

Les méthodes de péréquation régionale des dépenses de soins utilisées en France en 1997 : une présentation critique ¹

Pascale Breuil-Genier (Direction de la Sécurité Sociale)

Bureau Economie de la Santé, Direction de la Sécurité sociale

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1 place de Fontenoy, 75350 Paris 07 SP.

Tél : 01 40 56 79 11 / Fax : 01 40 56 70 48 / E-mail : DSS-BUR-ECONOMIE-SANTE@sante.gouv.fr.

Les ordonnances d'avril 1996 ont posé le principe d'une déclinaison régionale des enveloppes de dépenses de médecine ambulatoire et d'hospitalisation. La régionalisation des enveloppes financières entendue comme un moyen de réduction des inégalités géographiques a concerné en 1997 deux secteurs :

- La médecine de ville : les objectifs quantifiés nationaux s'imposant aux généralistes d'une part et aux spécialistes d'autre part, ont été déclinés au niveau régional suivant une méthodologie précisée dans les conventions médicales. Ces objectifs régionaux ne sont pas opposables, mais sont pris en compte pour la détermination des versements en cas de non-respect de l'objectif national (seuls les médecins exerçant dans des régions ayant dépassé leur OQR sont concernés par ces versements). La déclinaison des objectifs médecins est effectuée par la CNAMTS (Direction de la gestion du risque).
- Les hôpitaux du secteur public : suite à l'ordonnance du 24 avril 1996, une nouvelle méthode de régionalisation des dépenses hospitalières a été mise en place par la Direction des Hôpitaux.

En 1998, la régionalisation devait être étendue au secteur des cliniques privées dans le champ contractuel. Toutefois, pour 1998, la régionalisation dans ce secteur s'est limitée à isoler deux enveloppes de péréquation au niveau national, et à répartir ces enveloppes entre les régions en fonction de critères qu'il reste à définir mais qui resteront vraisemblablement plus liés à l'activité des régions ou à d'éventuelles opérations de restructuration qu'à la prise en compte des besoins de la population régionale. Ce processus de régionalisation envisagé de manière transitoire pour 1998 est assez différent de celui mis en place pour l'hospitalisation publique ou la médecine de ville, et ne sera pas évoqué ici.

Les méthodes de péréquation mises en oeuvre en 1997 pour la médecine de ville et l'hôpital public reposent sur une réduction progressive des écarts des consommations régionales à des consommations cibles, calculées à partir d'indicateurs de besoin par individu. A l'hôpital, l'allocation régionale des ressources tient aussi compte des productivités respectives des différentes régions (mesurées à partir des valeurs du point ISA).

Dans chaque cas, les principales étapes de la méthode sont les suivantes :

- ① **Estimation des besoins régionaux** à partir de critères démographiques (nombre d'individus corrigé en fonction des différences de recours selon l'âge).
- ② **Calcul de la demande moyenne adressée au secteur soumis à péréquation.**
- ③ **Calcul des objectifs cibles, en fonction des besoins et (pour l'hôpital) de la productivité de la région, et détermination des objectifs de l'année suivante à partir d'une règle de réduction partielle des écarts à la cible.**

¹ Cette communication reprend très largement une annexe au rapport du Haut Comité à la Santé publique sur le même thème, réalisée avec Ph. Crépon (CNAMTS), et V. Lucas-Gabrielli (CREDES). Elle s'appuie également sur des travaux réalisés au Bureau Economie de la Santé par J.-C. Abouchakra et P. Terral, que l'auteur souhaite remercier, ainsi que F. Savary de la CNAMTS, D. Herlicoviez et M. Mettendorff de la Direction des Hôpitaux pour leurs informations sur les méthodes de péréquation.

Ces similarités dans la démarche dissimulent en fait de nombreuses différences dans les choix opérés à chaque étape, qui peuvent avoir une forte incidence sur les résultats.

1. Les méthodes de péréquation actuelles

1.1. Estimation des besoins régionaux

Pour la médecine de ville comme pour l'hôpital, l'évaluation des « besoins » se base sur la population résidant dans la région. La prise en compte de la structure par âge permet de nuancer le critère du nombre d'habitants de la région en fonction de la morbidité. La pondération affectée aux différentes tranches d'âge correspond à une consommation nationale moyenne de soins, qui est ainsi érigée en norme. Dans les deux cas, la population de référence provient d'une estimation INSEE.

1.1.1. Le champ à utiliser pour évaluer les besoins et l'évaluation des flux de population

▪ Les dépenses entrant dans le champ des objectifs régionaux ne correspondent ni dans un cas ni dans l'autre tout-à-fait aux dépenses des résidents de la région. Pour la médecine de ville, les dépenses encadrées sont celles qui bénéficient aux **assurés** d'une région. Elles peuvent différer de celles des résidents d'une région, lorsqu'un assuré social est rattaché à une CPAM n'appartenant pas à sa région de résidence (ex. certaines personnes âgées en maison de retraite). Les dépenses prises en compte pour l'hôpital public correspondent elles aux dépenses encadrées des **établissements** installés dans la région. Si se baser sur les dépenses générées par les professionnels d'une région facilite l'acceptation d'objectifs régionaux opposables par ces derniers, ce choix a l'inconvénient de moins bien se prêter à l'application d'un principe d'allocation en fonction des besoins.

▪ La prise en compte des **flux de population** peut être envisagée aussi bien pour la médecine de ville que pour l'hôpital public. Pour la médecine de ville toutefois, elle peut ne pas être indispensable, car on peut souhaiter que chaque région puisse être autosuffisante pour les recours de proximité². Le problème pourrait être plus sensible si l'on descendait à un échelon territorial plus fin ou si la régionalisation devait s'effectuer spécialité par spécialité. La méthode de péréquation utilisée pour l'hôpital public a été modifiée en 1998 pour prendre en compte une partie des flux³.

1.1.2. La prise en compte de l'évolution de la population

▪ Un premier problème posé par la dimension temporelle de l'exercice de péréquation est la question de l'**actualisation des données utilisées**.

Sur l'exemple de l'hospitalisation publique, le CREDES souligne que le seul fait d'actualiser les populations régionales (passage des données du recensement de 1990 à une estimation de population Insee au 1/1/1995), les nombres moyens d'entrées en hospitalisation par âge (exploitation des enquêtes de morbidité 1990 et 1993 au lieu de celle de 1987), et les clés de répartitions entre hospitalisation publique et privée (des nombres d'entrées issus d'une enquête de 1995 remplaçant des données de 1980 et 1992) modifie fortement le diagnostic que l'on peut porter sur certaines régions. Par exemple, la Lorraine, qui était considérée comme sous-dotée (-3,9%) devient surdotée (+1,3%). A l'inverse, le Languedoc-Roussillon, qui était jugé surdoté (+6,5% par rapport à la dotation cible) devient sous-doté (-2,2%). Le CREDES souligne que ces évolutions résultent pour l'essentiel des évolutions démographiques (l'actualisation des données de

² La prise en compte des migrations touristiques, qui serait justifiée si les dépenses soumises à péréquation étaient celles générées par les professionnels d'une région, ne s'impose plus dès lors que les dépenses soumises à péréquation sont celles des assurés ou des habitants d'une région : ce n'est alors pas le lieu d'exécution de la dépense qui compte, mais l'origine régionale du patient.

³ La correction pour flux inter-régionaux n'a pas été effectuée au niveau des dépenses ou des besoins, mais a porté directement sur la cible : chaque dotation régionale cible déterminée en fonction des besoins et de la productivité a été augmentée de la moitié du solde des flux.

consommation médicale ayant un impact plus marginal) : de 1990 à 1995, l'évolution de la population du Languedoc-Roussillon a été de 5%, contre 2,4% pour la France entière.

- Au-delà de ce premier problème se pose celui de l'**anticipation des évolutions démographiques**. Si, pour la médecine de ville, le calcul de l'allocation régionale des dépenses tient compte de l'évolution prévisionnelle de la population de la région, ce n'est pas le cas pour l'hôpital public.

A première vue, anticiper ou non l'évolution de la population de la région peut sembler avoir une incidence limitée dans le long terme : on peut penser que l'effet d'une moindre évolution de la dépense régionale une année donnée due à l'absence de prise en compte de la croissance de la population sera compensé l'année suivante par le simple fait d'actualiser la population régionale. C'est ce qui se produit avec la méthode de péréquation utilisée pour l'hôpital public. A long terme, l'écart relatif entre dotation effective et dotation souhaitable est égal au taux d'évolution de la population.

En revanche, avec la méthode utilisée pour la médecine de ville, ne pas tenir compte de l'évolution prévisionnelle des populations régionales conduit à minorer *chaque année* l'évolution des régions qui se peuplent le plus, et à majorer celle des régions qui ont la démographie la moins vive. Ces différentiels d'évolution se cumulent donc d'une année sur l'autre. En effet, les corrections annuelles des enveloppes régionales s'appuient sur une comparaison de la consommation régionale par habitant observée et de la consommation souhaitée. Or la consommation régionale par habitant compatible avec le respect de l'objectif de dépenses régionale est faible dans les régions qui se développent (car le calcul de l'objectif est basé sur un nombre d'habitants sous-estimé) : la consommation par habitant visée pour l'année suivante restera donc d'autant plus faible que le processus de correction des inégalités est progressif. L'enveloppe allouée pour l'année suivante, produit d'une consommation unitaire faible avec un nombre d'habitants également trop faible est donc doublement sous-estimée⁴. A titre d'illustration, si l'on reprend la méthode de péréquation des dépenses médicales qui a été utilisée pour 1997, l'évolution prévue des honoraires des omnipraticiens du Limousin (la seule région qui se dépeuple) était de 1,84%. S'il n'avait pas été tenu compte de l'évolution de la population, l'objectif aurait été de 2,25%⁵. Inversement, en Pays de Loire, l'objectif d'évolution des honoraires d'omnipraticiens était de 2,81%. Ne pas tenir compte de la forte croissance de la population de cette région aurait conduit à retenir un taux de 2,48%. Au bout de 4 ans, s'il n'avait pas été tenu compte de projections démographiques, les objectifs de dépenses d'honoraires pour les généralistes du Limousin auraient été majorés de 2% et ceux des généralistes des Pays de Loire minorés de 1,5%.

1.1.3. La mesure des besoins par habitant

Le seul indicateur de besoin utilisé jusqu'à présent pour l'allocation régionale des ressources est l'âge. Cet indicateur présente le grand avantage d'être objectif et indépendant du système de soins (ce qui est une caractéristique souhaitable dans le long terme). Toutefois, une meilleure prise en compte de la morbidité pourrait être discutée.

⁴ Par exemple, si l'on suppose que la consommation souhaitable par habitant vaut 1, et que l'on étudie le cas d'une région comportant une population de 100 (consommant 100) qui croît de 1% par an à partir de la première année (à population nationale constante), la non-anticipation de l'évolution de la population se traduit de la manière suivante : la première année, la consommation par habitant est correctement estimée en rapportant les dépenses observées à la population. Elle vaut 1, soit la norme nationale. Aucune correction n'apparaît nécessaire, et l'enveloppe régionale fixée pour l'année suivante est de 1×100 , soit 100. En fait, la population réelle de l'année 1 est 101. Si les dépenses restent dans l'enveloppe (ou, ce qui revient au même, si les dépenses prises en compte pour la suite de la régionalisation sont les objectifs de dépenses de l'année précédente), la consommation réelle par habitant aura été de $100/101$, soit environ 0,9901. Il y a donc un écart relatif d'environ 1% ($1/101$ exactement) entre cette consommation par habitant et la consommation souhaitable. La deuxième année, 5% de cet écart va être réduit. Le nouvel écart relatif visé sera donc de $0,95/101$, soit une consommation par habitant visée de 0,9906. La dotation fixée s'en déduit par multiplication par la population (101), soit 100,05. La consommation par habitant réelle permise par cette dotation sera de $100,05/102$, soit 0,98... Cet exemple illustre que ce type de mécanisme se traduit par une diminution de la consommation par habitant compatible avec le respect de l'enveloppe dans les régions qui se peuplent. Cet effet subsiste tant que le taux de réduction des écarts relatifs de la consommation régionale par habitant à la consommation cible reste inférieur à 100%.

⁵ Simulations effectuées par la Direction de la Sécurité sociale (Bureau Economie de la Santé).

Pour la médecine de ville, la population est répartie en trois tranches d'âges (ceci étant susceptible d'évoluer à l'avenir) : 0-19, 20-59, supérieur ou égal à 60 ans. Les pondérations respectives affectées à ces tranches d'âge sont proportionnelles à leurs dépenses médicales moyennes observées au niveau national.

Pour l'hôpital public, le découpage par âge est plus fin (12 classes d'âge : < à 1 an, 1 à 4 ans, 5 à 14 ans, 15 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 59 ans, 60 à 64 ans, 65 à 74 ans, 75-84 ans, >85 ans). Les pondérations affectées à ces classes d'âges correspondent à un nombre moyen d'hospitalisations par individu. Cette pondération ne tient donc pas compte des coûts des séjours mais simplement de leur nombre. Ce faisant, elle ne corrige qu'imparfaitement l'allocation en fonction des besoins si le coût moyen par séjour est très variable d'une tranche d'âge à l'autre⁶.

Selon ces calculs, le Nord-Pas-de Calais aurait des besoins par habitant inférieurs de 5% à la moyenne nationale pour la médecine de ville, et de 4% pour l'hospitalisation. En effet, cette région est jeune (17,7% de plus de 60 ans contre 20% en moyenne nationale) et sa surmortalité à âge donné n'est pas prise en compte par l'indicateur de besoins utilisé ici. A l'inverse, le Limousin (28,6% de personnes âgées) a des besoins par habitant supérieurs de 12% à la moyenne nationale pour la médecine de ville, et de 10% pour l'hospitalisation. En général toutefois, les corrections appliquées pour tenir compte des besoins sont de l'ordre de 4%, et restent donc relativement faibles.

Si l'on compare les besoins par habitant pour la médecine de ville et pour l'hospitalisation, on trouve qu'ils sont très corrélés (coefficient de corrélation de 0,99 estimé sur les 22 régions), et très corrélés également à la part des plus de 60 ans dans la population (corrélations de 0,99 et 0,98 respectivement). Cela confirme que ces indicateurs reflètent essentiellement la structure par âge de la population.

1.2. Calcul de la demande adressée au secteur soumis à péréquation

Les besoins précédemment calculés sont ensuite ventilés entre besoins adressés au secteur soumis à péréquation et besoins satisfaits par des activités de soins substituables.

- Pour la médecine de ville, les hypothèses de substitution retenues peuvent surprendre. En effet, d'un côté la péréquation vise à normer au niveau de la moyenne nationale le rapport entre l'activité des généralistes et celle des spécialistes, mais de l'autre côté il est tenu compte de la spécificité de chaque région pour la part des dépenses ambulatoires effectuées en libéral (ce dernier choix pouvant s'expliquer par le fait que l'allocation des ressources dévolues à la médecine salariée ou aux consultations externes étant hors champ de la péréquation des dépenses médicales, il n'aurait pas été possible de normer l'importance du secteur libéral sans pouvoir agir sur son pendant non libéral)⁷.

Le choix de normer la répartition entre dépenses d'omnipraticiens et de spécialistes a pour conséquence d'imposer dans 10 régions des ajustements en sens opposé de ces deux dépenses⁸. Par ailleurs, les travaux menés à la Direction de la Sécurité sociale ont montré qu'il conduit en général à diminuer les dépenses régionales d'omnipraticiens ou de spécialistes dans les régions dans lesquelles ces médecins sont les plus nombreux et leurs honoraires moyens plus faibles⁹ :

⁶ Toutefois, cette approche, outre sa simplicité, a l'avantage d'être cohérente avec la méthode de calcul des parts du marché du public et du privé, qui se base elle aussi sur des nombres d'entrées.

⁷ La part de la médecine libérale dans l'ensemble de la médecine ambulatoire est calculée à partir de « contacts ». Ont été comptabilisés en 1997 comme « contacts » avec la médecine ambulatoire les actes suivants : actes en C, CS, CPSY, actes techniques, consultations externes à l'hôpital et urgences sans hospitalisation. Le calcul de la part du secteur libéral ne tient donc pas compte du coût moyen des recours. A l'avenir, la mesure des possibilités de substitution entre médecine libérale et non libérale pourrait être modifiée (notamment les possibilités de substitution prises en compte pourraient être différentes pour les généralistes et les spécialistes).

⁸ Si l'on compare les dépenses régionales actuelles rapportées aux besoins aux dépenses médianes cibles (calculées en tenant compte des possibilités de substitution avec la médecine non libérale).

⁹ Les régions caractérisées à la fois par des dépenses de généralistes trop élevées, une densité de généralistes forte, et des honoraires inférieurs à la médiane pour ces médecins sont les suivantes : Aquitaine, Corse, Languedoc Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais, PACA. Pour les spécialistes, les régions qui sont dans une situation analogue sont : Aquitaine, Corse, Ile-de-France, Languedoc Roussillon, Midi-Pyrénées, PACA, Rhône Alpes.

- L'effort porte ainsi sur les praticiens qui ont déjà en moyenne les revenus les plus bas.
- Les régions apparaissant sur-dotées étant de manière assez logique celles dans lesquelles la densité médicale est la plus importante, on peut douter de la capacité d'un mécanisme d'enveloppe à rationaliser l'offre régionale. Il faudrait pour ce que la contrainte imposée par les OQR incite les médecins à changer de région.

A contrario, le mécanisme de péréquation conduit en général à augmenter les dotations des médecins dont les honoraires sont les plus élevés¹⁰.

Toutefois, que l'on procède à une péréquation séparée ou globale des dépenses médicales, les évolutions souhaitables des dépenses médicales régionales *totales* sont très proches. Cependant, alors qu'une régionalisation séparée conduit à faire évoluer de manière opposée les dotations régionales des omnipraticiens et des spécialistes dans une dizaine de régions, une régionalisation globale impose une évolution identique à ces deux enveloppes. Pour une dizaine de régions donc, une péréquation séparée conduit à faire évoluer une des deux enveloppes (généraliste ou spécialiste) dans le sens opposé à l'évolution souhaitable des dépenses médicales totales.

Ainsi, en Ile-de-France et en Bretagne, une déclinaison séparée se traduit par une augmentation de l'enveloppe omnipraticiens, alors qu'une régionalisation globale conduit à diminuer cette enveloppe. La situation inverse se présente en Poitou-Charentes. Pour les spécialistes, des situations analogues sont obtenues respectivement pour la Picardie, le Nord, la Bretagne, le Limousin (augmentation non justifiée des objectifs dans une régionalisation séparée), et pour les régions Rhône-Alpes, Alsace, Centre et Bourgogne (baisse non justifiée des objectifs dans une régionalisation séparée)¹¹.

- Pour l'hospitalisation publique. Le secteur public regroupe l'ensemble des établissements sous compétence tarifaire de l'Etat. Il inclut donc, outre les hôpitaux publics, les hôpitaux privés participant au service public hospitalier ainsi que les établissements privés soumis à tarification préfectorale. La part du secteur public est actuellement calculée au prorata des entrées en hospitalisation complète, ce qui conduit au niveau national à une part du public de 62%, alors que les dépenses d'assurance-maladie pour l'hôpital public représentent environ 86% des dépenses d'hospitalisation encadrées du public et du privé¹². Cette différence en valeur absolue n'est pas en soi un problème, dans la mesure où la péréquation fait dépendre la dotation publique d'une région du rapport entre la part du public dans cette région et la part du public en métropole. Mais, en comparaison avec un calcul basé sur des dépenses, un calcul basé sur des nombres d'entrées amplifie assez fortement les corrections à appliquer pour tenir compte des parts de marché respectives des deux secteurs. Pour la Corse par exemple, les travaux de la Direction de la Sécurité sociale montrent que la correction appliquée pour tenir compte de la part du secteur public est de -7% dans le premier cas, et de -33% dans le second. Aussi, bien que les dépenses d'hospitalisation publique par habitant soient plutôt élevées en Alsace et en Lorraine, une péréquation effectuée sur les seules dépenses publiques à partir d'un critère de besoin conduit à augmenter les dotations publiques de ces deux régions. L'inverse est vrai pour l'Aquitaine, le Midi-Pyrénées et la Corse. En revanche, une péréquation globale des dépenses d'assurance-maladie du secteur public et des cliniques conventionnées CRAM conduit à diminuer les dépenses d'hospitalisation totales en Alsace et en Lorraine, et à les augmenter dans le Midi-Pyrénées, l'Aquitaine et la Corse. Ainsi, la méthode de péréquation actuellement retenue conduit, pour cinq régions au

¹⁰ Les régions caractérisées à la fois par des dépenses de généralistes trop basses, une densité de généralistes faible, et des honoraires supérieurs à la médiane pour ces médecins sont les suivantes : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Pays de Loire. Pour les spécialistes, les régions concernées sont l'Auvergne, la Basse Normandie, Champagne Ardennes, la Haute Normandie, le Nord Pas de Calais, la Picardie et les Pays de Loire.

¹¹ Pour cette analyse, la cible a été définie comme la médiane des consommations régionales, avant correction visant à assurer que la somme des OQR est égale à l'OQN (cf. § 1.3). Cette cible tient compte des possibilités de substitution entre médecine libérale et salariée.

¹² Par ailleurs, il semblerait que ce nombre d'entrées soit calculé sur un champ différent du nombre d'entrées utilisé pour le calcul des besoins par âge. Il serait également issu d'une autre source de données.

moins, à faire évoluer leurs dépenses d'hospitalisation publique dans le sens inverse de celui qui pourrait apparaître souhaitable.

1.3. Calcul des objectifs cibles en fonction des besoins et (pour l'hôpital) de la productivité de la région

▪ Hôpital public

▫ 2 critères

La péréquation régionale des dépenses encadrées des établissements sous compétence tarifaire de l'Etat tient en fait compte de deux critères : celui de la dépense rapportée à la demande adressée au secteur, et celui de la productivité. Pour des raisons de disponibilité de données, les critères de péréquation utilisés en 1997 n'ont pas été identiques pour le court séjour (MCO) et les autres activités : la productivité n'a été prise en compte que dans le premier cas.

▫ Calcul de la cible

Les cibles sont différentes pour les budgets régionaux MCO et les budgets régionaux hors MCO. Pour les budgets hors MCO, les cibles régionales $BCHMCO_i$ sont égales au produit de la population hospitalisable régionale dans le secteur public $POPHP_i$ par la dépense unitaire moyenne observée au niveau national, $BHMCO_n / POPHP_n$:

$$BCHMCO_i = POPHP_i \times (BHMCO_n / POPHP_n)$$

Pour les budgets MCO, le budget cible $BCMCO_i$ est obtenu comme la somme de deux demi-budgets :

- un demi-budget calculé à partir de l'indicateur de population hospitalisable $POPHP_i$ et de la dépense unitaire nationale

$$BCMCOAF_i = 0,5 \times POPHP_i \times (BMCO_n / POPHP_n).$$

- un demi-budget calculé à partir de la production régionale en nombre de points ISA, ISA_i , valorisée à l'aide de la valeur moyenne nationale du point ISA ($BMCO_n / ISAn$)

$$BMCOPMSI_i = 0,5 \times ISA_i \times (BMCO_n / ISAn)^{13}$$

Le budget cible total BC_i se calcule comme la somme des trois budgets précédents ($BCHMCO_i$, $BCMCOAF_i$, $BMCOPMSI_i$).

L'observation de ces formules montre que le mécanisme de péréquation ne tient compte que des bases budgétaires nationales ($BMCO_n$ et $BHMCO_n$), et non des bases budgétaires régionales. Au total, la péréquation repose pour 70% sur le critère de besoins et pour 30% sur le critère de productivité.

▪ Médecine de ville

A l'inverse du mécanisme utilisé pour l'hôpital, qui ne fait pas intervenir les consommations régionales par habitant, le mécanisme utilisé pour la médecine de ville fait jouer un rôle central à ces dernières. La consommation par habitant cible retenue par la CNAMTS est la médiane des consommations régionales moyennes par habitant. Le choix de la médiane, contrairement à celui de la moyenne, n'assure pas qu'en multipliant la consommation cible par habitant par le nombre d'habitants on obtienne l'enveloppe de dépenses nationale. Pour retomber sur cette enveloppe, il est alors nécessaire d'introduire des coefficients correctifs dans le calcul des objectifs régionaux de l'année. Ces corrections rapprochent de

¹³ Ce calcul favorise les régions productives c'est-à-dire les régions dans lesquelles la valeur moyenne du point ISA est le plus faible. En effet, si l'on note P_i et P_n les valeurs moyennes des points ISA au niveau régional et national, on a : $BMCOPMSI_i = 0,5 \times BMCO_i \times P_n / P_i$ car $ISA_i = BMCO_i / P_i$.

fait la consommation par habitant cible de la consommation par habitant moyenne. Si bien que, tant que l'enveloppe nationale n'est pas définie à partir d'une norme de consommation par habitant, retenir la médiane comme cible de consommation par habitant conduit essentiellement à compliquer les calculs (la valeur de la cible après application des coefficients correctifs étant inévitablement proche de la moyenne).

1.3.1. Détermination des objectifs de l'année suivante à partir d'une règle de réduction partielle des écarts à la cible

Les règles adoptées pour déterminer le chemin de convergence annuel vers la cible diffèrent pour l'hôpital public (évolutions identiques - à cible inchangée - pendant toute la durée de la péréquation pour une même région) et pour la médecine de ville (l'écart relatif de la consommation *par habitant* à la consommation par habitant cible est réduit chaque année d'un taux négocié avec les professions de santé¹⁴). Ces mécanismes de convergence sont présentés plus en détail et discutés dans une annexe au rapport 1997 du Haut Comité à la Santé Publique.

2. Perspectives d'évolution et discussion

Les méthodes de péréquation qui ont été employées en 1997 ne sont pas exemptes de critiques. Elles peuvent certes être améliorées à la marge (harmonisation et actualisation des données, anticipation des évolutions démographiques¹⁵, modification des règles de convergence...) ou de manière plus notable (par ex., changement du mode de calcul des parts de marché pour l'hôpital public et pour la médecine de ville)¹⁶. Les principes mêmes qui sous-tendent ces méthodes pourraient être revus :

- En amont de la question des mécanismes se pose celle de la pertinence d'une allocation suivant les besoins. Cette question se pose surtout pour certains secteurs, comme celui des cliniques privées sous objectif quantifié national. En effet, il peut sembler de prime abord plus logique de laisser jouer les forces du marché pour décider de la répartition régionale des dépenses d'hospitalisation privée (tout en sachant que ces dépenses étant largement socialisées, il est normal qu'elles fassent l'objet d'une régulation au niveau national). Le principal argument en faveur de la prise en compte des besoins pour la régulation des dépenses d'hospitalisation privée est celui de la cohérence avec ce qui est fait pour le secteur public. Mettre en avant cet argument implique que l'on considère que l'objectif recherché est d'assurer la même consommation hospitalière totale (publique + privée) à besoin égal. Cet objectif peut être discuté. En effet, le rôle des pouvoirs publics ou des caisses ne pourrait-il pas être plutôt d'assurer l'égalité d'accès au service hospitalier *public* ?
- Les objectifs régionaux doivent-ils être définis en valeur ou en volume et en prix ? Ce problème se pose en particulier pour les cliniques, dont les tarifs peuvent être très variables. En effet, la recherche d'une plus grande équité dans la consommation de soins devrait, dans l'idéal, revêtir deux formes :
 - à besoin égal, consommation en volume égale,
 - à prestation égale, prix identique (pour le patient et l'assurance-maladie).

Un objectif défini en valeur peut permettre d'assurer une convergence des dépenses moyennes par unité de « besoin », mais ne garantit pas que des dépenses moyennes identiques correspondent à

¹⁴ En fait, pour 1998, les parties conventionnelles ont décidé de marquer une pause dans le processus de régionalisation. Les objectifs régionaux 1998 ont donc été calculés par application d'un taux d'évolution uniforme aux objectifs régionaux 1997, sauf pour les régions pour lesquelles l'application de ce taux aurait conduit à un objectif 1998 inférieur aux réalisations 1997.

¹⁵ Celle-ci peut être considérée comme souhaitable dès lors que les incertitudes liées à la prévision sont inférieures aux erreurs liées à la non-actualisation. Ceci est probablement vérifié pour des projections à un an, les évolutions démographiques étant des tendances lourdes. A plus long terme, la difficulté de prévoir les flux inter-régionaux pourrait limiter les possibilités d'anticipation des évolutions démographiques.

¹⁶ Ces modifications font l'objet d'un exposé plus complet en annexe du rapport du Haut Comité à la Santé Publique.

des prix et des volumes identiques. Or, dans la logique d'une allocation régionale des ressources fondée sur les besoins de santé, le principal objectif serait l'égalité des volumes de soins à besoin égal. Ne peut-on alors envisager - en théorie tout du moins - de fixer des objectifs en volume, et de compléter le mécanisme de régulation basé sur ces objectifs par un mécanisme de convergence des prix ? La nécessité de réguler non seulement les dépenses mais également leur décomposition en volume et prix est une des justifications de l'introduction de l'indicateur de productivité dans le mécanisme de péréquation des dépenses hospitalières : en effet, avant d'augmenter la dotation d'une région dont les dépenses apparaissent faibles au regard des besoins, il est préférable de s'assurer que la dotation actuelle de cette région ne lui permettrait pas de produire plus de soins (par le biais d'une augmentation de sa productivité).

2.1. Logique sectorielle ou régionale ?

Une des principales questions soulevées par les méthodes actuelles reste celle de la cohérence entre des approches sectorielles (pour la définition des objectifs nationaux) et régionale. Notamment, faut-il chercher à rapprocher la répartition par profession des dépenses régionales de sa structure nationale ? De fait, les écarts à la cible définis à partir des méthodes de péréquation actuelles traduisent plus des différences entre régions en matière de répartition sectorielle des dépenses que des écarts de dépenses totales en fonction des besoins (Cf. contribution de V. Lucas-Gabrielli et D. Polton et, dans le présent texte, le paragraphe sur le calcul de la demande adressée au secteur soumis à péréquation). Il apparaît cependant dangereux d'avoir une action volontariste pour rapprocher les structures régionales de dépenses de la structure nationale, alors que rien ne garantit que cette dernière soit optimale. Une approche que l'on appellera « sectorielle stricte » consistant à viser dans chaque région la répartition des dépenses observée au niveau national ne semble donc pas à ce jour pouvoir être défendue. C'est ce type d'approche qui a pourtant été employée pour la répartition des dépenses entre généralistes et spécialistes, avec la conséquence, que l'on a vue plus haut, de faire évoluer en sens inverse ces dépenses dans une dizaine de régions sur 22. Une seconde approche, dite « approche sectorielle avec fongibilité » maintient des objectifs sectoriels mais tient compte pour le calcul des objectifs régionaux d'un secteur de l'activité des autres secteurs. Si l'on se restreint au champ de l'hospitalisation, cette méthode correspond à celle qui a été mise en oeuvre pour l'hospitalisation publique (les dépenses régionales d'hospitalisation publique se déduisant des besoins d'hospitalisation totaux par prise en compte de la part de marché régionale du secteur public). Toutefois, la logique de la régionalisation plaiderait plutôt pour une approche globale, récusant le principe d'enveloppes régionales sectorielles : la répartition des soins peut rester différente d'une région à l'autre, tant que les dépenses totales sont comparables.

Plusieurs conditions souhaitables pour un éventuel passage à une régionalisation globale ne sont cependant pas vérifiées :

- Les dépenses soumises à péréquation ne sont pas comparables d'un secteur à l'autre. Pour l'instant, sont régionalisées : les dépenses médicales présentées au remboursement (remboursement + ticket modérateur), les dépenses encadrées des hôpitaux publics (dépenses financées par dotation globale + dépenses financées par le ticket modérateur, le forfait journalier...), et à compter de 1998, les dépenses remboursées des cliniques privées dans le champ de l'OQN (dont sont exclus par exemple les honoraires des médecins alors que la rémunération de ces derniers est financée par la dotation globale dans les hôpitaux publics)... Ces choix ne sont pas arbitraires, mais cohérents avec les instruments de régulation mis en place dans ces trois secteurs.
- Pour l'instant, les indicateurs de besoins utilisés pour la régionalisation des dépenses médicales et des dépenses hospitalières sont différents. Or, dans une approche globale, il est sans doute souhaitable de disposer d'indicateurs de besoins validés qui permettent de répartir l'enveloppe de dépenses totale entre les différentes régions. Ce pourrait ne pas être trop délicat dans la mesure où les indicateurs de besoins utilisés pour la régionalisation des dépenses médicales et pour celle des dépenses hospitalières ont des valeurs très proches.

- Il apparaît nécessaire de réfléchir au rôle des contraintes macro-économiques actuellement imposées à chacun des secteurs (enveloppes de dépenses, objectifs quantifiés...). En effet, le maintien de ces contraintes conduirait à décliner les objectifs régionaux globaux par secteur (à titre indicatif au moins), et semble contraire à la logique d'une régionalisation globale.
- Dans quelle mesure peut-on rendre des objectifs régionaux de dépenses totales opposables ? Les professions de santé qui modéreront leur activité accepteront-elles de devoir être solidaires avec celles dont les dépenses croissent de manière rapide ?

Pour toutes ces raisons¹⁷, le passage à une régulation globale des dépenses régionales semble délicat. Toutefois, il est intéressant de remarquer qu'une régionalisation globale suivie d'une déclinaison des dépenses par secteur au prorata de leurs dépenses dans la région conduit aux mêmes cibles qu'une régionalisation sectorielle avec fongibilité. Aussi, si l'on se limite au champ de l'hospitalisation - et si l'on utilise des parts de marché en dépenses - les cibles calculées avec la méthode actuelle seraient identiques à celles résultant d'une régionalisation globale des dépenses d'hospitalisation. Ceci suggère qu'à défaut de pouvoir mettre en oeuvre un mécanisme de régulation régional des dépenses, on peut obtenir des résultats proches en conservant une approche sectorielle à condition de tenir compte de la répartition sectorielle des dépenses dans chaque région.

2.2. Accorder la primauté aux résultats sur les mécanismes

L'analyse des méthodes de péréquation menée ci-dessus a montré la sensibilité des résultats de ces méthodes à des choix en apparence techniques. Les résultats reflètent en premier lieu les hypothèses de substitution entre secteurs qui ont été retenues. Ils sont également très sensibles au choix des données utilisées (démographiques notamment) ou aux indicateurs retenus (pour mesurer la part de marché, ou éventuellement, point qui n'a pas été évoqué ici, la morbidité). Au total, et c'est une des conclusions du rapport du Haut Comité à la Santé Publique, il n'existe pas de méthode idéale ou consensuelle.

Face à ce constat, la stratégie pourrait être de moins mettre l'accent sur une (impossible) validation interne des méthodes de calcul des dotations régionales, que sur une possible validation externe :

- Les montants des redistributions entre régions pouvant toujours être critiqués, il apparaîtrait intéressant d'être en mesure de montrer qu'au moins, la répartition des régions entre bénéficiaires et contributrices est moins sensible aux choix techniques. On pourrait pour ce essayer de disposer pour chaque région d'une batterie d'indicateurs de besoins de soins ou de santé (qui aillent donc au-delà de l'indicateur unique de besoin pris en compte dans les méthodes de péréquation actuelles), afin de justifier le traitement réservé à chaque région par la péréquation¹⁸. Bien sûr, tous ces indicateurs ne conduiront pas au même diagnostic. Le diagnostic final dépendra alors du poids que l'on souhaitera accorder à chacun d'entre eux. Il sera sans doute plus riche que celui découlant de la seule analyse des indicateurs introduits en nombre limité dans la péréquation.
- Au-delà de la question du « combien » et même de celle du « pour qui » se pose la question du « pour quoi » : les majorations d'objectifs de dépenses accordées à certaines régions ayant pour but de leur permettre de mieux répondre aux besoins de leur population, il apparaît important avant même de s'interroger sur le montant ou les bénéficiaires de ces majorations, de s'assurer que ces moyens supplémentaires contribuent bien à une meilleure prise en charge des besoins (et non uniquement par exemple à une augmentation des prix sans contrepartie). La circulaire de la Direction des Hôpitaux notifiant les dotations régionales d'hospitalisation publique pour 1998 contient des dispositions allant dans ce sens. Elle stipule que « les crédits supplémentaires qui résultent de l'effort de correction des

¹⁷ Comme pour des problèmes statistiques : on ne dispose pas actuellement de données régionales tous régimes tous secteurs confondus.

¹⁸ Il suffirait dans cette optique de répartir les régions en trois groupes (celles qui sont sur-dotées, celles qui sont sous-dotées, celles qui sont dans la norme), et d'affecter un montant supplémentaire dédié aux besoins identique au sein de chacun de ces groupes, plutôt que de chercher à calculer avec précision le montant de la redistribution pour chaque région.

inégalités entre régions sont fléchés et doivent être intégralement employés à l'amélioration de la prise en charge de la population de la région, sur la base des priorités de santé publique ». Les directeurs des Agences régionales de l'Hospitalisation devront « rendre compte à la Direction des hôpitaux ainsi qu'à la commission exécutive et à la conférence régionale de santé de l'emploi de ces crédits et des résultats escomptés ». On pourrait ajouter qu'il est non seulement nécessaire que ces crédits soient ciblés sur les problèmes de santé les plus sensibles, mais qu'il serait par ailleurs souhaitable qu'ils bénéficient au sein de la région aux zones dont les besoins sont les plus importants : en effet, de nombreuses études soulignent que les inégalités infra-régionales sont plus importantes que les inégalités entre régions.