

## **Portée et limites d'un critère de péréquation des dotations sanitaires régionales pour les hopitaux**

**A. Charraud, M. Joubert**

*SESI - Tél. 01.44.36.91.26. - Email : SESI-OSS1@sante.gouv.fr*

### **1. Introduction : à chacun selon ses besoins, un objectif inaccessible ?**

Le problème posé par la péréquation des dépenses hospitalières est de répartir les dotations sanitaires entre les régions de façon plus juste.

Mais, qu'entend-on par juste ? Deux réponses au moins sont possibles :

- ❶ On répartit les dépenses en tenant compte de la productivité des établissements, c'est à dire en restreignant les dotations des établissements les plus chers au profit des autres.
- ❷ On répartit les dépenses en tenant compte des besoins de santé réels de la population, c'est à dire en restreignant les dépenses dans les « zones » réputées en bon état de santé au profit de celles où l'état de santé apparaît moins bon.

Chacune de ces « réponses » engendre un autre problème qui est de trouver les bonnes sources statistiques et le bon indicateur de mesure de la productivité ou du besoin de santé.

Nous ne reviendrons pas ici sur l'indicateur retenu pour mesurer la productivité - la valeur du point isa régionale. Bien que recueillant un assez large consensus, cet indicateur pourrait toutefois faire l'objet d'un questionnement particulier, notamment, sur le regroupement en GHM, sur la façon de valoriser les diverses activités hospitalières (mauvaise prise en compte de certaines pathologies et activités, tels que cancer et anesthésie-réanimation), sur l'incomplétude du champ (comment valoriser l'enseignement-recherche, les consultations externes, etc...), sur les modifications entraînées par la mise en place du PMSI privé.

Le présent article se centrera donc sur des éléments de réponse à la seconde question.

Dans l'idéal, tenir compte des besoins de santé se traduit par « à chacun selon ses besoins ». On définit là un principe d'équité, mais qui est pratiquement un objectif inaccessible à l'heure actuelle<sup>1</sup>.

En effet, le besoin de santé dépend des facteurs suivants :

- *L'accessibilité aux soins* (emploi, revenu, couverture sociale, accessibilité géographique...). Les inégalités socio-culturelles entraînent une plus ou moins bonne connaissance de l'état de santé, et des pratiques plus ou moins préventives, dont le lien avec les inégalités précédentes est difficile à établir. De même, le revenu, la couverture sociale, la précarité conditionnent également l'accès aux soins - mais, là aussi tout reste à faire - en matière de lien avec l'hospitalisation.
- *La morbidité générale de la population*. Mais il faudrait ensuite identifier dans cette morbidité générale celle qui donne certainement lieu à l'hospitalisation, par exemple les Affections de Longue Durée. De plus, on ne dispose pas de sources nationales couvrant l'ensemble du champ.

---

<sup>1</sup> Voir le Rapport du Haut Comité de Santé publique (références en fin d'article).

Enfin, l'équité ne consiste pas seulement à distribuer en fonction du seul besoin de santé, son objectif est plutôt de distribuer de la santé, et donc de s'assurer que l'argent réparti sert effectivement à améliorer l'état de santé de la population.

### **1.1. Un objectif intermédiaire : à chacun autant à âge donné**

Face à ces problèmes de mesure, la péréquation des dotations sanitaires retenue par le ministère substitue à ce principe d'équité un principe « intermédiaire » d'égalité : à chacun autant, à âge donné. L'âge est utilisé ici comme marqueur du besoin de santé.

Pratiquement, on mesure le taux de fréquentation hospitalier par âge, au niveau national. Puis, on se contente d'égaliser les niveaux de fréquentation régionaux par classe d'âge avec ceux des mêmes classes d'âge, au niveau national. Il s'agit donc bien d'un principe d'égalité. Pour autant, cette méthode n'est pas exempte de critiques mettant en valeur les limites d'un tel exercice.

Nous reviendrons tout d'abord sur les limites externes de cet exercice. Puis nous analyserons les limites internes, pour, le cas échéant, proposer des améliorations. En conclusion, nous fournirons quelques informations sur la validité, la stabilité et la fiabilité de la méthode elle-même, et sur la meilleure façon de l'utiliser.

### **1.2. Les limites externes de l'exercice**

Une telle méthode de péréquation basée sur la fréquentation hospitalière par âge ne tient pas compte, par définition, des inégalités régionales d'accès aux soins, des inégalités régionales de santé, ni des inégalités sociales (pauvreté, précarité) mentionnées plus haut. La péréquation donne autant de droit d'accès à des pauvres qui vont plus à l'hôpital qu'à des riches qui y vont moins car ils ont des solutions alternatives pour préserver ou améliorer leur santé.

Autre limite, le niveau national est pris ici comme norme. Ce faisant on détermine une cible de consommation qui peut être trop faible ou trop élevée au regard du besoin de santé de la population. Ce type de péréquation ne modifie pas le niveau de consommation moyen.

Enfin, cette méthode considère comme intangibles les parts de marché public-privé. Et, au contraire, elle ne tient pas compte des parts de marché ville-hôpital qui peuvent différer d'une région à l'autre.

Prendre en compte ces limites, reviendrait à changer complètement de méthode de péréquation, ce que nous ne faisons pas ici, tout au moins pas d'entrée de jeu. On pourrait ainsi inclure dans le champ de la péréquation les cliniques privées, comme l'a fait Pascale Génier<sup>2</sup>, ou encore s'intéresser à l'ensemble médecine de ville et hôpital, comme l'a fait Dominique Polton<sup>3</sup>.

### **1.3. Les limites internes et les améliorations possibles**

Nous nous bornerons ici à examiner les limites internes de notre exercice, à savoir :

- robustesse de la péréquation par rapport aux évolutions démographiques,
- effet de la prise en compte des divers champs (MCO, soins de suites, Psy),
- mouvements des patients entre les régions.

A la lumière des résultats obtenus par des variantes au modèle principal, nous proposerons en conclusion, une série d'améliorations possibles de celui-ci, dont certaines nécessitent la mobilisation de nouvelles sources de données sur l'activité médicale (PMSI public+privé sur le MCO, sur les soins de suites et la Psy).

---

<sup>2</sup> Voir références en fin d'article

<sup>3</sup> Voir références en fin d'article

L'ensemble des simulations présentées portent sur la péréquation des dotations sanitaires publiques pour un montant de 247 milliards de francs : 143 milliards de francs pour les soins de courte durée, 104 milliards de francs pour les soins de suites et la psychiatrie (données de 1997, source Direction des Hôpitaux).

Ces simulations représentent les écarts séparant les dotations régionales actuelles de la cible, sous l'hypothèse d'une dotation nationale constante dans le temps.

De plus, la période de convergence de 17 années, choix effectué en 1997 par le gouvernement, n'est pas prise en compte, puisque l'on compare directement la dotation actuelle à la dotation cible en faisant abstraction de cet écart de temps (donc, pas de chemin 1ère année, 2ème année, etc...).

## 2. Méthode de calcul

La méthode de péréquation est basée sur une correction sur les « prix », c'est le rôle du critère pmsi, et sur une correction sur les « volumes », c'est le rôle de la population hospitalisable. Sur les soins de courte durée, 50 % de la dotation est distribuée en fonction d'un calcul de coût régional du point isa, obtenu en rapportant la dotation régionale au nombre de points isa produits dans la région. Les 50% autres sont distribués proportionnellement à la population hospitalisable publique. Sur les autres soins, l'ensemble de la dotation est distribuée en fonction de la population hospitalisable publique (pas de critère de correction sur les prix).

On n'analysera pas ici la part de dotation théorique calculée à partir du coût unitaire du point isa. On se contentera de remarquer qu'en l'absence d'un calcul de coût à la pathologie, ou au GHM, on ne peut établir de formule associant directement les effets volume et prix.

La formule de la population hospitalisable du secteur public peut être décomposée en 2 blocs: le premier permet de calculer les effectifs régionaux tous secteurs confondus - la population hospitalisable - ; le deuxième permet de restreindre ces effectifs au champ strict de la péréquation, c'est à dire les établissements publics, en calculant leur part de marché.

Construite sur la démographie régionale, la population hospitalisable assure un traitement des régions équitable par rapport à l'âge. Les régions sont traitées de façon égalitaire dans la mesure où la population hospitalisable est construite sur le niveau de fréquentation hospitalier national toutes causes confondues. (on considère que chaque région doit avoir le même niveau de fréquentation que le niveau de fréquentation moyen national). Cependant, une limite très importante de la méthode est que toutes les causes de fréquentation sont additionnées, ce qui revient à considérer comme égale une entrée pour cataracte et une entrée pour polytraumatisme. On pourrait donc imaginer de tenir compte du degré de gravité des séjours, par leur poids en points ISA dans le total (cette option nécessite de disposer du PMSI public+privé), ce qui permettrait de calculer un véritable effet volume.

Les parts de marché sont calculées en entrées, et pas en dépenses. Elles sont considérées comme intangibles : la péréquation ne doit pas modifier les parts de marché. Comme elles sont bâties sur l'addition des entrées publiques et privées, elles assurent un traitement égalitaire des 2 secteurs de tarification : une entrée dans le public est équivalente à une entrée dans le privé, alors que dans la réalité le secteur public n'assure pas les mêmes types de soins que le secteur privé (urgences notamment, mais aussi nature de la prise en charge). Des travaux ultérieurs pourraient permettre de répartir une ou plusieurs sous-enveloppes (par exemple les urgences). Ceci n'a pas été fait dans le cadre de cet exercice, en partie parce qu'on ne dispose pas des sources suffisantes.

Finalement, la formule de la population hospitalisable, ainsi caractérisée, est la suivante :

Pour une région R et une tranche d'âge i :

$$\text{POP HOSP PUB}(R) = \frac{\text{ENTR PUBLIC}(R) \times \sum_i \text{POP}(R,i) \times \text{FREQ NAT}(i)}{\text{ENTR TOTAL}(R)}$$

### 2.1. Utiliser les sources les plus actuelles possibles

Pour les simulations présentées, on a voulu utiliser les sources les plus actuelles possibles, de manière à traduire fidèlement les effets de la démographie, du partage public-privé, et de la fréquentation à l'hôpital, car cela permet d'éviter les décalages entre la réalité de l'activité et les données utilisées.

En mettant à jour chaque année ces 3 types de données, on peut ainsi apprécier les effets respectifs de chacune d'entre-elles. Pour ce qui est des parts de marché public/privé, le nombre d'entrées de SAE de 1995 ont été utilisées. Les données de démographie sont issues des Estimations Localisées de Population au 01/01/95. Cependant, pour déterminer les niveaux de fréquentation, les seules données disponibles sont celles des enquêtes de morbidité 90 et 93. Ces données sont déjà obsolètes, et d'ailleurs ne sont pas cohérentes avec les données sur le total des entrées public+privée de la SAE. Il y a une différence de 13,5% entre les entrées estimées (la population hospitalisable) et les entrées constatées sur les soins de courte durée, ce qui introduit un biais important dans la péréquation.

Une priorité est donc d'utiliser le PMSI public+privé pour le calcul de la fréquentation hospitalière par âge pour la même année que les estimations de la démographie. De cette façon, le total des entrées estimées sera strictement égal aux entrées constatées, au niveau national. On pourra d'ailleurs au passage comparer les fréquentations par âge nationale et régionales.

## 3. Les résultats du modèle

### 3.1. La péréquation à partir des seules données de fréquentation hospitalière MCO, le poids prépondérant de l'Île de France

La première simulation, celle qui va nous servir de référence, est la plus proche de celle qui a été effectuée pour l'exercice de péréquation des dotations sanitaires pour l'année 1998. Cette simulation présente le chemin à parcourir, exprimé en pourcentage de la dotation actuelle, pour chacune des régions. Un chemin positif implique une dotation qui doit augmenter. Ainsi, la cible est-elle supérieure de 25% à la dotation actuelle en Poitou-Charentes, tandis qu'elle est inférieure de 22% à la dotation actuelle en Ile de France (graphique 1, simulation de référence).

Cet exercice de péréquation redistribuerait 14,5 milliards de francs, soit 5,9 % de la dotation nationale : l'Île de France contribuerait à hauteur de 12,6 milliards de francs, PACA de 1,2 milliards de francs, et Midi Pyrénées de 0,5 milliards de francs.

Ce montant serait redistribué essentiellement entre 5 régions, Centre, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Bourgogne, Poitou-Charentes, qui toutes bénéficieraient de 1,4 à 1,8 milliards de francs de plus.

On retrouve ici certains résultats connus, et qui s'interprètent immédiatement : l'Île de France apparaît surdotée, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie sous-dotées. Toutefois, d'autres résultats n'autorisent pas une interprétation aussi immédiate, ainsi la sous-dotation très prononcée des régions Centre et Poitou-Charentes. Surtout, dans de nombreux cas l'écart à la cible est faible (dans 12 régions, l'écart à la cible est inférieur à 10 % en plus ou en moins). La question qui se pose alors est celle de la robustesse de ces résultats et de leur sensibilité aux hypothèses sous-jacentes de la modélisation. C'est cette question que nous examinerons dans la suite, et dont les réponses nous permettront en retour d'éclairer l'interprétation des écarts observés.

### 3.2. Faible sensibilité de la péréquation à l'évolution démographique

On s'interroge tout d'abord sur la sensibilité du « modèle » à l'actualisation de la démographie. Pour cela, on recalcule une cible avec les données démographiques utilisées pour la précédente péréquation (Recensement de la population 1990 au lieu des Estimations Localisées de Population de 1995). On constate avec soulagement que la cible reste assez stable : aucun écart à la cible ne change de signe. La cible rétopolée sur 1990 diffère de moins de 5% en valeur absolue de la cible actualisée examinée précédemment, ce qui donne, au passage, un ordre de grandeur de la hauteur du "tunnel" à l'intérieur duquel la dotation régionale pourrait ne pas être modifiée par l'exercice de péréquation.

A titre d'illustration, la région du Limousin est celle pour laquelle la différence est la plus importante : le niveau de sous-dotation diminue de 6,0 % à 3,6 %. Cette diminution tient en premier lieu à celle de la population de la région alors qu'au niveau national la population augmente. De ce fait, le poids relatif du Limousin diminue. La population hospitalisable du Limousin ne représente plus que 1,36 % du total français, contre 1,40 %, 5 ans auparavant.

### 3.3. Forte sensibilité de la péréquation à la façon de prendre en compte les soins de suites et la psychiatrie

Jusqu'ici, on a réparti l'ensemble de la dotation (247 milliards de francs) à partir des seules données MCO, (population hospitalisable et points ISA), car c'est la méthode « historique » retenue jusqu'à maintenant.

En réalité, il serait plus juste de répartir la seule dotation MCO en fonction des données MCO, et le reste en fonction des soins auxquels ils correspondent : Soins de suites, psychiatrie. Dans cette optique, et en l'absence de données de morbidité en psychiatrie (pas de taux de fréquentation valable sur l'ensemble du champ, pas d'indicateur équivalent), on a partagé la dotation nationale en deux à partir des budgets constatés : MCO = 143 milliards de francs, Soins de suites + Psy = 104 milliards de francs. On a ensuite réparti le montant MCO en fonction des seules données MCO, et le montant « Soins de suites + Psy » en fonction des données Soins de suites. Il s'agit encore d'une approximation, mais qui est a priori plus proche de la réalité, donc plus équitable que la précédente.

La simulation 1 est présentée sur le graphique 2 suivant : il apparaît immédiatement que cette simulation influe de manière importante, tant sur le classement des régions, que sur le nombre de régions concernées (il y a maintenant 14 régions dont la dotation devrait varier de plus de 10 %, contre 10 dans la simulation de référence). dans la simulation 1, le volume redistribué passe de 5,9 % à 7% de la dotation nationale remise au pot commun, soit 2,7 milliards de francs de plus. L'Ile de France y contribue alors à hauteur de 9,9 milliards de francs, et PACA de 4,5 milliards de francs. Pour cette simulation, la région Pays-de-la-Loire voit sa dotation cible augmenter de 1,6 milliards de francs (2,8 milliards entre la dotation actuelle et la cible). Résultat plus inquiétant : par rapport à la simulation péréquation de référence, 3 régions changent de sens : Basse-Normandie, Alsace, et Languedoc-Roussillon (Graphique 2, simulation 1).

L'origine de cet écart entre les 2 simulations tient dans le fait que la part de marché du MCO public n'est pas prédictive de la part de marché des Soins de suites publics, comme le met en évidence l'exemple ci-après.

|  | Ile de France | PACA |
|--|---------------|------|
| <b>Part de marché du MCO public</b>              | 60 %          | 57 % |
| <b>Part de marché des soins de suites public</b> | 89 %          | 29 % |

Toutefois, ce résultat pourrait être encore modifié si l'on isolait une enveloppe Psy dans les calculs. En effet, la Psy publique est aussi très inégalement répartie, et ne peut être représentée par la répartition des

soins de suites publics. Par exemple, la Corse n'a pratiquement pas de soins de suites publics, alors qu'elle fournit par ailleurs des soins en psychiatrie publique. La répartition des dotations publiques en fonction des données « soins de suites publics » conduit à diminuer de manière induite la dotation de Corse de 45% !

Finalement, la dotation cible devrait être calculée en cumulant 3 sous-enveloppes : MCO, Soins de suites, et Psy. Mais cela nécessite une *amélioration fondamentale du système statistique sur la psychiatrie*, pour laquelle on ne dispose actuellement d'aucune source permettant de mesurer une activité globale par classe d'âge.

### **3.4. La prise en compte des flux interrégionaux modifie notablement les résultats de la péréquation**

Comme l'ensemble des calculs est fondé sur la démographie régionale, ceux-ci ne prennent pas en compte le fait que le patient puisse être pris en charge en dehors de la région où il est domicilié. La principale cause des mouvements tient au fait que certains types d'activités ne sont pas uniformément répandus sur le territoire. On ne peut donc pas considérer les mouvements interrégionaux de population comme le simple fait du hasard, résultant de l'addition des choix des patients pour leur lieu d'hospitalisation.

L'objectif de cette nouvelle simulation est donc d'intégrer les mouvements des personnes dans le calcul des cibles régionales. Cependant, cette introduction ne peut se faire qu'aux prix de plusieurs hypothèses assez conventionnelles : estimation de la part des mouvements légitimes d'une région à l'autre ; hypothèse de stabilité des mouvements dans le temps.

Même en considérant que seulement 50% des mouvements sont légitimes - une région importatrice de soins voit sa dotation augmenter de 50% des mouvements observés en dépenses MCO et soins de suites - cette seconde simulation introduit de nouveaux changements. Par exemple : La région Ile de France précédemment excédentaire de 17 % dans la simulation 1, ne l'est plus que de 15 % ; inversement, le Centre, initialement déficitaire de 15% descend à seulement 5% sans doute parce qu'exportant beaucoup vers la région parisienne (graphique 3, simulation 2).

Le volume total déplacé est cette fois de 15,8 milliards de francs, pour lesquels l'Ile de France contribue à hauteur de 8,9 milliards, PACA à hauteur de 4,4 milliards et Midi-Pyrénées de 1,2 milliards, le reste se partageant entre la Corse, le Languedoc-Roussillon et la Basse-Normandie.

Les régions sous dotés sont alors Pays-de-la-Loire, avec + 2,7 milliards de francs, Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes, entre +1,5 et +1,7 milliards de francs, Bretagne et Champagne-Ardenne avec 1,2 milliards de francs de plus.

La prise en compte des flux ne modifie le sens du chemin à parcourir que pour une région, l'Alsace : de sur-dotée lorsque l'on ne prend pas en compte les flux, elle devient sous-dotée lorsque l'on les intègre.

Si l'on s'intéresse à l'effet spécifique dû aux flux, 4 groupes de régions se dégagent :

- les régions importatrices de patients et sous-dotées (groupe 1),
- les régions exportatrices de patients et sous-dotées (groupe 2),
- les régions importatrices de patients et sur-dotées (groupe 3),
- la Corse, exportatrice et sur-dotée (groupe 4).

Du fait du caractère exportateur et sous-doté (resp. importateur et surdoté) des régions considérées, les groupes 2 et 3 contribuent à rapprocher la dotation cible de la dotation actuelle (ils correspondent à un volume de 4,4 milliards de francs), tandis que les deux groupes 1 et 4 contribuent à augmenter les volumes à déplacer (ils correspondent à un volume de 1,5 milliards de francs).

|   | Région importatrice de patients  | Région exportatrice de patients  |
|---|--|--|
| <b>Région sous-dotée (simulation 1)</b> | Aquitaine<br>Bretagne<br>Limousin<br>Nord-Pas-de-Calais<br>Rhône-Alpes<br><br>GROUPE 1<br>total : 1,3 milliards                  | Auvergne<br>Bourgogne<br>Centre<br>Champagne-Ardennes<br>Franche-Comté<br>Haute-Normandie<br>Lorraine<br>Picardie<br>Poitou-Charentes<br>Pays-de-la-Loire<br>GROUPE 2<br>total : 2,8 milliards |
| <b>Région sur-dotée (simulation 1)</b>  | Alsace<br>Basse-Normandie<br>Ile-de-France<br>Languedoc-Roussillon<br>Midi-Pyrénées<br>PACA<br>GROUPE 3<br>total : 1,6 milliards | Corse<br><br><br><br><br><br><br>GROUPE 4<br>total : 0,18 milliards  |

Comme on l'a vu, on a supposé arbitrairement que la moitié des flux de patients sont des flux illégitimes, c'est à dire qu'ils correspondent à des pathologies qui pourraient être traitées dans la région. Pour déterminer ce seuil plus objectivement, il faudrait pouvoir caractériser les pathologies selon qu'elles sont ou non exportables. On pourrait envisager de le faire à partir des bases de RSA du PMSI en distinguant dans un premier temps les GHM exportables de ceux qui ne le sont pas, et dans un second temps, on pourrait envisager d'affiner cette classification pour les GHM non exportables (proximité immédiate, moyenne, exportable).

### 3.5. Comparaison avec une péréquation fondée sur l'indice comparatif de mortalité générale 1992-1994

Il s'agit dans cette partie, de changer le modèle de base, la population hospitalisable, et de lui substituer un autre modèle bâti sur la mortalité. L'objectif est ici de mettre en évidence les régions systématiquement repérées comme « extrêmes » quel que soit le système de mesure. Il s'agit donc de repérer les régions systématiquement sur-dotées ou sous-dotées, afin de ré-allouer les dotations avec plus de certitude, sans dépendre d'un système de calcul et de ses limites. Dès lors, les méthodes utilisées ne renseignent pas sur le niveau de dotation à atteindre, mais seulement sur le sens et l'importance de la ré-allocation.

La simulation a été bâtie sur le partage de la dotation en soins de courte durée à partir de l'indice comparatif de mortalité générale et du nombre de points isa, le reste de la dotation étant partagé par la population hospitalisable en soins de suites. Ce choix tient au fait que l'on ne peut caractériser ni l'activité en soins de suites ni l'activité en psychiatrie à partir de la mortalité générale.

La comparaison de cette nouvelle simulation (simulation 3) avec la simulation 1, calculée uniquement sur la fréquentation, donne des résultats assez rassurants (graphique 4) :

- 17,5 milliards de francs sont déplacés contre 17,2 milliards de francs avec la simulation 1
- Aucune région ne change de sens, par rapport à la simulation 1

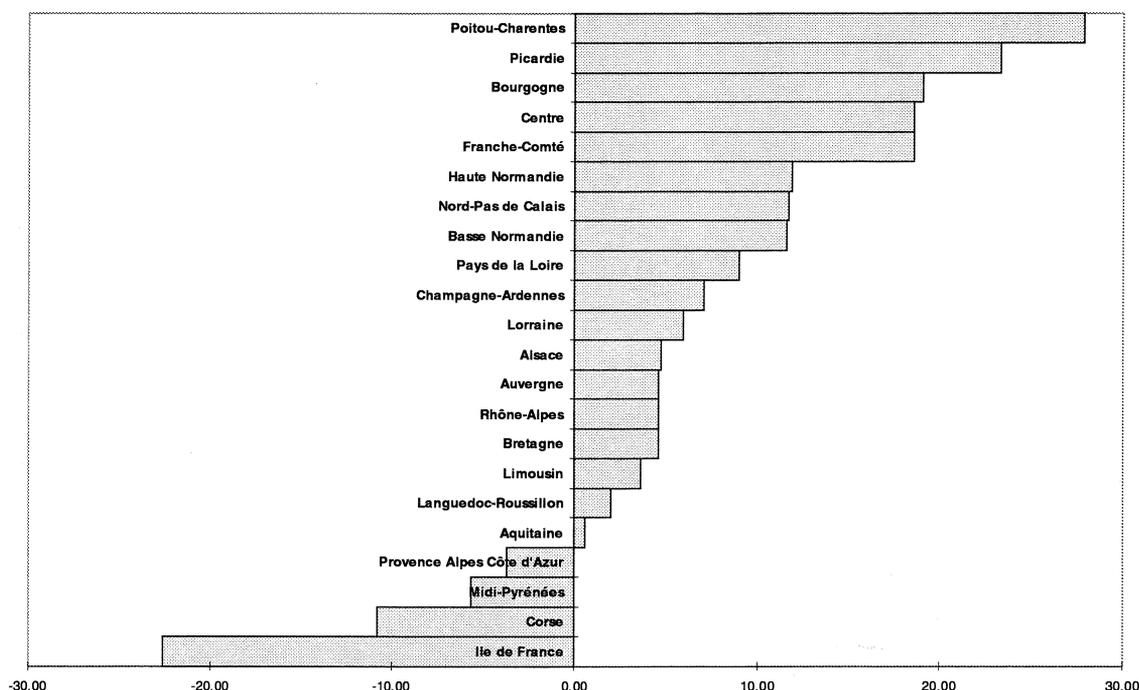
Une région se détache toutefois; Nord-Pas-de-Calais apparait encore plus sous doté avec l'Indice Comparatif de Mortalité qu'avec la fréquentation hospitalière. Ce résultat n'est cependant pas surprenant, eut égard à la mauvaise situation sanitaire de cette région (cf. rapport du Haut Comité de Santé publique).

## Conclusion : des adaptations techniques possibles

Dans le cadre des limites externes bien admises, la péréquation des dotations publiques peut être sensiblement amendée de plusieurs façons :

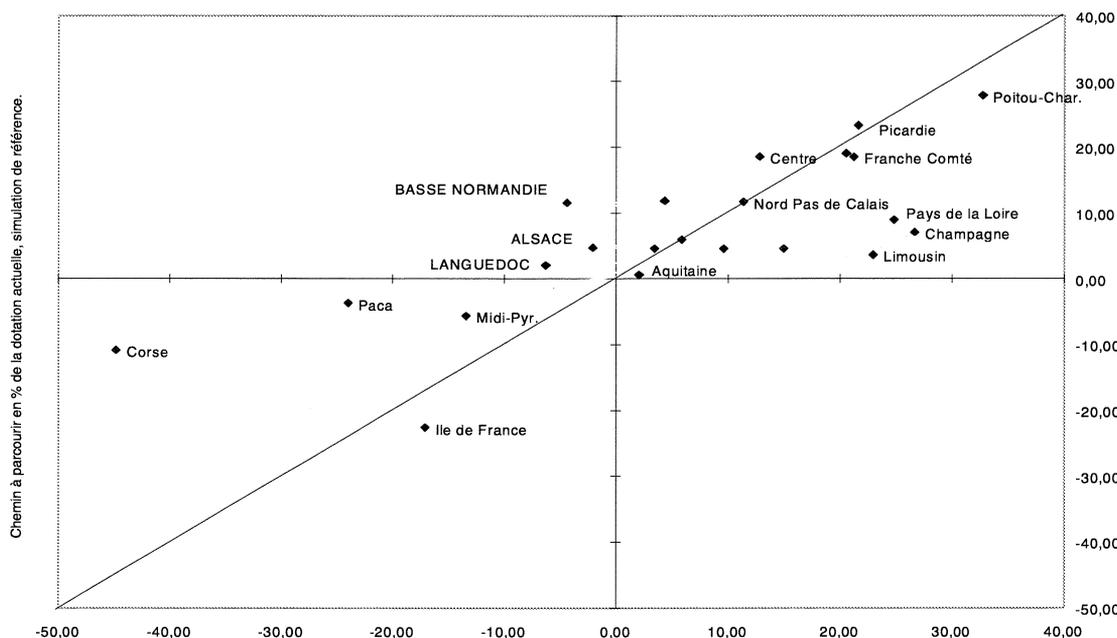
- I. Le calcul de base repose sur des données démographiques qui pourraient être mises à jour chaque année, avec seulement 1 ou 2 années de décalage (par exemple, les ELP 96 pour 1999). Mais ceci ne joue pas un rôle déterminant sous réserve que l'on raisonne en cible constante dans le temps. Toutefois, ce résultat pourrait être notablement modifié si l'on utilisait des projections de population. Mais alors, le choix du jeu d'hypothèse pour l'évolution de la population, en matière de natalité, de mortalité et de flux démographiques, pourrait s'avérer déterminant dans le résultat de la péréquation (cf P. Génier).
- II. Ce calcul repose aussi sur des données de fréquentation hospitalière publique et privée qui sont assez anciennes (1993), et d'ailleurs ne sont déjà plus cohérentes avec le total des entrées issu de la SAE et utilisé dans le modèle pour calculer la part de marché du public.
- III. Un changement important pour la robustesse du « modèle », consistera à utiliser les données du PMSI public+privé pour calculer les indices de fréquentation hospitalière et à s'affranchir des données SAE et Morbidité hospitalière qui ne sont pas cohérentes entre elles.
- IV. Il serait plus juste de calculer une enveloppe régionale globale à partir de sous enveloppes MCO, Soins de suites, et Psy, ce qui implique de disposer rapidement des données sur les entrées et les budgets constatés en Psy. Par ailleurs, on peut se poser la question de meilleurs indicateurs de calcul de la population hospitalisable pour ces séjours plus ou moins longs que sont les soins de suites et la Psy : entrées, ou journées, ou autre chose ?
- V. Le mode de calcul actuel (population hospitalisable) revient à attribuer le même poids à une venue en urgence, une dialyse en hôpital de jour, et un accident vasculaire cérébral. Il faudrait sans doute utiliser une méthode permettant de pondérer les entrées (par ex. par les points ISA par GHM ), ce qui revient à détailler encore plus les enveloppes au niveau du calcul intermédiaire.
- VI. Une conséquence directe du point précédent serait de mieux représenter les parts de marché public-privé puisque l'on sait que ces 2 secteurs n'ont pas la même gamme de GHM (peu d'urgences dans le privé, plus de chirurgie « rentable » et standardisée, les cas compliqués, le social, et les fins de vie sont transférés vers le public, etc.).
- VII. Les conditions sous-jacentes à ces deux améliorations sont lourdes : disponibilité d'un PMSI privé, et d'un codage identique des RSA.
- VIII. Enfin, on peut aussi s'interroger sur la répartition 50/50 entre la prise en compte de la productivité et de la population hospitalisable. Cette interrogation qui nous ramène au début de cet article, est de nature plus politique : jusqu'à quel niveau de prise en compte des besoins et de prise en compte de l'efficacité veut-on aller dans la redistribution des enveloppes ?

**Graphique n° 1, simulation de référence**  
**Ecart entre la dotation actuelle et la dotation cible avec la démographie 1995**



Ecart en % de la dotation actuelle : la cible est par exemple, supérieure à 28% à la dotation actuelle en Poitou-Charentes.

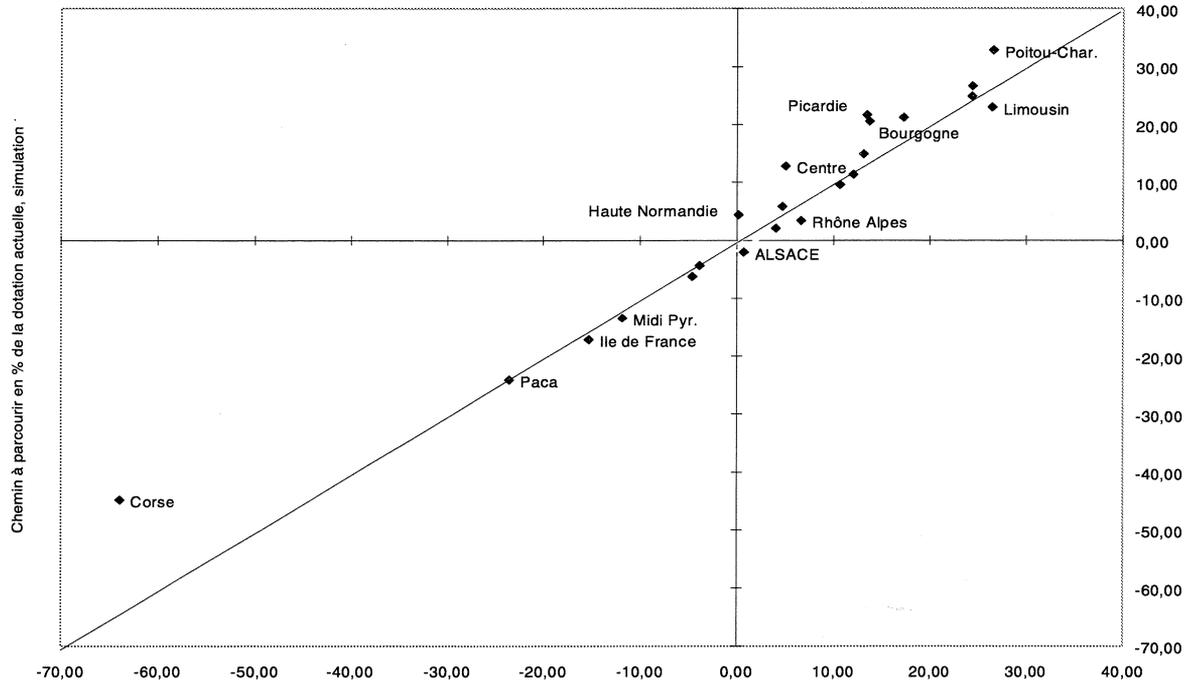
**Graphique n° 2**  
**Comparaison des chemins à parcourir**  
**selon que l'on prend en compte les soins de suites (simulation 1), ou non (simulation de référence)**



Chemin à parcourir en % de la dotation actuelle, simulation 1.

Les 3 régions en capitales deviennent surdotées lorsque l'on passe de la simulation de référence à la simulation 1. Pour la région Poitou-Charentes, la cible est à + 33% avec la simulation 1, contre + 28% avec la simulation de référence.

**Graphique n° 3**  
**Comparaison des chemins à parcourir**  
**selon que l'on prend en compte les mouvements (simulation 2), ou non (simulation 1)**

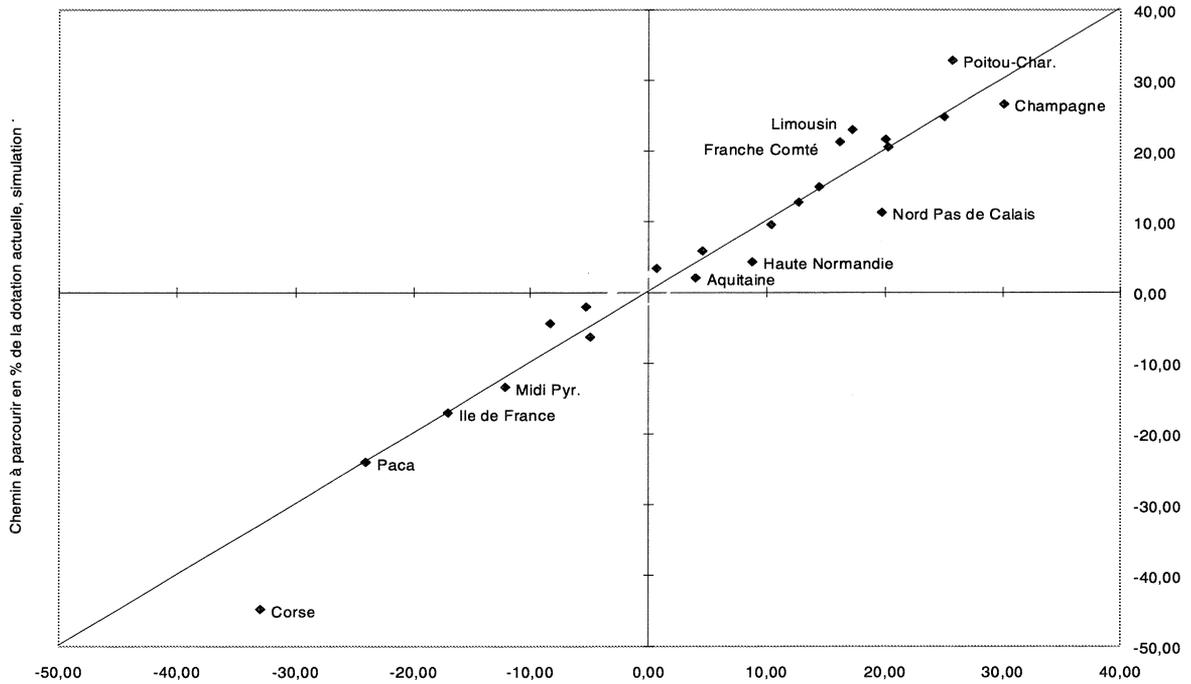


Chemin à parcourir en % de la dotation actuelle, simulation 2.

La région en capitales devient sousdotée lorsque l'on passe de la simulation 1 à la simulation 2.

Pour la région Poitou-Charentes, la cible est à + 27% avec la simulation 2, contre + 33% avec la simulation 3.

**Graphique n° 4**  
**Comparaison des chemins à parcourir, selon que l'on prend en compte la fréquentation hospitalière (simulation 1),**  
**ou la mortalité (simulation 3).**



Chemin à parcourir en % de la dotation actuelle, simulation 3.

Pour la région Poitou-Charentes, la cible est à + 26% avec la simulation 3, contre + 33% avec la simulation 1.

## Bibliographie

- 1 Rééquilibrer l'offre de soins : deux modélisations des inégalités régionales.  
Daniel Foulon, Solidarité Santé, n°4-1996, SESI. La Documentation Française.
- 2 Les méthodes de péréquation régionale des dépenses de soins utilisées en 1997 : une présentation critique. Pascale Génier, Rapport technique pour le Haut Comité à la Santé publique.
- 3 Réflexions sur les dispositifs actuels d'allocation de ressources en France.  
Véronique Lucas-Gabrielli, Dominique Polton, CREDES.
- 4 Le paiement à la pathologie des hôpitaux : l'expérience française  
Gérard de Pourville, L. Comar, V. Bouvier, Revue Epidémiologie et Santé publique, 1994, 42, 68-78.
- 5 Rapport à la Conférence Nationale de Santé 1998, Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé. Jean Claude Saily, *et alii*, Haut Comité de Santé publique. 1998.
- 6 Essai d'allocation de ressources à un niveau infra-régional. François Tonnelier, CREDES.