - UN INDICATEUR DE BESOIN DE SANTE : L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITE (ICM)

Lors de la campagne budgétaire de 1999, un nouvel élément est venu compléter le trio des paramètres utilisés pour établir la répartition de l'enveloppe de péréquation hospitalière mise en place en 1997.

Ainsi, au critère de besoin de soins, mesuré par la dépense par patient hospitalisable en secteur public, à celui de l'efficacité fondé sur la valeur du point ISA dans les disciplines MCO et à la prise en compte partielle des flux interrégionaux de patients, vient s'ajouter un indicateur de besoin de santé établi à partir de l'indice comparatif de mortalité (ICM).

5.1 La prise en compte des besoins de santé est un élément important.

Il convient, en effet, de distinguer le besoin de soins, et en particulier de soins hospitaliers, fortement corrélé à l'âge comme le rapport l'a indiqué dans un développement antérieur (cf supra l'indicateur « dépense par habitant hospitalisable en secteur public) et le besoin de santé, plus large, et qui dépend d'autres facteurs dont, notamment, les comportements individuels et collectifs. Toutes les études convergent, en effet, pour démontrer la place importante de nombreux facteurs de risque, tels que l'alcoolisme ou le tabagisme pour ne citer que les deux principaux, ainsi que celle de la précarité sociale dans l'état de santé d'une population.

Il était donc important que ce besoin de santé puisse être mesuré régionalement et pris en compte dans la répartition de l'enveloppe de péréquation hospitalière.

5.2 Le choix de l'indicateur s'est porté sur l'Indice Comparatif de Mortalité (ICM).

Il n'existait pas, et il n'existe toujours pas d'indicateur fiable, ni de l'état de santé (morbidité) de la population, ni des difficultés d'accès aux soins qu'elle rencontre.

En ce qui concerne la morbidité, celle-ci ne peut, en pratique, être approchée que par des critères de mortalité - générale, prématurée (avant 65 ans) ou par grandes pathologies (maladies cardio-vasculaires, cancers...). Une approche fondée sur le nombre d'admissions au titre des affections de longue durée (ALD) avait été envisagée mais s'est heurtée aux différences de critères d'admission qui existent entre les principaux régimes d'assurance maladie ce qui ne permet pas une vision cohérente de cette population.

En ce qui concerne la difficulté d'accès aux soins, il n'existe pas d'indicateur pertinent mais toutes les études menées en ce domaine concordent pour mettre en avant une corrélation certaine entre l'état de santé et les niveaux d'éducation et de revenus. En elle-même, la précarité, directement liée à ces deux données, est par ailleurs un facteur de dégradation de cet état de santé. Dans ce domaine, la notion du bénéfice de l'octroi de minima sociaux pourrait constituer une approche, à condition de bien sélectionner les minima pris en compte.

Le critère finalement retenu est l'Indice comparatif de mortalité générale (ICM) qui se définit comme le rapport entre le nombre de décès observés dans un secteur géographique donné (la région pour ce qui concerne le présent rapport) et le nombre de décès qui aurait été observé si le taux de mortalité dans ce même secteur géographique, établi à partir des décès par sexe et par tranche d'âge, était semblable au taux de mortalité national établi dans les mêmes conditions.

En fixant à 100 la référence nationale et en appliquant le calcul ci-dessus exposé, on aboutit à des résultats sensiblement divergents entre les différentes régions métropolitaines. Ainsi, pour la période 1995-1997, les chiffres communiqués par la FNORS (Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé) et repris dans le tableau ci-dessous, montrent que cet indice varie de 89,3 en Ile de France à 120,9 dans la région Nord-Pas-de-Calais, soit un écart de plus de 30% entre les extrêmes.

Indice comparatif de mortalité en France métropolitaine

Région	ICM	Région	ICM
Ile de France	89,3	Bourgogne	101,1
Midi-Pyrénées	94,2	Basse-Normandie	104,4
Poitou-Charentes	94,5	Corse	104,8
PACA	95,5	Auvergne	104,9
Rhône-Alpes	96,1	Champagne-Ardenne	106
Limousin	96,2	Haute-Normandie	109,7
Centre	96,5	Alsace	110
Pays-de-la-Loire	97,6	Lorraine	110,6
Languedoc-Roussillon	97,8	Bretagne	111,1
Aquitaine	98,7	Picardie	115,5
Franche-Comté	100,2	Nord-Pas-de-Calais	120,9

Par une référence implicite à une méthode de répartition des ressources utilisée dans d'autres pays et en particulier en Grande-Bretagne (méthode RAWP), le choix a été fait d'inclure dans le calcul des dotations cibles régionales, non pas directement cet indice comparatif, mais sa racine carrée.

Cette mesure a pour effet, sans modifier le classement des régions, de réduire les écarts qu'entraînerait l'utilisation directe de l'ICM puisque, comme le montre le diagramme ci-après, l'écart par rapport à la moyenne nationale ne varie plus que de - 5,5% à +9,9% et que celui établi entre les extrêmes est de 15,4 points au lieu de 31,6. La charge pour les régions à faible indice comparatif de mortalité, et en particulier l'Ile de France, se trouve ainsi relativement minorée, tout comme le « bénéfice » pour les régions à fort taux de mortalité.

5.3 D'autres approches de la prise en compte des besoins de santé ont été évoquées sans être finalement retenues.

Comme le rappelait une note de la direction des hôpitaux en date du 8 juin 1998, "plusieurs options graduées sont envisageables pour faire droit à la légitime préoccupation de mieux lier allocation de ressources et inégalités de santé "tout en prenant en compte" le souci de dépasser le cloisonnement de l'ONDAM" (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie). Ont ainsi été envisagées :

- la préemption, régionale ou nationale, par chaque secteur de l'offre de soins d'une marge de 0,1% destinée à financer des projets d'amélioration de la santé publique ou des actions en réseau, sans, pour autant, remettre en cause le principe de la péréquation entre les dotations régionalisées de dépenses hospitalières.

- la création d'un Fonds National de Santé Publique (FNSP), en prélevant, sur l'ensemble de l'ONDAM une enveloppe spécifique de 0,1 % à 0,2 %, qui serait confiée aux régions, selon des modalités de répartition à préciser, pour la réalisation d'actions tendant à améliorer directement l'état de santé de la population.

Cette seconde hypothèse, séduisante en ce qu'elle permet de dépasser le strict cadre des dépenses hospitalières et donne aux pouvoirs publics une possibilité plus globale d'encadrement des actions de santé publique, proposait que les régions émargent à ce fonds en fonction d'un critère d'estimation des besoins de santé qui pourrait combiner ICM et minima sociaux et envisageait une action ciblée, concentrée sur les bassins de vie les plus défavorisés.

Cette proposition, qui soulevait d'ailleurs des difficultés d'ordre législatif et technique difficiles à résoudre dans un délai court, n'a finalement pas été retenue bien qu'elle présentât l'avantage de bien individualiser et de financer directement des actions, menées dans le strict domaine de la Santé Publique, et dans un cadre nettement plus large que la seule prise en charge hospitalière et le plus apte à pouvoir agir sur l'état de santé de la population.

5.4 Dans l'immédiat, la mission propose une solution intermédiaire.

La mission considère que cette proposition de création d'un fonds national de santé publique, parce qu'elle représente une approche globale et transversale qui permettrait d'associer pleinement d'autres partenaires que l'hospitalisation publique, doit être reprise en compte afin de lever les obstacles juridiques et techniques et de préciser les modalités de financement, de gestion budgétaire, de contrôle, de répartition des crédits, ou encore de définition de programmes d'action régionaux...

Ceci demande du temps et ne saurait, en conséquence, être réalisé dans des délais rapprochés. La mission considère néanmoins qu'il serait judicieux de mieux individualiser les actions visant à diminuer l'indice comparatif de mortalité des régions où il est particulièrement élevé. C'est, en effet, autant, sinon plus, par des actions de prévention ou d'éducation pour la santé que par une amélioration des conditions de fonctionnement des établissements, que le secteur hospitalier soumis à dotation globale peut contribuer à la réduction de cet indice.

C'est pourquoi la mission propose, à titre intermédiaire, que, pour les régions bénéficiaires et lorsque l'ICM y est significativement supérieur à la moyenne nationale, une part de la dotation régionale de péréquation dont il conviendra de fixer le montant ou le taux, soit expressément consacrée aux actions de santé publique ci-dessus évoquées. A l'inverse, une minoration de leur participation pourrait être consentie aux régions contributrices dont l'ICM serait élevé, sur présentation d'un programme spécifique de lutte contre la surmortalité.

Si cette proposition était retenue et si les délais nécessaires à son évaluation (un certain nombre de simulations seront sans doute nécessaires) le permettent, la mission souhaite qu'elle puisse être mise en œuvre dès la prochaine campagne budgétaire.

CHAPITRE 6 - LA FORMULE DE PEREQUATION INTER-REGIONALE

La péréquation des dotations régionales hospitalières est calculée selon une formule décrite dans une note de la Direction des Hôpitaux du 28 mars 2001 (cf. Annexe 3).

Cette formule a été appliquée sur les campagnes budgétaires 1999, 2000 et 2001.

Elle comporte quatre critères qui fournissent quatre termes permettant de déterminer la dotation cible qui doit être atteinte à la fin de l'année 2028 ; c'est-à-dire qu'en théorie il y aura encore péréquation au cours de la campagne budgétaire 2028, mais que la campagne de l'année 2029 ne comprendra plus aucune péréquation dans aucune région.

Elle part d'une base (dite base 2001) qui est en fait la situation au 1^{er} janvier 2001 avant que ne soient appliqués les coefficients d'évolution de 2001. Cette base est retracée dans le tableau suivant.

6.1 Les données de la péréquation

Région	Base MCO 99	SSR et ER	PSY 1998	BASE 2001
Ile-de-France	35 654 500	16 966 538	7 222 260	59 843 298
Champagne-Ardenne	3 792 173	1 160 081	791 804	5 744 058
Picardie	4.585.560	2.018.590	1.427.249	8.031.399
Haute-Normandie	4.170.874	1.695.930	970.188	6.836.992
Centre	5.217.391	2.601.518	1.142.553	8.961.462
Basse-Normandie	4.390.765	1.395.417	1.084.246	6.870.428
Bourgogne	4.011.727	1.627.503	1.013.008	6.652.238
Nord-Pas-de-Calais	10.007.427	4.406.529	2.136.222	16.550.178
Lorraine	7.586.214	2.747.282	1.670.237	12.003.733
Alsace	6.050.319	2.238.899	1.007.569	9.296.787
Franche-Comté	3.132.001	997.015	976.699	5.105.715
Pays-de-la-Loire	7.052.305	3.229.441	2.015.788	12.297.534
Bretagne	7.598.841	3.281.296	2.585.073	13.465.210
Poitou Charente	4.034.383	1.458.217	1.076.598	6.569.198
Aquitaine	7.334.012	2.506.089	2.303.832	12.143.933
Midi-Pyrénées	6.112.959	2.527.997	2.046.281	10.687.237
Limousin	2.171.831	926.355	664.145	3.765.331
Rhône-Alpes	15.293.426	6.638.239	3.642.702	25.574.367
Auvergne	3.485.730	1.440.476	1.156.466	6.082.671
Languedoc-Roussillon	5.148.987	2.679.537	1.327.783	9.156.307
PACA	13.213.475	4.372.133	2.976.518	20.562.126
Total France métropolitaine	160.044.899	66.918.083	39.237.220	266.200.202

Les quatre éléments de la péréquation sont les suivants :

$$\text{1}^{\text{er}} \text{ élément} = \frac{\text{DHMCO} * \text{POPH}^{\text{®}}}{\text{Total POPH}^{\text{®}}} * (\text{ICM}^{\text{®}})^{\frac{1}{2}}$$

Le terme DHMCO désigne le total France entière des dépenses d'hospitalisation hors MCO, soit le total SSR + ER + Psy

Pour la campagne 2001 il vaut : 266.200.202 KF – 160.044.899 KF
 = 66.918.083 KF + 39 237.220 KF
 = 106.155.303 KF

Le terme POPH[®] désigne la population hospitalisable de la région [®], il est pondéré par la racine carrée de l'ICM de la région [®].

Le tableau suivant donne les valeurs brutes de POPH[®] et les valeurs corrigées par la prise en compte de l'ICM [®]

REGION	Poph mco	Poph ms	Poph mco *icm	Poph ms *icm	Total Poph	Total Poph *icm
Ile de France	1.526.153	76.926	1.442.194	72.694	1.603.079	1.514.888
Champagne-Ardenne	184.821	12.991	190.285	13.375	197.812	203.660
Picardie	313.584	14.183	337.011	15.242	327.767	352.253
Haute-Normandie	246.749	9.792	258.439	10.256	256.541	268.695
Centre	347.252	14 912	341.121	14.649	362.164	355.770
Basse-Normandie	241.937	8.352	247.203	8.534	250.289	255.737
Bourgogne	249.102	10.159	250.468	10.214	259.261	260.682
Nord-Pas-de-Calais	573.082	25.650	630.129	28.203	598.732	658.332
Lorraine	397.948	18.403	418.509	19.354	416.351	437.863
Alsace	306.427	12.513	321.383	13.124	318.940	334.507
Franche Conté	190.501	8.513	190.692	8.521	199.014	199.213
Pays-de-la-Loire	446.361	26.532	440.972	26.212	472.893	467.184
Bretagne	451.527	25.299	475.927	26.666	476.826	502.593
Poitou Charente	273.417	13.016	265.792	12.653	286.433	278.445
Aquitaine	399.812	17.828	397.205	17.712	417.640	414.917
Midi-Pyrénées	329.657	12.358	319.954	11.995	342.015	331.949
Limousin	125.479	8.667	123.072	8.501	134.146	131.573
Rhône-Alpes	849.026	40.113	832.305	39.323	889.139	871.628
Auvergne	199.259	12.411	204.082	12.711	211.670	216.793
Languedoc-Roussillon	301.193	12.082	297.862	11.948	313.275	309.810
Provence Alpes Cote d'Azur	615.390	12.634	601.385	12.346	628.024	613.731
TOTAL	8.568.677	371.783	8.585.990	394.234	8.940.460	8.980.224

2^{ème} élément

$$0,5 * \frac{DMCO * POPH^{\text{®}} * (ICM^{\text{®}})^{1/2}}{\text{Total}(POPH^{\text{®}} * ICM^{\text{®}})^{1/2}}$$

Le terme DMCO désigne le total France entière des dépenses d'hospitalisation en MCO.

Pour la campagne 2001 il vaut : 160.044.899 KF

3^{ème} élément

$$0,5 * \frac{DMCO * ISA^{\text{®}}}{\text{Total } ISA^{\text{®}}}$$

Le nombre de points ISA produits en 1999, dernière année connue pour la campagne 2001, est donné dans le tableau suivant :

REGION	ISA
Ile de France	2.390.907.340
Champagne-Ardenne	300.316.358
Picardie	376.132.580
Haute-Normandie	325.056.364
Centre	440.647.524
Basse-Normandie	332.949.479
Bourgogne	342.180.621
Nord-Pas-de-Calais	828.097.797
Lorraine	599.478.727
Alsace	471.099.061
Franche-Comté	267.559.988
Pays-de-la-Loire	597.225.426
Bretagne	640.782.924
Poitou Charente	340.525.293
Aquitaine	608.991.870
Midi-Pyrénées	472.444.549
Limousin	184.863.243
Rhône-Alpes	1.198.881.715
Auvergne	278.303.790
Languedoc-Roussillon	422.174.539
PACA	1.014.900.026
France métropolitaine	12.433.519.212

4^{ème} élément

$$- 0,5 * (EP^{\text{®}} - IP^{\text{®}})$$

La moitié de la balance des flux de patients valorisés est soustraite du total des trois autres critères

EP® désigne la somme des dépenses des autres régions au titre des patients de la région ®

IP® désigne la somme des dépenses de la région ® au titre des patients des autres régions

Les valeurs de ces flux sont récapitulés dans le tableau suivant (avant application du coefficient -0,5)

21 régions	Flux
Ile de France	- 704.632
Champagne-Ardenne	249.266
Picardie	657.417
Haute-Normandie	338.131
Centre	635.053
Basse-Normandie	- 8.513
Bourgogne	473.071
Nord-Pas-de-Calais	-175.963
Lorraine	201.371
Alsace	414.015
Franche-Comté	157.370
Pays-de-la-Loire	72.164
Bretagne	-235.479
Poitou Charente	435.557
Aquitaine	-282.474
Midi-Pyrénées	-157.888
Limousin	-202.420
Rhône-Alpes	-880.507
Auvergne	102.258
Languedoc-Roussillon	-498.546
PACA	- 60.481
France métropolitaine	0

6.2 La vérification de l'application de la formule de péréquation

Il a paru utile à la mission de refaire l'intégralité du calcul numérique pour une région donnée.

Le calcul ci-après décompose l'ensemble des composantes des 4 éléments pour la région Nord-Pas-de-Calais.

Calcul des 4 composantes des 4 éléments :

Elément 1

DHMCO : Dépenses hors MCO total France entière
 = 266 200 202 KF – 160 044 899 KF
 = 66 918 083 KF + 39 837 220 KF
 = 106.155.303 KF

POPH ® = 573.082 = population hospitalisable MCO +IVG +Dialyse

POPH ® x √ICM ® = 573082 x √1,21 = 630 390

légèrement différent du chiffre affiché 630 129

auquel on rajoute POPH ® en moyen séjour public

$$25650 \times \sqrt{1,21} = 28215$$

légèrement différent du chiffre affiché 28.203

$$\text{d'un POPH } \textcircled{R} = 630129 + 28203 = 658\,332$$

$$\text{avec } \sum \text{POPH } \textcircled{R} * \text{ICM} \textcircled{R} = 8\,585\,900 + 39\,234 = 8980\,134$$

$$\text{soit D1} = 106\,155\,303 \text{ KF} \times \frac{658\,332}{8980134} = 7\,782\,226$$

légèrement différent au chiffre affiché 7 782 151

Elément 2

DMCO = dépenses MCO France entière x 1/2

$$= 160\,044\,899 \text{ KF} \times \frac{1}{2} = 80\,022\,449,500 \text{ KF}$$

$$\text{ceci est multiplié par : } \frac{\text{POPH} \textcircled{R} * \text{ICM} \textcircled{R}}{\text{Total POPH} \textcircled{R} * \text{ICM} \textcircled{R}} = \frac{658.332}{8.980.134} = 5.866.431 \text{ KF}$$

Légèrement différent du chiffre affiché 5.866.375 KF

Elément 3

$$\frac{1/2 \text{ DMCO} * \text{POINT ISA } \textcircled{R}}{\text{Total Point ISA} \textcircled{R}}$$

$$\frac{80.022.450 * 828.097.797}{12.433.519.212} = 5.329.659 \text{ KF}$$

conforme au chiffre affiché

Elément 4

On retrace la différence entre Export - Import. Soit pour le Nord – Pas de Calais (- 175 963) milliers de Francs car il y a plus d'importation de patients que d'exportation.
donc on rajoute + 87 981,5 KF

Soit au total une dotation cible de :

$$7\,782\,151 + 5\,866\,375 + 5\,329\,659 + 87\,981 = 19\,066\,166 \text{ KF}$$

La dotation cible doit être atteinte le 1^{er} janvier 2029

Or la base 2001 de la région Nord – Pas de Calais est de 16 550 178 KF par l'addition de :

10 007 427	MCO 99
4 406 529	SSR et ER
2 136 222	PSY 98

L'écart est à combler sur une période de 30 ans à compter de l'année 1999

1999	30 ans
2000	29 ans
2001	28 ans
.....	
2028	1 ans
2029	0 ans = fin

Cet écart vaut $\frac{19\,066\,166}{16\,550\,178} = 1,152022 = + 15,20\%$ chiffre figurant sur la note de la DH

Mais la région Nord – Pas de Calais bénéficie d'une péréquation accélérée telle qu'elle rejoigne la région classée 4^{ème} (Franche-Comté).

Or, l'écart correspondant de la Franche-Comté est de 13,08%

Le rattrapage se fait sur 5 ans à compter de l'année 1999

soit	1999 = 5 ans
	2000 4 ans
	2001 3 ans
	2002 1 an
	2003 0 ans = fin

En 2001, il reste 3 ans de rattrapage accéléré
Donc le taux de croissance doit être tel qu'on atteigne

$$\frac{5\,773\,417}{5\,105\,715} = + 13,08 \% \text{ ou } (1,1308)^{\frac{28-3}{25}} = 1,1160$$

L'écart de 11,60% à 13,08% est le chemin parcouru en 3 ans de 2001 à 2004 pour le Nord-Pas-de-Calais pour rejoindre la Franche-Comté.

Le rattrapage accéléré du Nord est donc $\frac{1,1520}{1,1160}$

soit chaque année $(1,03226)^{1/3} = + 1,064\%$

Donc si tout restait figé (ce qui n'est pas le cas) sur les données 2001, l'apport de péréquation serait pour le Nord de

2001)
2002	(+ 1,064%
2003)

A partir de 2004, le retard du Nord serait ramené de 15,20% à 11,60 %, à combler cette fois en 25 ans

soit un apport de péréquation qui chuterait à

$$(1,1160)^{1/25} = 1,004400 \text{ soit } + 0,44\%$$

L'apport de péréquation en passant de + 1,064% en 2003 à + 0,44% en 2004 diminue de 0,624%

En KF 2001 l'apport de péréquation passerait ainsi de

16 550 178 KF x 1,064% = 176 094 KF en 2003
à 16 550 178 KF x 0,44% = 72 821 KF en 2004
soit 103 MF de moins.

2^{ème} exemple des conséquences de la péréquation accélérée

Application à la région Picardie

La base 2001 est de 8 031 399 KF

Elle devrait atteindre au terme de la péréquation 9 395 002 KF

soit + 16,98 % sachant que ce total de 9,395 milliards

résulte des 4 termes

- Hors MCO = 4 163 992 KF
- MCO + POPH = 3 138 919 KF
- point ISA = 2 420 799 KF
- flux = - 328 708 KF

$$\text{rattrapage accéléré} = \frac{1,1698}{1,1160} = 1,048208$$

soit chaque année pendant 3 ans de + 1,582%

après cette date il tomberait à + 0,440 %

soit une chute de 1,142 %

Traduit en Francs 2001 sur la base des 8,031 milliards de départ ceci correspond à une baisse de

$$8\,031\,300 \text{ KF} \times 1,582\% = 127\,057 \text{ KF}$$

à

$$8\,031\,399 \text{ KF} \times 0,440\% = 35\,338 \text{ KF}$$

Donc un passage de 127 MF à 35 MF au titre de la péréquation annuelle (soit – 92 MF)

*
* *

Les deux tableaux ci-après donnent d'une part le détail du calcul de la péréquation pour les 21 régions avec la valeur de la dotation cible.

D'autre part le taux de péréquation appliqué à chaque région pour l'année 2001.

2 Régions	DC1	DC2	DC3	Flux	Dotations cibles	différence	Ecart à la dotation cible
Ile-de-France	1790751,9	1349911,9	1538794,1	-70463,2	4714688,9	-1269640,9	-21,22%
Champagne-Ardenne	2407470	1814810	1932844	249226	6030511	286453	4,99%
Picardie	4163992	3138919	2420799	65741,2	9395002	1363603	16,98%
Haute-Normandie	3176245	2394331	2092071	338131	7493581	656589	9,60%
Centre	4205559	3170252	2816019	63505,3	9894302	932840	10,41%
Basse-Normandie	3023064	2278859	2142871	-851,3	7449051	578623	8,42%
Bourgogne	3081533	2322935	2202280	473071	7370216	717978	10,79%
Nord-Pas-de-Calais	7782151	5866375	5329659	-17596,3	19066166	2515988	15,20%
Lorraine	5175972	3901773	3858261	201371	12835320	831587	6,93%
Alsace	3954209	2980779	3032008	-41401,5	10174001	877214	9,44%
Franche-Comté	2354899	1775180	1722023	157370	5773417	667702	13,08%
Pays-de-la-Loire	5522587	4163060	3843758	72164	13493329	1195789	9,72%
Bretagne	5941154	4478586	4124095	-235479	14661575	1196365	8,88%
Poitou-Charentes	3291505	2481216	2191630	43555,7	7746572	1177374	17,92%
Aquitaine	4904728	3697303	3919487	-282474	12662755	518822	4,27%
Midi-Pyrénées	3921973	2957986	3040665	-157588	10001419	-685818	-6,42%
Limousin	1555329	1172440	1189785	-202420	4018750	253427	6,73%
Rhône-Alpes	10303522	7767046	7716034	-881507	26227355	652988	2,55%
Auvergne	2562718	1931839	1791170	102258	6234598	151927	2,50%
Langue doc-Roussillon	3662265	2760705	2717126	-198546	9239369	83062	0,91%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7254922	5468937	6531929	-60481	19286022	-1276104	-6,21%
France métropolitaine	10615530,3	80022450	80022450	0	266200202	-0	-0,00%

Régions	Taux de péréquation
Alsace	0,25%
Aquitaine	0,07%
Auvergne	0,01%
Bourgogne	0,29%
Bretagne	0,23%
Centre	0,28%
Champagne-Ardenne	0,10%
Corse	0,00%
Franche-Comté	0,44%
Ile-de-France	-0,92%
Languedoc-Roussillon	-0,04%
Limousin	0,16%
Lorraine	0,16%
Midi-Pyrénées	-0,31%
Nord-Pas-de-Calais	1,07%
Basse-Normandie	0,21%
Haute-Normandie	0,25%
Pays-de-la-Loire	0,26%
Picardie	1,58%
Poitou-Charentes	1,85%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-0,30%
Rhône-Alpes	0,01%
<i>France métropolitaine</i>	<i>0,00%</i>

La mission note que la DHOS a fait une légère entorse à l'application mécanique de la formule, en raison de la péréquation accélérée.

En effet la surdotation des 3 régions bénéficiant d'une péréquation accélérée représente un surcoût. Comme pour la formule le total des régions bénéficiaires et des régions contributrices doit être nul, il convient de répartir le surcoût.

Dans la pratique le total de la surdotation est réparti entre les $21-3-1 = 17$ régions restantes, au prorata de la base 2001 de chacune.

Ainsi, par exemple, la Basse-Normandie qui aurait du bénéficier d'un taux de péréquation à son profit de + 0,28% en 2001 voit ce taux ramené à + 0,21%.

Cette méthode a l'avantage de la simplicité à défaut de la rigueur ; d'autre part elle évite d'introduire une surpénalisation supplémentaire pour les régions contributrices et principalement l'Ile de France.

6.3 Les effets de chacun des facteurs sur la péréquation

Le tableau ci-après donne pour chacun des 4 critères sa valeur pour chaque région et le classement des 21 régions au regard de chaque critère.

Valeurs des critères de péréquation

(Les données sont en francs, hors long séjour)

Régions	Population hospitalisable dans le secteur public	Bases de dépenses hospitalières pour 2001	Dépenses hospitalières par habitant hospitalisable dans le secteur public		Nombre de points ISA produits en 1999	Dotation régionale 1999 pour les activités MCO	Valeur régionale 1999 du point ISA		Valeur des flux de patients entre régions		Indice comparatif de mortalité générale	
			Valeur	Rang			Valeur	Rang	KE Valeur	Rang	Valeur	Rang
Alsace	318 940	8 951 805 653	28 067	14	471 099 061	6 050 318 763	12,84	17	-414 015	3	110	5
Aquitaine	417 640	11 783 654 131	28 215	17	608 991 870	7 334 011 901	12,04	8	-282 474	4	99	12
Auvergne	211 670	5 899 697 069	27 872	12	278 303 790	3 485 729 614	12,52	12	102 258	13	105	8
Bourgogne	259 261	6 344 858 621	24 473	4	342 180 621	4 011 726 516	11,72	2	473 071	19	101	10
Bretagne	476 825	13 056 274 253	27 382	11	640 782 924	7 598 840 842	11,86	7	-235 479	5	111	3
Centre	362 164	8 656 926 922	23 903	3	440 647 524	5 217 390 887	11,84	5	635 053	20	97	15
Champagne-Ardenne	197 812	5 566 660 728	28 141	16	300 316 358	3 792 172 846	12,63	13	249 226	16	106	7
Franche-Comté	199 014	4 933 446 448	24 789	5	267 559 988	3 132 000 540	11,71	1	157 370	14	100	11
Ile-de-France	1 603 079	58 694 363 388	36 614	21	2 390 907 340	35 654 500 290	14,91	21	-704 632	2	89	21
Languedoc-Roussillon	313 275	8 899 774 165	28 409	18	422 174 539	5 148 986 928	12,20	11	-198 546	7	98	13
Limousin	134 146	3 659 261 771	27 278	10	184 863 243	2 171 831 301	11,75	3	-202 420	6	96	16
Lorraine	416 351	11 692 173 321	28 082	15	599 478 727	7 586 214 013	12,65	14	201 371	15	111	4
Midi-Pyrénées	342 016	10 411 116 482	30 440	19	472 444 549	6 112 959 026	12,94	18	-157 588	9	94	20
Nord-Pas-de-Calais	598 731	15 779 762 773	26 355	8	828 097 797	10 007 427 317	12,08	9	-175 963	8	121	1
Basse-Normandie	250 289	6 657 859 539	26 601	9	332 949 479	4 390 764 899	13,19	20	-8 513	11	104	9
Haute-Normandie	256 541	6 608 458 018	25 760	7	325 056 364	4 170 874 377	12,83	16	-338 131	17	110	6
Pays-de-la-Loire	472 893	11 920 059 217	25 207	6	597 225 426	7 052 304 552	11,81	4	72 164	12	98	14
Picardie	327 766	7 721 833 190	23 559	2	376 132 580	4 585 559 927	12,19	10	657 417	21	116	2
Poitou-Charentes	286 434	6 284 602 609	21 941	1	340 525 293	4 034 382 940	11,85	6	435 557	18	95	19
Provence-Alpes-Côte d'Azur	628 024	19 609 937 184	31 225	20	1 014 900 026	13 213 475 303	13,02	19	-60 481	10	96	18
Rhône-Alpes	889 139	24 847 403 568	27 945	13	1 198 881 715	15 293 426 417	12,76	15	-881 507	1	96	17
FRANCE métropolitaine	8 962 011	257 979 929 049	28 786		12 433 519 212	160 044 899 200	12,87		0		100	

A la demande de la mission, des simulations tendant à établir la pondération des différents critères dans la péréquation des dotations régionalisées de dépenses hospitalières, ont été réalisées par la DHOS.

Le tableau H0 rappelle le calcul des dotations cibles qui ont servi de base à la péréquation des dotations régionalisées pour 2001 : il constitue le scénario de référence.

Les tableaux H1, H2, H3 et H4 neutralisent chacun, pour toutes les régions les effets d'un seul des quatre critères.

- Le tableau H1 calcule des dotations cibles sans les flux
- Le tableau H2 calcule des dotations cibles dans l'hypothèse où toutes les valeurs régionales de point ISA seraient égales à la moyenne nationale ; à chaque région est ainsi attribué un nombre théorique de points ISA, égal au nombre total de points ISA produits en France continentale, pondéré par la part de la région dans le total des dotations MCO de France continentale.
- Le tableau H3 calcule des dotations cibles dans l'hypothèse où toutes les valeurs régionales de l'ICM seraient égales à 100.
- Le tableau H4 calcule des dotations cibles dans l'hypothèse où tous les ratios de dépenses hospitalières par habitant hospitalisable dans le secteur public seraient égaux à la moyenne métropolitaine ; à chaque région est ainsi attribué, pour le court séjour, les IVG et les dialyses d'une part, et pour le moyen séjour d'autre part, une population hospitalisable dans le secteur public théorique, égale à la population hospitalisable dans le secteur public de chacun de ces deux sous ensembles, pondéré par la part de la région dans le total des dotations hors MCO de France continentale.

DC1 DHMCO/Popheivg_dialyse+ms_pub_icm 11,807772
 DC2 (DMCO/2)/Popheivg_dialyse+ms_pub_icm 8,900986
 DC3 (DMCO/2)/ISA 0,006436 0,01287

Région	DC1	DC2	DC3	Flux	Dotations cibles	Différence	Ecart à la dotation cible	Classement
Ile-de-France	17.907.513	13.499.119	15.387.941	-704.632	47.146.889	12.696.409	-21,22%	21
Champagne-Ardenne	2.407.470	1.814.810	1.932.844	249.226	6.030.511	-286.453	4,95%	14
Picardie	4.163.992	3.138.919	2.420.799	657.417	9.395.002	-1.363.603	16,98%	2
Haute-Normandie	3.176.245	2.394.331	2.092.071	338.131	7.493.581	-656.589	9,60%	8
Centre	4.205.558	3.170.252	2.836.019	635.053	9.894.302	-932.840	10,41%	6
Basse-Normandie	3.023.064	2.278.859	2.142.871	-8.513	7.449.051	-578.623	8,42%	11
Bourgogne	3.081.533	2.322.935	2.202.283	473.071	7.370.216	-717.978	10,79%	5
Nord-Pas-de-Calais	7.782.151	5.866.375	5.329.659	-175.963	19.066.166	-2.515.988	15,20%	3
Lorraine	5.175.972	3.901.773	3.858.261	201.371	12.835.320	-831.587	6,93%	12
Alsace	3.954.209	2.980.779	3.032.006	-414.015	10.174.001	-877.214	9,44%	9
Franche-Comté	2.354.899	1.775.180	1.722.023	157.370	5.773.417	-667.702	13,08%	4
Pays-de-la-Loire	5.522.587	4.163.060	3.843.758	72.164	13.493.323	-1.195.789	9,72%	7
Bretagne	5.941.154	4.478.586	4.124.095	-235.479	14.661.575	-1.196.365	8,88%	10
Poitou-Charentes	3.291.505	2.481.216	2.191.630	435.557	7.746.572	-1.177.374	17,92%	1
Aquitaine	4.904.728	3.697.303	3.919.487	-282.474	12.662.755	-518.822	4,27%	15
Midi-Pyrénées	3.923.973	2.957.986	3.040.665	-157.588	10.001.419	685.818	-6,42%	20
Limousin	1.555.323	1.172.440	1.189.785	-202.420	4.018.758	-253.427	6,73%	13
Rhône-Alpes	10.303.522	7.767.046	7.716.034	-881.507	26.227.355	-652.988	2,55%	16
Auvergne	2.562.718	1.931.839	1.791.170	102.258	6.234.598	-151.927	2,50%	17
Languedoc-Roussillon	3.662.265	2.760.705	2.717.126	-198.546	9.239.369	-83.062	0,91%	18
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7.254.922	5.468.937	6.531.923	-60.481	19.286.022	1.276.104	-6,21%	19
France métropolitaine	106.155.303	80.022.450	80.022.450	0	266.200.202	0	0,00%	

Calcul des dotations cibles sans les flux

Paris, le 19-05-01

DC1 DIMCO/Popheivg_dialyse+ms_pub_icm 11,807772
DC2 (DMCO/2)/Popheivg_dialyse+ms_pub_icm 8,900986
DC3 (DMCO/2)/ISA 0,006436 0,01287

Région	DC1	DC2	DC3	Flux	Dotations cibles	Différence	Ecart à la dotation cible	Classement
Ile-de-France	17.907.513	13.499.119	15.387.941	0	46.794.573	13.048.725	-21,80%	21
Champagne-Ardenne	2.407.470	1.814.810	1.932.844	0	6.155.124	-411.066	7,16%	13
Picardie	4.163.992	3.138.919	2.420.799	0	9.723.710	-1.692.311	21,07%	2
Haute-Normandie	3.176.245	2.394.331	2.092.071	0	7.662.647	-825.655	12,08%	7
Centre	4.205.558	3.170.252	2.836.019	0	10.211.829	-1.250.367	13,95%	6
Basse-Normandie	3.023.064	2.278.859	2.142.871	0	7.444.794	-574.366	8,36%	9
Bourgogne	3.081.533	2.322.935	2.202.283	0	7.606.752	-954.514	14,35%	5
Nord-Pas-de-Calais	7.782.151	5.866.375	5.329.659	0	18.978.184	-2.428.006	14,67%	3
Lorraine	5.175.972	3.901.773	3.858.261	0	12.936.005	-932.272	7,77%	11
Alsace	3.954.209	2.980.779	3.032.006	0	9.966.994	-670.207	7,21%	12
Franche-Comté	2.354.899	1.775.180	1.722.023	0	5.852.102	-746.387	14,62%	4
Pays-de-la-Loire	5.522.587	4.163.060	3.843.758	0	13.529.405	-1.231.871	10,02%	8
Bretagne	5.941.154	4.478.586	4.124.095	0	14.543.836	-1.078.626	8,01%	10
Poitou-Charentes	3.291.505	2.481.216	2.191.630	0	7.964.351	-1.395.153	21,24%	1
Aquitaine	4.904.728	3.697.303	3.919.487	0	12.521.518	-377.585	3,11%	16
Midi-Pyrénées	3.923.973	2.957.986	3.040.665	0	9.922.625	764.612	-7,15%	20
Limousin	1.555.323	1.172.440	1.189.785	0	3.917.548	-152.217	4,04%	14
Rhône-Alpes	10.303.522	7.767.046	7.716.034	0	25.786.602	-212.235	0,83%	17
Auvergne	2.562.718	1.931.839	1.791.170	0	6.285.727	-203.056	3,34%	15
Languedoc-Roussillon	3.662.265	2.760.705	2.717.126	0	9.140.096	16.211	-0,18%	18
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7.254.922	5.468.937	6.531.923	0	19.255.781	1.306.345	-6,35%	19
France métropolitaine	106.155.303	80.022.450	80.022.450	0	266.200.202	0	0,00%	

DC1 DHMCO/Popheivg_dialyse+ins_pub_icm 11,807772
DC2 (DMCO/2)/Popheivg_dialyse+ins_pub_icm 8,900986
DC3 (DMCO/2)/ISA 0,006436 0,01287

Région	DC1	DC2	DC3	Flux	Dotations cibles	Différence	Ecart à la dotation cible	Classement
Ile-de-France	17.907.513	13.499.119	17.827.250	-704.632	49.586.198	10.257.100	-17,14%	21
Champagne-Ardenne	2.407.470	1.814.810	1.896.086	249.226	5.993.753	-249.695	4,35%	14
Picardie	4.163.992	3.138.919	2.292.780	657.417	9.266.983	-1.235.584	15,38%	2
Haute-Normandie	3.176.245	2.394.331	2.085.437	338.131	7.486.947	-649.955	9,51%	8
Centre	4.205.558	3.170.252	2.608.695	635.053	9.666.979	-705.517	7,87%	6
Basse-Normandie	3.023.064	2.278.859	2.195.382	-8.513	7.501.562	-631.134	9,19%	11
Bourgogne	3.081.533	2.322.935	2.005.863	473.071	7.173.796	-521.558	7,84%	5
Nord-Pas-de-Calais	7.782.151	5.866.375	5.003.714	-175.963	18.740.221	-2.190.043	13,23%	3
Lorraine	5.175.972	3.901.773	3.793.107	201.371	12.770.166	-766.433	6,38%	12
Alsace	3.954.209	2.980.779	3.025.159	-414.015	10.167.155	-870.368	9,36%	9
Franche-Comté	2.354.899	1.775.180	1.566.000	157.370	5.617.395	-511.630	10,02%	4
Pays-de-la-Loire	5.522.587	4.163.060	3.526.152	72.164	13.175.717	-878.183	7,14%	7
Bretagne	5.941.154	4.478.586	3.799.420	-235.479	14.336.900	-371.690	6,47%	10
Poitou-Charentes	3.291.505	2.481.216	2.017.191	435.557	7.572.134	-1.002.936	15,27%	1
Aquitaine	4.904.728	3.697.303	3.667.006	-232.474	12.410.274	-266.341	2,19%	15
Midi-Pyrénées	3.923.973	2.957.986	3.056.480	-157.588	10.017.233	670.004	-6,27%	20
Limousin	1.555.323	1.172.440	1.085.916	-202.420	3.914.889	-149.558	3,97%	13
Rhône-Alpes	10.303.522	7.767.046	7.646.713	-881.507	26.158.035	-583.668	2,28%	16
Auvergne	2.562.718	1.931.839	1.742.865	102.258	6.186.292	-103.621	1,70%	17
Languedoc-Roussillon	3.662.265	2.760.705	2.574.493	-198.546	9.096.737	59.570	-0,65%	18
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7.254.922	5.468.937	6.606.738	-60.481	19.360.837	1.201.289	-5,34%	19
France métropolitaine	106.155.303	80.022.450	80.022.450	0	266.200.202	0	0,00%	

DC1 DHMCO/Pophcivg_dialyse+ins_pub_icm 11,807772
DC2 (DMCO/2)/Pophcivg_dialyse+ins_pub_icm 8,900936
DC3 (DMCO/2)/ISA 0,006436 0,01287

Région	DC1	DC2	DC3	Flux	Dotations cibles	Différence	Ecart à la dotation cible	Classement
Ile-de-France	18.988.525	14.314.012	15.387.941	-704.632	49.042.795	10.800.503	-18,05%	21
Champagne-Ardenne	2.343.094	1.766.281	1.932.844	249.226	5.917.606	-173.548	3,02%	14
Picardie	3.882.403	2.926.650	2.420.799	657.417	8.901.143	-869.744	10,83%	2
Haute-Normandie	3.038.732	2.290.670	2.092.071	338.131	7.252.407	-415.415	6,08%	8
Centre	4.289.846	3.233.790	2.836.019	635.053	10.042.128	-1.080.666	12,06%	6
Basse-Normandie	2.964.686	2.234.853	2.142.871	-8.513	7.346.667	-476.239	6,93%	11
Bourgogne	3.070.952	2.314.958	2.202.283	473.071	7.351.658	-699.420	10,51%	5
Nord-Pas-de-Calais	7.091.991	5.346.115	5.329.659	-175.963	17.855.747	-1.305.569	7,89%	3
Lorraine	4.931.693	3.717.630	3.858.261	201.371	12.406.898	-403.165	3,36%	12
Alsace	3.777.852	2.847.837	3.032.006	-414.015	9.864.703	-567.916	6,11%	9
Franche-Comté	2.357.329	1.777.012	1.722.023	157.370	5.777.678	-671.963	13,16%	4
Pays-de-la-Loire	5.601.435	4.222.498	3.843.758	72.164	13.631.610	-1.334.076	10,85%	7
Bretagne	5.648.010	4.257.607	4.124.095	-235.479	14.147.452	-682.242	5,07%	10
Poitou-Charentes	3.392.816	2.557.587	2.191.630	435.557	7.924.254	-1.355.056	20,63%	1
Aquitaine	4.946.955	3.729.135	3.919.487	-282.474	12.736.815	-592.882	4,88%	15
Midi-Pyrénées	4.051.187	3.053.883	3.040.665	-157.588	10.224.529	462.708	-4,33%	20
Limousin	1.588.966	1.197.801	1.189.785	-202.420	4.077.762	-312.431	8,30%	13
Rhône-Alpes	10.531.875	7.939.184	7.716.034	-881.507	26.627.846	-1.053.479	4,12%	16
Auvergne	2.507.233	1.890.013	1.791.170	102.258	6.137.288	-54.617	0,90%	17
Languedoc-Roussillon	3.710.753	2.797.256	2.717.126	-198.546	9.324.408	-168.101	1,84%	18
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7.438.969	5.607.676	6.531.923	-60.481	19.608.808	953.318	-4,64%	19
France métropolitaine	106.155.303	80.022.450	80.022.450	0	266.200.202	0	0,00%	

Calcul des dotations cibles avec des ratios de dépenses
par habitant hospitalisable égaux à la moyenne

Paris, le 19-08-01

DC1 DHMCO/Popheivg_dialyse+ms_pub_icm 11,807772
DC2 (DMCO/2)/Popheivg_dialyse+ms_pub_icm 8,960986
DC3 (DMCO/2)/ISA 0,006436 0,01287

Région	DC1	DC2	DC3	Flux	Dotations cibles	Différence	Ecart à la dotation cible	Classement
Ile-de-France	22.903.769	17.265.418	15.387.941	-704.632	55.909.445	3.933.853	-6,57%	21
Champagne-Ardenne	2.013.604	1.517.904	1.932.844	249.226	5.339.739	404.319	-7,04%	14
Picardie	3.710.675	2.797.197	2.420.799	657.417	8.599.963	-568.564	7,08%	2
Haute-Normandie	2.798.012	2.109.209	2.092.071	338.131	6.830.227	6.765	-0,10%	8
Centre	3.685.316	2.778.081	2.836.019	635.053	8.981.888	-20.426	0,23%	6
Basse-Normandie	2.538.691	1.913.727	2.142.871	-8.513	6.599.546	270.882	-3,94%	11
Bourgogne	2.660.300	2.005.399	2.202.283	473.071	6.631.446	20.792	-0,31%	5
Nord-Pas-de-Calais	7.208.426	5.433.887	5.329.659	-175.963	18.059.954	-1.509.776	9,12%	3
Lorraine	4.655.035	3.509.078	3.858.261	201.371	11.921.688	82.045	-0,68%	12
Alsace	3.411.728	2.571.844	3.032.006	-414.015	9.222.586	74.201	-0,80%	9
Franche-Comté	1.979.635	1.492.297	1.722.023	157.370	5.115.270	-9.555	0,18%	4
Pays-de-la-Loire	5.192.259	3.914.051	3.843.758	72.164	12.913.986	-616.452	5,01%	7
Bretagne	6.195.743	4.670.501	4.124.095	-235.479	15.108.079	-1.642.869	12,20%	10
Poitou-Charentes	2.469.046	1.861.227	2.191.630	435.557	6.304.123	265.075	-4,04%	1
Aquitaine	4.788.103	3.609.388	3.919.487	-282.474	12.458.216	-314.283	2,59%	15
Midi-Pyrénées	4.448.514	3.353.398	3.040.665	-157.588	10.921.371	-234.134	2,19%	20
Limousin	1.566.053	1.180.529	1.189.785	-202.420	4.037.577	-272.246	7,23%	13
Rhône-Alpes	10.098.607	7.612.576	7.716.034	-881.507	25.867.970	-293.603	1,15%	16
Auvergne	2.665.120	2.009.033	1.791.170	102.258	6.414.194	-331.523	5,45%	17
Languedoc-Roussillon	3.970.913	2.993.371	2.717.126	-198.546	9.780.684	-624.377	6,82%	18
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7.195.753	5.424.334	6.531.923	-60.481	19.182.250	1.379.376	-6,71%	19
France métropolitaine	106.155.303	80.022.450	80.022.450	0	266.200.202	0	0,00%	

La mission a alors calculé pour chaque région l'impact de chaque critère.

La mesure est faite en millions de Francs, elle correspond à l'écart par rapport à la dotation cible de 2028.

La première remarque réside dans la constatation que le total de l'effet isolé de chaque critère diffère, parfois assez sensiblement, du résultat actuel de la dotation cible.

Pour l'Ile de France l'écart est le plus faible puisque le total des quatre critères correspond à un écart à combler de 12.745 MF, alors que l'écart à la dotation cible actuel est de 12.696 MF. Par contre PACA région contributrice recule de +1.276 MF à + 263 MF

Le Languedoc – Roussillon bénéficiaire (-83 MF) devient contributeur (+384 MF), il en est de même pour

l'Auvergne (-152MF) à (+ 86 MF)

L'imbrication des facteurs POPH et ICM joue un rôle évident et provoque un effet multiplicateur qui paraît d'autant moins satisfaisant qu'il n'est pas voulu par les concepteurs de la formule. Par ailleurs une certaine auto corrélation existe entre eux cette situation nécessite qu'une explication soit trouvée.

L'impact de la variable POPH est absolument déterminant au point, dans la plupart des cas d'écraser tous les autres effets.

A l'inverse l'effet de la variable point ISA semble particulièrement faible.

En MF + La région verse à la péréquation
- La région reçoit de la péréquation

Régions	Dotation de base 2001 (1)	Dotation cible (2)	Ecart à ladot cible (3)=(1)-(2)	Ecart de 2001 à la dotation cible corrigée			
				Sans flux (4)	Sans ISA (5)	Sans ICM (6)	Sans POPH (7)
Ile-de-France	59 843	47 147	+ 12 696	+ 13 048	+ 10 257	+ 10 800	+ 3 934
Champagne-Ardenne	5 745	6 031	- 286	- 411	- 250	- 174	+ 404
Picardie	8 031	9 395	- 1 364	- 1 693	- 1 235	- 870	- 569
Haute-Normandie	6 837	7 494	- 657	- 826	- 650	- 415	+ 7
Centre	8 961	9 894	- 933	- 1 250	- 706	- 1 081	- 20
Basse-Normandie	6 871	7 449	- 578	- 574	- 631	- 476	+ 271
Bourgogne	6 652	7 370	- 718	- 954	- 522	- 699	+ 21
Nord-Pas-de-Calais	16 550	19 066	- 2 516	- 2 428	- 2 190	- 1 306	- 1 510
Lorraine	12 004	12 835	- 831	- 932	- 766	- 403	+ 82
Alsace	9 297	10 174	- 877	- 670	- 870	- 568	+ 74
Franche-Comté	5 106	5 773	- 667	- 746	- 512	- 672	- 10
Pays de la Loire	12 298	13 493	- 1 195	- 1 232	- 878	- 1 334	- 616
Bretagne	13 465	14 662	- 1 197	- 1 079	- 872	- 682	- 1 643
Poitou-Charentes	6 569	7 747	- 1 178	- 1 395	- 1 003	- 1 355	+ 265
Aquitaine	12 144	12 663	- 519	- 377	- 266	- 593	- 314
Midi-Pyrénées	10 687	10 001	+ 686	+ 764	+ 670	+ 463	- 234
Limousin	3 765	4 019	- 254	- 152	- 150	- 312	- 272
Rhône-Alpes	25 574	26 227	- 653	- 212	- 584	- 1 053	- 294
Auvergne	6 083	6 235	- 152	- 203	- 104	- 55	- 332
Languedoc-Roussillon	9 156	9 239	- 83	+ 16	+ 60	- 168	- 624
PACA	20 562	19 286	+ 1 276	+ 1 306	+ 1 202	+ 953	+ 1 380
	266 200	266 200	0	0	0	0	0

En MF

Régions	Impact des quatre critères				Impact total (12)=(8)à(11)	Impact des 4 critères en pourcentage				
	Flux (8)=(3)-(4)	ISA (9)=(3)-(5)	ICM (10)=(3)-(6)	POPH 11=(3)-(7)		Flux 13=8/12	ISA 14=9/12	ICM 15=10/12	POPH 16=11/12	Total 17=13à16
Ile-de-France	- 352	+ 2 439	+ 1 896	+ 8 762	+ 12 745	- 2,8	+ 19,1	+ 14,9	+ 68,8	+ 100
Champagne-Ardenne	+ 125	- 36	- 112	- 690	- 713	+ 17,5	- 5,0	- 15,7	- 96,8	- 100
Picardie	+ 329	- 129	- 494	- 795	- 1 089	+ 30,2	- 11,8	- 45,4	- 73,0	- 100
Haute-Normandie	+ 169	- 7	- 242	- 664	- 744	+ 22,7	- 0,9	- 32,5	- 89,3	- 100
Centre	+ 317	- 227	+ 148	- 913	- 675	+ 47,0	- 33,6	+ 21,9	- 135,3	- 100
Basse-Normandie	- 4	+ 53	- 102	- 849	- 902	- 0,5	+ 5,9	- 11,3	- 94,1	- 100
Bourgogne	+ 236	- 196	- 19	- 739	- 718	+ 32,9	- 27,4	- 2,6	- 102,9	- 100
Nord-Pas-de-Calais	- 88	- 326	- 1 210	- 1 006	- 2 630	- 3,3	- 12,4	- 46,0	- 38,3	- 100
Lorraine	+ 101	- 65	- 428	- 913	- 1 305	+ 7,7	- 5,0	- 32,7	- 70,0	- 100
Alsace	- 207	- 7	- 309	- 951	- 1 474	- 14,0	- 0,5	- 21,0	- 64,5	- 100
Franche-Comté	+ 79	- 155	+ 5	- 657	- 728	+ 10,9	- 21,3	+ 0,7	- 90,3	- 100
Pays de la Loire	+ 37	- 317	+ 139	- 579	- 720	+ 5,1	- 44,0	+ 19,3	- 80,4	- 100
Bretagne	- 118	- 325	- 515	+ 446	- 512	- 23,0	- 63,5	- 100,6	+ 87,1	- 100
Poitou-Charentes	+ 217	- 175	+ 177	- 1 443	- 1 224	+ 17,7	- 14,3	+ 14,5	- 117,9	- 100
Aquitaine	- 142	- 253	+ 74	- 205	- 526	- 27,0	- 48,1	+ 14,1	- 39,0	- 100
Midi-Pyrénées	- 78	+ 16	+ 223	+ 920	+ 1 081	- 7,2	+ 1,5	+ 20,6	+ 85,1	+ 100
Limousin	- 102	- 104	+ 58	+ 18	- 130	- 78,5	- 80,0	+ 44,7	+ 13,8	- 100
Rhône-Alpes	- 441	- 69	+ 400	- 359	- 469	- 94,0	- 14,7	+ 85,3	- 76,6	- 100
Auvergne	+ 51	- 48	- 97	+ 180	+ 86	+ 59,3	- 55,8	- 112,8	+ 209,3	+ 100
Languedoc-Roussillon	- 99	- 143	+ 85	+ 541	+ 384	- 25,8	- 37,2	+ 22,1	+ 140,9	+ 100
PACA	- 30	+ 74	+ 323	- 104	+ 263	- 11,4	+ 28,1	+ 122,8	- 39,5	+ 100
	0	0	0	0	0					

CHAPITRE 7 - LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION [S.S.R.] ET LA PSYCHIATRIE DANS LA PEREQUATION INTER-REGIONALE

Les mécanismes mis en place depuis 1996 ont pour objectif de réduire les inégalités d'allocation des ressources entre les établissements financés par dotation globale.

L'ambition est de taille et les moyens pour l'atteindre, c'est-à-dire en premier lieu, les instruments de mesure des disparités inter-régionales, méritent d'être soumis à l'analyse et à la critique. Ainsi, peut-on observer que les quatre critères élaborés et perfectionnés au fil des années par la DHOS s'ajustent mal aux activités et aux dépenses « hors MCO » dont le montant représente près de 40 % de l'ONDAM hospitalier.

La masse hors MCO correspond aux activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie. Elle inclut aussi le surcoût forfaitaire plafonné à 13 % de la valeur du point ISA lié, principalement dans les CHU, aux activités de recherche biomédicale et d'enseignement universitaire ainsi que le fonctionnement des écoles hospitalières de formation.

7.1 Les soins de suite et de réadaptation

7.1.1 Approche globale du secteur d'activité

Il s'agit de toutes les activités hospitalières dites de moyen séjour relevant de la convalescence, de la réadaptation fonctionnelle et de la rééducation. Dans la grande majorité des cas, les unités de moyen séjour prolongent une hospitalisation en MCO.

La finalité de réhabilitation et de réinsertion des patients dans une vie sociale, professionnelle ou scolaire explique le caractère très diversifié des activités des SSR, souvent éclatées en petites unités spécialisées autonomes ou implantées au sein des établissements publics ou privés.

Pour situer l'importance de ce secteur, on rappellera que les entrées totales en MCO (hospitalisation complète) atteignent 12 millions par an, avec une répartition d'environ deux tiers effectués dans les établissements publics et assimilés et un tiers dans le secteur libéral sous OQN (objectif quantifié national).

Les SSR dépassent 600 000 entrées annuelles et se répartissent de façon sensiblement identique entre les établissements sous DG (dotation globale) (65 %) et ceux sous OQN (35 %) [source : SAE 95].

Leur poids financier en secteur public, légèrement supérieur à celui de la psychiatrie, dépasse le quart de la masse MCO 1999.

7.1.2 Un rattrapage à opérer dans les systèmes d'information

Les travaux d'extension du PMSI aux SSR des établissements sous DG remontent à 1993. Comme en MCO, l'objectif était et demeure toujours de décrire l'activité du secteur à partir d'une information médicalisée et standardisée et d'élaborer de nouveaux outils dans un contexte d'allocation budgétaire liée à l'activité.

Rendu obligatoire depuis décembre 1997, le PMSI-SSR est différent du PMSI-MCO, la classification médico-économique, adaptée à cette activité, étant fondée sur la journée pondérée reprise dans un résumé hebdomadaire standardisé (RHS), lui-même rattaché à un groupe homogène de journées (279 groupes).

Les informations saisies vont au-delà des données administratives et des pathologies pour retenir le niveau de dépendance et les temps d'intervention de rééducation - réinsertion.

La mise en place du système, relativement longue pour des raisons de coût, de formation des personnels et d'organisation des services, est aujourd'hui achevée, malgré quelques difficultés d'exhaustivité, même si la classification, comme celle du MCO, est susceptible d'évoluer dans l'avenir.

La deuxième étape relative à la valorisation des groupes homogènes de journées (GHS), c'est-à-dire l'élaboration d'un point ISA-SSR remonte à 1999. L'arrêté du 20 septembre 1999 prévoit en effet de réaliser, sur un échantillon d'établissements volontaires et pour une durée de 4 ans, une échelle de coûts relative au PMSI-SSR.

L'étude nationale des coûts SSR a commencé en 2000 sur une quarantaine d'établissements (échantillon de même dimension qu'en MCO) et devrait être utilisable dès 2003. Un point ISA-SSR sera donc disponible d'ici à 3 ans, sans doute pour la campagne budgétaire 2004.

La mission ne peut que regretter le délai considérable de réalisation de cette donnée, pourtant fondamentale.

7.1.3 Position des SSR au regard des 4 critères de péréquation

A ce stade de l'analyse des modalités de la péréquation inter-régionale, la mission se borne à examiner l'adéquation des indicateurs actuellement utilisés avec les particularités des secteurs hors MCO sans porter d'appréciation de fonds sur ces indicateurs. Cette remarque liminaire s'applique également aux développements relatifs à la psychiatrie.

A – LA VALEUR DU POINT ISA est l'indicateur d'efficience économique des établissements mesuré par le PMSI. Ce critère n'est utilisable que pour les seules activités MCO.

Le terme, désormais proche de l'utilisation du point ISA-SSR, rend inopportune toute solution substitutive car elle ne pourrait que brouiller la compréhension du système.

Il est certain que l'emploi de la valeur du point ISA-SSR aura pour corollaire le moment venu, l'identification des volumes de financement SSR (comme un peu plus tard, de la psychiatrie).

B – L'INDICATEUR DE CONSOMMATION DE SOINS HOSPITALIERS, par le ratio « dépenses hospitalières par habitant hospitalisable dans le secteur public » prend en compte la population hospitalisable en SSR, secteur public.

Cependant, les taux de fréquentation par classe d'âge pour ce secteur remontent à 1990, année de la dernière enquête de morbidité sur les SSR.

En ce qui concerne l'activité MCO, les taux de fréquentation de référence sont presque aussi anciens, 1993. La DHOS a proposé, à plusieurs reprises qu'y soient substituées, parce que plus récentes et plus fiables, les informations issues du PMSI, la consommation de points ISA par âge permettant de disposer d'un référentiel national.

Cette amélioration n'est pas encore retenue pour l'indicateur de consommation de soins hospitaliers alors que la mesure des flux inter-régionaux s'effectue sur la base du point ISA. Elle exclurait évidemment les SSR, faute à ce jour d'un point ISA-SSR.

L'activité des SSR est donc dans le champ de ce critère et la DHOS observe que son introduction n'a pas modifié substantiellement le classement entre les régions, les activités MCO et SSR étant relativement corrélées.

L'identification des volumes de financement SSR aurait du conduire à élaborer un indicateur de consommation de soins éclaté entre MCO et SSR, l'objectif étant de forger une équation de péréquation propre à chaque enveloppe sectorielle [MCO, SSR, psychiatrie].

La mission estime en effet que, seul cet éclatement de la dotation de financement préconisé dès 1998 par la DHOS puis par la mission NOIRE. (1999) permettra d'ajuster des indicateurs mieux adaptés à chaque secteur d'activité, alors que ceux existants sont essentiellement conçus pour le seul MCO.

Cette répartition en sous-enveloppes, qui tend à une réduction sectorielle plus équitable des inégalités inter-régionales, n'interdit pas, à l'issue de la péréquation, de globaliser les dotations régionales, tous secteurs confondus, pour faciliter au niveau infra-régional la mise en œuvre des actions requises.

Mais l'équation actuelle s'éloigne de cette préoccupation lorsqu'elle divise toutes les dépenses hors MCO par la population hospitalisable MCO + SSR. Ainsi, les dépenses hors MCO ne sont-elles pas éclatées, pas plus que la population hospitalisable qui agrège les deux seuls éléments connus, MCO et SSR.

La formule actuelle est donc fort peu adaptée aux spécificités des SSR et pas du tout à celles de la psychiatrie qui attendent, les unes et les autres, une équation de péréquation distincte.

C – L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITE GENERALE (ICM), introduit en 1999, représentatif des besoins de santé, mesure la surmortalité régionale par rapport à la moyenne nationale. Dans l'équation de péréquation, l'indicateur de consommation de soins hospitaliers est pondéré par la racine carrée de l'ICM.

Sans, à ce stade, juger de la validité de l'ICM comme représentatif des besoins de santé, l'interrogation porte sur la corrélation entre besoins de santé et activité hospitalière. L'augmentation de l'offre de soins hospitaliers n'est, à l'évidence, pas le seul critère de

l'impact sur l'état de santé et sur la mortalité de la population. Il est probable que la réalisation de programmes de santé publique soit, à cet égard, plus efficace à travers un fonds national de santé publique ou par des financements répondant à des priorités nationales de santé publique ou encore de niveau régional, notamment dans le cadre des SROS.

Dans tous les cas, ces programmes hospitaliers de santé publique requièrent prioritairement les moyens et les compétences du MCO et ne concernent que très marginalement le secteur du moyen séjour.

Aussi, la mission recommande-t-elle que la pondération de l'ICM ne s'applique pas aux SSR dans l'équation relative à ce secteur d'activité.

D – L'INDICE DES FLUX INTER-REGIONAUX DE PATIENTS a été introduit en 1998. Il consiste à corriger la dotation d'une région des dépenses consacrées par d'autres régions aux patients de la région, après prise en compte des dépenses consacrées par la région aux patients des autres régions. Ce correctif n'est retenu que pour la moitié de la balance.

Le modèle reposait à l'origine sur l'analyse des montants remboursés par les différentes caisses du régime général pour tous les établissements de santé d'une région et incluait donc les SSR.

Depuis la campagne budgétaire 2001, les flux sont mesurés à partir du PMSI en points ISA comptés sur la base de la valeur nationale du point.

Les SSR échappent évidemment à cette amélioration de l'analyse des flux.

La réfaction de 50 % sur le solde des mouvements de patients repose sur l'idée que certains flux sont « légitimes » parce qu'ils répondent, soit à une organisation supra-régionale soit, pour des raisons de proximité et d'accès aux soins.

A l'inverse, les flux « illégitimes » traduisent une insuffisance de l'offre hospitalière d'une région qui doit donc être incitée à développer une stratégie d'adaptation de son offre de manière à répondre aux besoins de soins de ses habitants.

Sans débattre du bien-fondé de ce raisonnement, on voit bien qu'il correspond principalement aux activités de court séjour.

Lorsque les SSR disposeront d'un point ISA permettant de mesurer leurs propres flux et d'une équation spécifique, il conviendra de s'interroger sur l'opportunité de retenir ou non cet indice correcteur. On peut en effet penser que la plupart des flux inter-régionaux sont « légitimes » dans ce secteur d'activité et n'appellent donc aucune correction.

7.2 La psychiatrie

7.2.1 Approche globale du secteur d'activité

L'hospitalisation psychiatrique de secteur public représente 75 000 lits, soit 21 % de l'ensemble des lits de soins de courte durée. Elle est assurée par 154 établissements publics ou

privés assimilés (PSPH) ainsi que par 139 hôpitaux généraux et représente 16 millions de journées en hospitalisation complète.

Son poids financier, en secteur public, atteint 24 % de la base MCO 1999.

L'hospitalisation à temps plein ne répond plus seule aux besoins des patients car, dans le cadre de la sectorisation psychiatrique mise en place dans les années 60, l'offre de soins s'est largement diversifiée.

Dans le cadre du secteur, dont les établissements publics et PSPH ont seuls la responsabilité, se pratiquent diverses formes de prise en charge, soit en hospitalisation complète (centres de post-cure, centres de crise, appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique), soit en hospitalisation partielle (hôpital de jour, de nuit, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, atelier thérapeutique) ou encore en soins ambulatoires.

Cette modalité, très hétérogène, est la plus importante en nombre de patients traités qui sont suivis en centres médico-psychologiques ou en unités de soins somatiques ou encore lors des visites en institution ou à domicile.

La diversité de ces activités, souvent hors les murs de l'hôpital, permet d'adapter lieux et formes de soins à l'état du patient mais rend d'autant plus difficile, leur mesure exacte.

En dehors du cadre institutionnel de la sectorisation, existent des hôpitaux privés à but lucratif, très inégalement répartis entre les régions. Il en va de même des psychiatres, très nombreux en Ile-de-France et dans le Sud-Est et quasi-absents dans plusieurs régions. Leur activité est difficile à saisir et davantage encore celle des médecins généralistes qui jouent un rôle important dans la prise en charge psychiatrique de leur clientèle.

Ainsi voit-on que l'activité psychiatrique est à la fois plus diffuse et plus hétérogène qu'en MCO et en SSR. De plus, la statistique annuelle des établissements (SAE) n'en rend pas compte de manière satisfaisante.

Par ailleurs, contrairement au MCO où la substitution de la médecine libérale à l'hospitalisation est rarement envisageable, la prise en charge en psychiatrie peut être aussi bien le fait du secteur, de la psychiatrie libérale, voire des généralistes.

7.2.2 Vers un point ISA - psychiatrie

La dispersion de l'activité de ce secteur et la grande difficulté à en mesurer les données expliquent les lenteurs de l'extension du PMSI à la psychiatrie.

Même si un recueil d'informations s'effectuait depuis 1988 en psychiatrie générale et 1991 en psychiatrie infanto-juvénile, il faut attendre 1995 pour que les travaux d'extension du PMSI s'engagent afin de construire une classification médico-économique spécifique à ce domaine.

Cette classification n'est pas fondée sur les groupes homogènes de malades (GHM) comme en MCO, mais sur la journée pondérée sur la base d'un classement hebdomadaire. La première version comporte 237 groupes homogènes de journées (GHJ) déclinés parmi 15 catégories majeures diagnostiques (CMD).

Après une longue période d'expérimentation sur un large échantillon d'établissements, destinée à définir le contenu et les modalités du recueil d'informations et à élaborer un échelle de coûts, le dispositif est rendu obligatoire à compter du 1^{er} juillet 2002, pour tous les établissements publics et privés ayant une activité de psychiatrie.

On disposera donc en 2004 d'un PMSI établi sur des données médicales pondérées par des facteurs sociaux et environnementaux et d'un point ISA-psychiatrie. L'ensemble devrait être utilisable pour la campagne budgétaire 2005.

7.2.3 Position de la psychiatrie au regard des 4 critères de péréquation

A – LA VALEUR DU POINT ISA ou critère d'efficacité économique.

On vient de voir que le point ISA-psychiatrie ne sera disponible et utilisable qu'en 2005, dans 4 exercices.

Compte tenu de l'inadéquation des trois autres critères (cf. infra) en raison des limites des sources d'information disponibles (SAE, rapports annuels de secteur psychiatrique, enquêtes de morbidité, enquêtes auprès des cliniques à statut commercial), diverses propositions ont été avancées par la DREES et la DHOS pour tenter une approche, même indirecte, des disparités inter-régionales en psychiatrie.

Les pistes explorées sont les suivantes :

1. La DREES (SESI) a proposé pour la campagne 1998 une batterie d'indicateurs dont elle souligne parfois elle-même les lacunes :
 - ✓ Un indicateur d'activité couvrant l'ensemble des actes en psychiatrie, mais ne pouvant reposer que sur la notion de journée, seule référence commune aux sources utilisables. La DREES précise que cet indicateur n'a pu être encore élaboré, en raison des incertitudes sur sa faisabilité
 - ✓ Le nombre de lits installés en hospitalisation complète pour 10.000^h, mais ce critère ne s'applique qu'à l'hospitalisation en établissement et ignore la place très importante des alternatives à l'hospitalisation
 - ✓ Le nombre de journées en hospitalisation complète, partielle et autres activités en psychiatrie pour 10.000^h, mais le recensement des activités à temps partiel et en ambulatoire est réalisé de façon trop hétérogène
 - ✓ Les personnels des services médicaux ETP de psychiatrie pour 10.000^h et la part de ces personnels sur l'ensemble des personnels des services médicaux, toutes disciplines confondues

Les disparités régionales qui vont de 1 (Ile-de-France) à 2 (Bretagne) peuvent résulter de taux d'encadrement très différents, ce qui rend l'indicateur inflationniste. Ce même indicateur a surtout l'inconvénient de favoriser l'hospitalo-centrisme au détriment des activités substitutives ambulatoires.

La DHOS estime qu'il s'agit là de données seulement indicatives, susceptibles d'être utilisées par les ARH en infra-régional.

Faute d'enquête épidémiologique et de connaissance exhaustive des taux de recours aux structures psychiatriques, on ne peut courir le risque de réduire dans certaines régions, sans justification, les moyens de la psychiatrie.

2. Deux années de suite, pour les campagnes 2000 et 2001, la DHOS soutient sans succès un indicateur de mesure de l'activité en psychiatrie, élaboré, contrairement au PMSI, sur les seules données administratives d'activité, par type de prise en charge. Grâce à un référentiel de coûts élaboré sur un large d'échantillon d'établissements, on aboutit à un équivalent –journée par type d'activité, ce qui permet de calculer un nombre de points d'indice composite d'activité (ICA)

Le critère d'efficience, équivalent de la valeur régionale du point ISA, s'obtient ici par les dépenses hospitalières de psychiatrie de la région rapportées au nombre de points ICA de cette région.

L'expérimentation qui n'a touché que les établissements publics et assimilés peut être reproduite en secteur libéral.

Dès lors, ce même indicateur doit aussi permettre de répondre à la mesure du besoins de soins. La notion de population hospitalisable n'obéit pas, en psychiatrie, à des standards par sexe et par tranche d'âge.

En l'absence de corrélations de consommation sur la base d'enquêtes de morbidité, le besoin de soins psychiatriques ne peut qu'être élargi à toute la population régionale, les parts de marché entre public et privé étant tirées du critère ICA

Cependant, toujours pour les mêmes raisons de faiblesse des données exploitables, la méthode n'est pas fiable pour mesurer le besoin de soins du secteur privé.

En effet, l'activité libérale des médecins psychiatres est mal connue, de même que l'activité psychiatrique des médecins généralistes qui doit être, pour partie, substituable à celle des psychiatres.

Malgré la qualité de l'outil, diffusé aux ARH et utilisé par plusieurs d'entre elles en infra-régional, la mission ne préconise pas son adoption, même pour l'indicateur d'efficience.

A trois ou quatre ans de la mise en place du point ISA-psychiatrie, il serait inopportun d'engager la collectivité psychiatrique et les ARH dans un système transitoire dont les principes reposent sur une information non médicalisée.

B – L'INDICATEUR DE CONSOMMATION DE SOINS HOSPITALIERS

Cet indicateur actuellement en vigueur dans l'équation de péréquation n'inclut que la population hospitalisable en MCO et SSR.

La psychiatrie n'est pas prise en compte pour les raisons décrites supra :

Faute d'enquête épidémiologique, il n'existe pas de typologie nationale de recours aux soins psychiatriques. Une telle recherche de morbidité est pourtant concevable en combinant les variables d'âge et de sexe avec les données sociales, économiques et environnementales.

Faute d'une telle modélisation, le recours à la population régionale totale serait légitime mais à la condition de distinguer les soins publics des soins privés et on a vu l'impossibilité actuelle d'y parvenir.

Retenir la seule population régionale totale, sans le partage public-privé, revient à favoriser indûment les régions disposant d'établissements privés lucratifs et de psychiatres libéraux dont on sait que la distribution géographique est loin d'être homogène.

La mission note l'absence de fondement au système actuel qui, depuis 1997, fait application du critère à la psychiatrie alors que ce secteur d'activité n'est pas inclus dans la population hospitalisable.

La mission recommande donc, en l'état actuel des outils statistiques, de ne pas appliquer ce critère à la psychiatrie.

C – L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITE GENERALE (ICM)

Cet indice vient pondérer l'indicateur de consommation de soins hospitaliers. L'inadéquation de cet indicateur pour la psychiatrie rend sans objet sa pondération par l'ICM.

On observera que l'ICM aujourd'hui appliqué à la psychiatrie, sans d'ailleurs prendre en compte les maladies mentales, n'a aucun lien ou presque, dans sa conception et sa mise en œuvre, avec la psychiatrie, la surmortalité n'étant que très marginalement reliée à la maladie mentale.

La mission recommande de ne pas tenir compte de l'ICM en psychiatrie, en l'état actuel de l'outil statistique.

D – L'INDICE DES FLUX INTER-REGIONAUX DES PATIENTS

L'indice ne prend pas en compte les mouvements, d'ailleurs relativement faibles des malades mentaux.

La mission recommande donc de ne pas tenir compte du critère des flux en psychiatrie.

7.2.4 Quel mode de répartition de l'enveloppe en psychiatrie ?

La formule actuelle de péréquation n'est, à aucun égard, adaptée à la psychiatrie. Celle ci, selon un des responsables de la DHOS, est « l'angle mort du système ».

A partir de 2005, le point ISA- psychiatrie modifiera l'approche. D'autre part, les perfectionnements espérés de l'outil statistique et des études de santé publique permettront peut-être, à cette date, de construire pour cette activité un indicateur de consommation de

soins hospitaliers avec un indice de morbidité adapté (l'indice de mortalité n'a pas de signification en psychiatrie).

La psychiatrie serait alors dans le même cas de figure que les SSR, utilisant chacun pour son enveloppe propre, les deux premiers indicateurs de l'équation et, le cas échéant, un index correcteur, un indice de morbidité pour la psychiatrie et l'indice des flux pour les SSR.

Jusqu'en 2005, la mission a tendance à retenir la proposition faite par la DHOS en octobre 1998, de se borner à préserver globalement les moyens de la psychiatrie.

La DHOS envisageait que « les moyens consacrés à la lutte contre les maladies mentales seraient simplement reconduits au niveau régional, à charge pour les ARH d'allouer les ressources aux établissements en tenant compte des besoins du secteur, des orientations du SROS en psychiatrie et de la situation financière des établissements concernés ».

C'est, très clairement, l'abandon provisoire de la péréquation inter-régionale en psychiatrie avec des recommandations visant l'infra-régional.

Quelques années plus tard, cette idée peut évoluer dans le sens d'une répartition inter-régionale différenciée de l'enveloppe psychiatrique.

Ainsi, la circulaire du 13 décembre 2000 (campagne budgétaire 2001), retient-elle parmi les nouvelles priorités de santé publique, l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de maladies mentales, autour de trois pôles :

- ✓ le renforcement du dispositif d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile avec un objectif de 15 lits pour 100.000 habitants de moins de 20 ans dans chaque département ;
- ✓ la création des équipes et des structures nécessaires aux secteurs nouvellement créés par la carte sanitaire de psychiatrie,
- ✓ le renforcement des équipes de secteur, là où elles sont peu dotées.

129 MF sont affectés en 2001 à cette priorité.

C'est une telle orientation que la mission préconise pour les prochaines années à savoir la préservation des moyens de la psychiatrie, grâce à un taux annuel de progression de la base assurant cette sauvegarde, et en y rajoutant la réalisation de priorités de santé publique définies au niveau national.

CHAPITRE 8 - VERS UNE MEILLEURE INFORMATION SUR LA POLITIQUE DE PEREQUATION

8.1 La nécessité du débat démocratique et de la transparence

La lutte contre les inégalités dans l'allocation des ressources hospitalières est un des principes de l'ordonnance fondatrice de 1996. Elle sous-tend, en large part, depuis cinq ans, les politiques de santé.

Il s'agit, en effet, de rechercher l'égalité d'accès des citoyens aux soins hospitaliers et de leur garantir une prise en charge égale à pathologie identique, quel que soit leur lieu de résidence et leur situation sociale.

Les dispositifs actuels qui visent à redistribuer des masses financières entre régions en direction d'une cible calculée, non sur une expertise de santé publique mais sur une moyenne arithmétique, méritent débat et transparence.

Les choix effectués, leurs évolutions sont-ils légitimes ? Les instruments utilisés sont-ils adaptés et suffisamment affinés ?

L'exigence du débat démocratique en cette matière est nettement rappelée par le haut comité de santé publique (rapport 1998), selon lequel il appartient aux parlementaires et à la conférence nationale de santé d'effectuer leurs choix parmi les alternatives présentées, au nom de considérations techniques et politiques.

La conférence nationale de santé, en 1997 et 1998, a longuement traité du thème des inégalités inter et intra régionales de santé, au niveau des principes fondamentaux, parmi lesquels le souhait qu'il y ait transparence sur l'action du gouvernement, notamment sur les méthodes et les critères de redistribution.

La Fédération Hospitalière de France regrette, pour sa part, que le débat, en amont, sur les objectifs et les modalités de la péréquation soient insuffisants. Elle déplore qu'une « question politique si importante » ne fasse pas l'objet d'un débat préalable plus large avec les élus aux niveaux national et régional. Son Union Régionale d'Ile de France, principale région contributrice, dénonce l'absence ou le déficit de concertation « qui ne peut que rejaillir sur le climat social des hôpitaux ».

La DHOS a remarqué à juste titre que le système de réduction des inégalités n'est pourtant pas contesté. Ni les fédérations hospitalières, ni les organisations syndicales ne remettent en cause le principe d'une redistribution ni même, réellement, les critères choisis.

Il est intéressant de noter, à cet égard, que dans les trois ou quatre principales revues de gestion hospitalière, pas un seul article, au cours des cinq dernières années, n'a été consacré à la critique, ni même à l'analyse du système de péréquation.

Il n'empêche qu'après cinq années d'allocations différenciées, la contestation a progressé dans les régions contributrices, surtout en Ile de France et à l'AP de Paris. La DHOS en est bien consciente et en mesure les risques puisqu'elle recommande au cabinet de la ministre de créer au niveau national, un comité des finances hospitalières, sur le modèle du comité des finances locales, composé des directeurs d'ARH, des représentants des fédérations hospitalières, de parlementaires voire de représentants des élus régionaux

Il est, en effet, indispensable d'ouvrir régulièrement le débat sur un thème aussi central. La mission soutient ce projet qui tend à confier à ce comité un rôle de réflexion et de proposition sur les critères et la méthode de péréquation.

C'est dans le même esprit de recherche d'une légitimité et d'une meilleure compréhension de la méthode par la communauté hospitalière, que la DHOS sollicite depuis deux ans qu'une mission (celle de l'IGAS, en cours) fasse l'évaluation des effets de la politique de réduction des inégalités.

8.2 Les réponses

Sur le thème du débat démocratique, la mission remarque qu'il devrait relever d'abord de la compétence du parlement et que celui-ci, lors du vote annuel des enveloppes de l'ONDAM, pourrait interroger le gouvernement sur les critères de la péréquation hospitalière et sur leur combinaison.

Les modalités techniques sont en effet essentielles et lourdes de conséquences au niveau de la répartition inter-régionale.

La commission nationale de santé et les conférences régionales sont évidemment habilitées à réfléchir sur le thème et à présenter critiques et propositions. Mais leur composition, relativement lourde, l'étendue de leurs compétences et leur périodicité ne facilitent pas un travail de fond.

Un tel approfondissement devrait être confié au comité des finances hospitalières défini supra, organisme plus léger, indépendant, qui serait l'interlocuteur régulier sinon permanent de l'administration centrale.

Les observations récurrentes sur l'insuffisance du débat démocratique et de la transparence ne seraient pas aussi insistantes si l'administration n'avait parfois considéré le problème comme relevant de son domaine réservé.

Sans doute, a-t-elle consulté et constitué des groupes de travail en y associant des directeurs d'ARH, sur le choix et les modalités des critères de répartition.

Depuis 1996, chacune des circulaires annuelles de campagne budgétaire consacrent un chapitre au système de péréquation avec le rappel des indicateurs retenus et de leur évolution, mais les explications demeurent très succinctes.

D'autre part, l'information n'est pas complète sur au moins deux points importants :

- ✓ L'administration n'a pas voulu communiquer, pendant au moins deux ans, sauf à la cour des comptes, sur sa demande, l'équation de péréquation et son mode d'emploi précis, sans lesquels on ne peut aboutir au calcul des dotations régionales.

Aujourd'hui encore, la mission n'est pas certaine, sur les dires de ses interlocuteurs, de la volonté réelle de l'administration de décrypter et de diffuser les éléments de l'assemblage des critères.

Cette diffusion serait susceptible de révéler quelques anomalies, d'ailleurs relativement mineures, dans les comptes (cf. supra). Elle ferait aussi apparaître que les résultats de l'équation par région n'étaient pas techniquement la décision de péréquation accélérée prise au profit de trois régions seulement, alors qu'il n'y a pas de solution de continuité entre ces trois régions et les suivantes, pourtant pénalisées par cette mesure.

- ✓ L'administration n'a pas davantage diffusé sa décision de 1999 (et continue de ne pas l'évoquer clairement) de reculer le délai de péréquation interrégionale de 17 à 30 ans, même si les résultats publiés des enveloppes régionales le laissent apparaître.

Les directeurs d'ARH des régions bénéficiaires ont protesté car le doublement du délai-cible décrédibilise la volonté affichée de tendre vers l'égalité.

De plus, la limitation des dotations dans les régions bénéficiaires rend difficile sur le terrain la conduite d'une politique pluri-annuelle de restructuration.

A ce propos, la mission insiste sur l'obligation que l'administration centrale devrait s'imposer de ne pas changer abusivement et sans concertation les règles du système, sous peine de porter préjudice à l'action des ARH. Ceux-ci sont tenus, en effet, à la plus grande transparence vis-à-vis des établissements et sont amenés, dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens et plus généralement de la politique de péréquation, à prendre des engagements sur plusieurs années.

Il n'est pas admissible que ces engagements soient remis en cause par une modification des règles du jeu, en l'espèce ni débattue ni mesurée dans toutes ses conséquences.

Alors que la mission a constaté la qualité du travail fourni sur le thème par la DHOS et la richesse de ses réflexions, elle ne peut qu'encourager l'administration centrale à s'appliquer à elle-même les consignes de transparence qu'elle donne avec beaucoup de conviction aux ARH, lorsqu'elle écrit dans le guide méthodologique pour la conduite de la campagne budgétaire (décembre 1998) :

« Il convient d'insister sur la nécessité d'instaurer un dialogue permanent entre l'ARH... et les établissements. La mise en œuvre aboutie et sereine de la politique hospitalière dont les agences sont chargées... dépend de la qualité de ce dialogue. Temps fort de la relation entre agences et établissements, la campagne budgétaire nécessite qu'une attention toute particulière soit portée... à une information transparente et au dialogue. C'est la condition essentielle du bon déroulement de la campagne et de l'acceptation de la contrainte liée à la gestion des dotations budgétaires ».

La mission ne saurait mieux dire en conclusion de ce chapitre.

CONCLUSION ET PROPOSITIONS

A l'examen de l'ensemble des éléments précédents, il ressort que la péréquation est aujourd'hui un dispositif accepté, mais qui doit connaître pour l'avenir des évolutions rapides.

Dans cette perspective la mission a souhaité formuler des propositions qui se veulent réalistes mais aussi volontaristes.

Le réalisme commande en premier lieu de ne pas retenir ce qui, intellectuellement, pourrait apparaître comme une alternative pertinente au dispositif actuel :

La mise en place d'une péréquation reposant, pour l'allocation des ressources, exclusivement sur le seul point ISA.

La mission, tout en insistant sur le rôle prépondérant que doit revêtir le critère point ISA - qui n'est actuellement pas pondéré suffisamment eu égard à son importance – considère, que l'objectif même de la péréquation ne saurait se résumer à une simple mesure de l'efficience médico - économique des établissements. A ce titre le dispositif envisagé par la Cour des Comptes, complété par des enveloppes nationales de Santé Publique ne permet pas de répondre à l'objectif recherché. Par ailleurs, il ne ferait que déporter le problème, sauf si l'on admettait, ce qui serait paradoxal, que les enveloppes ciblées soient réparties sur la base d'un critère uniforme.

A l'inverse on ne peut raisonnablement imaginer une répartition différenciée satisfaisante, eu égard à l'appareil statistique et épidémiologique actuellement à la disposition des pouvoirs Publics.

Le second aspect réaliste consiste à prendre en compte les différents calendriers qui s'imposent aux multiples acteurs et décideurs du dispositif.

Tout d'abord la péréquation accélérée que la mission ne juge pas positivement en raison de son caractère malgré tout arbitraire et des effets de seuil qu'elle génère, doit s'achever avec la campagne budgétaire 2004. Il n'est pas envisageable de l'interrompre avant, car une lisibilité pluri-annuelle est nécessaire pour les trois régions actuellement bénéficiaires de ce processus de péréquation accélérée. La mission considère qu'une lisibilité pluriannuelle serait profitable non seulement à ces trois régions mais aussi à l'ensemble des régions.

Le second élément du calendrier qui fait de la campagne budgétaire 2004 une date charnière réside dans le fait qu'il est raisonnablement permis d'espérer, à compter du 1^{er} janvier 2004, la mise en place du POINT-ISA des SSR, même si cette terminologie constitue un abus de langage. En outre le « troisième point ISA », celui concernant la psychiatrie devrait être proche de sa phase finale de détermination. Enfin, l'année 2004 devrait être l'année du début de l'audit des SROSS de deuxième génération et du démarrage des SROSS de troisième génération.

La conjonction de l'ensemble de ces éléments devrait permettre aux Pouvoirs Publics d'utiliser l'année 2004 comme démarrage d'un processus de péréquation rénové et amélioré grâce à une vision satisfaisante sinon exhaustive, des différents critères.

Dans ces conditions la mission suggère de traiter isolément les deux campagnes budgétaires 2002 et 2003 et d'autre part de se préparer à des modifications plus sensibles pour la campagne 2004.

Concernant ces deux prochaines campagnes budgétaires, et compte tenu des constatations faites par la mission, celle-ci suggère que :

- La formule soit stabilisée sans adjonction ou suppression de nouveau critère
- Mais qu'une modification soit toutefois introduite concernant la psychiatrie, à laquelle manifestement aucun des quatre critères actuels ne s'applique de façon satisfaisante.

En conséquence, les dépenses hors MCO qui représentent la masse non négligeable de 106 milliards de francs en base 2001 devrait être amputées des 39,8 milliards correspondant au poids de la psychiatrie. Cette dernière devrait être traitée séparément avec, d'une part un taux directeur spécifique, et d'autre part l'octroi de crédits ciblés de santé publique pour des actions clairement identifiées concernant ce seul domaine.

La mission considère que la situation actuelle ne permet pas à la Direction des Hôpitaux de créer une confusion supplémentaire dans le domaine de la formule de péréquation régionale.

Cependant la mission n'interprète pas ce quasi statu quo comme un choix de ne pas aller plus avant dans l'amélioration des réductions des inégalités régionales. Elle pense que les deux années qui nous séparent de la préparation de la campagne 2004 doivent être mis à profit pour conduire, dans la transparence et la concertation, quatre axes d'amélioration du dispositif actuel de péréquation.

1^{er} axe : La justification de la péréquation accélérée, dont la charge repose sur les 18 régions non bénéficiaires, n'est pas suffisante pour qu'elle soit ni poursuivie ni étendue à d'autres régions. Elle génère par ailleurs des effets de seuil importants dont la gestion risque d'être délicate.

2^{ème} axe : Le point ISA est l'élément central mais non exclusif du dispositif, la mission considère qu'il a vocation à se voir reconnaître une pondération plus importante, supérieure au 0,5 actuel. (par exemple 0,7)

3^{ème} axe : Le critère "population hospitalisable" est loin, comme on l'a démontré dans le corps du rapport, d'être véritablement pertinent, pour décrire l'offre de soins hospitalière publique dans une région. La mission propose deux pistes de réflexion :

La première consiste à pondérer ou à substituer au critère population "hospitalisable" une combinaison des deux données bien connues et maîtrisées que sont "l'occupation moyenne" (OM) et "la durée moyenne de séjour" (DM). Ces données, aisément actualisables chaque année, doivent rapidement faire l'objet de tests de validation au sein de la DHOS.

La seconde consiste à garder la donnée "population hospitalisable" mais à utiliser des données démographiques prospectives et à remplacer le critère « entrées » par l'utilisation du PMSI dans la répartition entre les secteurs public et privé.

4^{ème} axe : L'utilisation, dès que possible à compter du 1^{er} janvier 2004, des nouveaux points ISA spécifiques à la psychiatrie et aux soins de suite et de réadaptation.

La mission est convaincue de la pertinence et de la nécessité de la réduction des inégalités régionales. Elle note que ce point de vue est partagé par la totalité des interlocuteurs qu'elle a rencontrés. Elle note que les critiques, comme toujours dans les jeux à somme nulle, proviennent des conséquences financières, ceux qui reçoivent ne reçoivent pas assez, ceux qui payent trop. Elle considère que la péréquation constitue un aiguillon indispensable à l'évolution du tissu hospitalier.

Elle estime qu'il est bon qu'au plan national la péréquation soit la résultante d'une formule mécanique et qu'il est logique et nécessaire que ce soit au niveau local, dans les ARH, que soit apprécié le plus finement possible les besoins et les contraintes de chaque établissement sous dotation globale.

L'horizon actuel, qui a été reculé jusqu'à l'année 2028, constitue l'extrême limite de la crédibilité. Il est normal que des opérations de restructuration soient étalées dans le temps, surtout lorsqu'elles sont lourdes. Il est moins justifiable de les prendre en compte sur trente ans. Le choix d'un horizon aussi lointain repose, de fait, sur le souci de ne pas faire peser sur l'Île de France et sur l'AP-HP des charges excessives qui pourraient être à l'origine de mouvements sociaux, dont le coût budgétaire final viendrait annihiler les efforts de péréquation déjà accomplis.

Les restructurations nécessaires sont à la fois le déterminant et la conséquence de la péréquation ; il existe des fonds spécifiques qui sont là pour les faciliter.

La mission estime que la formule de péréquation doit arriver à stabilisation pour que ses incidences soient clairement connues et identifiées et que les ARH puissent, sur le terrain, organiser des opérations sur une base pluri annuelle.

La préconisation de la mission d'utiliser la campagne budgétaire 2004 comme année charnière ne doit, dans cette perspective, en aucun cas être utilisée pour retarder les évolutions, mais l'espace de temps disponible et les constantes améliorations des outils et des données sont une chance dont il convient de tirer parti pour réorganiser le tissu hospitalier.

Henri BONAN

Paul DARNIS

Jean-François CHADELAT

François SCHECHTER

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N° 1 : Note du 5 mars 2001 : Saisine de l'IGAS par la ministre

ANNEXE N° 2 : Note du 22 mars 2001 ; Lettre aux ministres donnant la composition de la mission

ANNEXE N° 3 : Note du 28 mars 2001 de la DHOS décrivant la formule mathématique

**ANNEXE N° 1 : Note du 5 mars 2001 : Saisine
de l'IGAS par la ministre.**

Le Directeur du Cabinet

SCOP D n° 01002243

Le 05 MARS 2001

127, rue de Grenelle 75700 Paris 07 SP

Téléphone : 01 44 38 38 38

Télécopie : 01 44 38 20 20

NOTE

**à l'attention de Madame la Chef
de l'inspection générale des affaires sociales**

—oOo—

**Objet : Demande d'une mission d'évaluation de la politique de péréquation des
dotations régionalisées de dépenses hospitalières**

Depuis 1997, le montant total de dépenses hospitalières des établissements de santé financées par dotation globale est réparti en dotations régionalisées.

Après quatre exercices complets, il apparaît aujourd'hui nécessaire de procéder à une première évaluation des effets de cette politique de réduction des inégalités. En effet, l'importance et la bonne compréhension par la communauté hospitalière de l'effort demandé aux régions contributrices, au premier rang desquelles la région Ile-de-France, justifie une mesure des effets de cette redistribution auprès des régions prioritaires que sont Poitou-Charentes, Picardie et Nord-Pas-de-Calais. Elle suppose également de vérifier que la limitation des ressources allouées aux régions les mieux dotées s'est accompagnée d'une amélioration de l'efficience des établissements de santé.

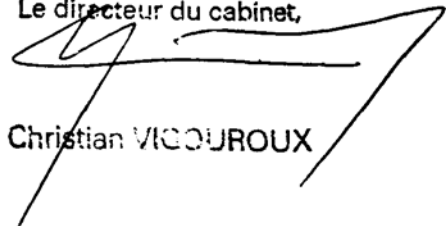
Afin de mener à bien cette étude, des travaux de type monographique pourraient mesurer le développement de la qualité et l'accessibilité au système de soins hospitaliers dans différentes régions. La mission d'évaluation devra également dresser le bilan du modèle actuel de péréquation et étudier les conséquences concrètes ainsi que les mesures nécessaires d'accompagnement des alternatives envisageables notamment au vu des recommandations de la Cour des Comptes, du Haut comité de la santé publique et de la conférence nationale de santé.

La mission devra donc :

- 1- procéder à l'audit de la méthode utilisée et formuler des recommandations d'évolution ;
- 2- analyser l'impact de la péréquation sur la conduite des politiques régionales d'allocation de ressources au regard des orientations prioritaires d'organisation des soins ;
- 3- formuler des propositions en vue d'améliorer la cohérence globale du dispositif d'allocation de ressources, notamment dans la perspective de l'expérimentation de la tarification à la pathologie.

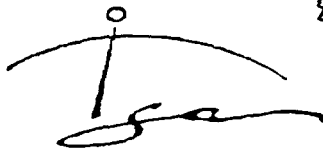
Les conclusions seront remises pour le 30 juin prochain, dans la perspective de la préparation de la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale.

Le directeur du cabinet,



Christian VICOUROUX

**ANNEXE N° 2 : Note du 22 mars 2001 : Lettre
aux ministres donnant la composition de la
mission.**



Inspection générale des affaires sociales

22 MARS 2001

Le Chef du Service

MCBG/DB/2000
Réf : 20000058

NOTE POUR

Madame la Ministre de l'emploi et de la solidarité

(A l'attention de Monsieur le directeur de cabinet)

et

Monsieur le Ministre délégué à la santé

(A l'attention de Monsieur le directeur de cabinet)

Objet : Evaluation de la politique de péréquation des dotations régionalisées de dépenses hospitalières.

J'ai l'honneur de vous informer que j'ai désigné, Messieurs le Docteur Henri BONAN, Jean Paul DARNIS Jean François CHADELAT, François SCHECHTER, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, pour effectuer la mission citée en objet.

Marie-Caroline BONNET-GALZY

COPIE : Monsieur le Directeur de la Direction de l'hospitalisation
Et de l'organisation des soins (DHOS)

**ANNEXE N° 3 : Note du 28 mars 2001 de la
DHOS décrivant la formule mathématique.**



Paris, le 28 mars 2001

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
F2/BC

Éléments de calcul relatifs à la méthode de péréquation des dotations régionalisées de dépenses hospitalières de 2001

La population hospitalisable de la région est calculée, distinctement pour la médecine, chirurgie et obstétrique et pour les soins de suite et de réadaptation, en pondérant chaque strate d'âge de la population régionale par le taux de fréquentation moyen national de cette strate. La population hospitalisable dans le secteur public de chaque région est obtenue en pondérant la population hospitalisable totale par la part de marché de l'hospitalisation financée par dotation globale, et en ajoutant les interruptions volontaires de grossesse et les séances de dialyse réalisées dans le secteur public.

$$\text{POPHMCO}(r) = \left(\sum_{\text{âge}(i)} \text{POP}(r)_i * \frac{\text{EntréesMCO}(N)_i}{\text{POP}(N)_i} \right) * \text{Part_du_public_MCO}(r) + \text{IVG}(r) + \text{Dialyse}(r)$$

$$\text{POPHSSR}(r) = \left(\sum_{\text{âge}(i)} \text{POP}(r)_i * \frac{\text{EntréesSSR}(N)_i}{\text{POP}(N)_i} \right) * \text{Part_du_public_SSR}(r)$$

$$\text{POPH}(r) = \text{POPHMCO}(r) + \text{POPHSSR}(r)$$

POPH(r) est la population « hospitalisable » en MCO et SSR dans les établissements financés par dotation globale de la région (r)

ISA(r) est la somme des points ISA de la région (r)

ICM(r) correspond à l'indice comparatif de mortalité de la région r

DMCO est la somme des dotations MCO

DHMCO est la somme des dotations hors MCO

On en déduit trois valeurs de référence.

$$\text{REF1} = \frac{\text{DHMCO}}{\sum_{\text{région } (r)} \text{POPH}_r}$$

$$\text{REF2} = \frac{\text{DMCO} * 0,5}{\sum_{\text{région } (r)} \text{POPH}_r}$$

$$\text{REF3} = \frac{\text{DMCO} * 0,5}{\sum_{\text{région } (r)} \text{ISA}_r}$$

La dotation de référence de chaque région est donc :

$$DR_r = DC_r / (1 + ERC)$$

Le taux de rattrapage prioritaire est le taux d'évolution qui permet à chaque région d'atteindre, durant la période fixée, le même niveau de sous-dotation que la région qui sert de référence.

$$TR_r = \sqrt[n]{DR_r / D_r} - 1$$

TR_r est le taux de rattrapage prioritaire de la région r

Le taux de première péréquation est différent pour les régions les plus défavorisées, qui bénéficient du rattrapage prioritaire, et pour les autres régions, qui convergent plus lentement vers la moyenne nationale.

Pour les régions les plus défavorisées : $TP_r = TR_r$

Pour les autres régions : $TP_r = TC_r$

TP_r est le taux de première péréquation de la région r

Est ensuite calculé l'apport théorique de péréquation par application du taux de première péréquation à la base de dépenses de chaque région.

$$ATP_r = D_r * TP_r$$

ATP_r est l'apport théorique de péréquation à la région r (ATP_r peut être négatif)

Une contribution d'équilibre est levée sur les régions autres que les plus défavorisées, pour garantir que la somme des apports de péréquation reste nulle. Il convient de noter que la région de référence ne verse pas de contribution d'équilibre.

$$CAE_r = D_r * TCAE$$

CAE_r est la contribution d'équilibre sur la base de la région r

$TCAE$ est le taux de contribution, constant pour toutes les régions considérées et fixé en sorte d'assurer une péréquation des bases régionales à somme nulle.

L'apport global de péréquation est ainsi calculé :

$$AGP_r = ATP_r + CAE_r$$

AGP_r est l'apport global de péréquation