

Le ministre du travail et des affaires sociales,
Le secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale

À

Messieurs les préfets de région
Directions régionales des
affaires sanitaires et sociales
(pour mise en oeuvre)

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des
affaires sanitaires et sociales
(pour mise en oeuvre)

CIRCULAIRE DH/PMSI N° 96-495 du 6 août 1996 relative aux conditions d'utilisation des données issues du PMSI pour la fixation des budgets 1997 des établissements de santé publics et privés sous dotation globale.

Textes de référence :

- Articles L.710-6 (ex-L.710-5), L. 710-7, L. 710-16-1, L.714-7, R. 710-5-1 à R. 710-5-11 du code de la santé publique
- Article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 20 septembre 1994 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et de coût
- Circulaire DH/AF1/96 n° 466 du 18 juillet 1996 relative à la mise en oeuvre de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Circulaire DH/DSS/95 n°23 du 10 mai 1995 relative à la généralisation du dispositif technique, expérimenté en région Languedoc-Roussillon, de mesure de l'activité et des coûts des établissements hospitaliers sous compétence tarifaire de l'Etat, à l'aide des informations provenant du système d'information médicalisé
- Lettre-circulaire du 22 août 1995 relative à la généralisation du dispositif technique de mesure de l'activité et des coûts des établissements de santé sous compétence tarifaire de l'Etat

PJ. : 3 annexes

L'utilisation à des fins de réallocation budgétaire des informations issues du PMSI a été expérimentée en région Languedoc Roussillon au cours de l'année 1994, puis, en application des dispositions de la circulaire du 10 mai 1995 confirmées par la lettre-circulaire du 22 août 1995, sur l'ensemble du territoire durant la campagne budgétaire 1995/96. Il ressort de ces deux expériences que le PMSI s'inscrit au premier rang des améliorations techniques susceptibles d'infléchir les conditions d'allocation de ressources aux établissements dans le sens d'une plus grande équité en même temps que d'une incitation à l'efficacité. Les observations qui se dégagent des rapports adressés par les DRASS en application de la circulaire du 10 mai 1995 confirment la capacité du dispositif PMSI à fournir un diagnostic fiable sur l'adéquation entre les ressources dont disposent les établissements et le volume ainsi que la nature de leur activité médicale de court séjour.

Compte tenu de ce bilan¹, le gouvernement a souhaité fournir à ce dispositif l'assise légale qui lui faisait défaut, en insérant dans l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée deux dispositions d'importance dans le cadre de la réécriture complète des articles L.174-1-1 et L.710-7 du code de la sécurité sociale et du code de la santé publique. Dans un contexte de ressources contraintes, l'opposabilité de dotations nationale et régionales limitatives, ainsi que le fondement légal des comparaisons interétablissements, constituent en effet des instruments juridiques essentiels pour organiser plus efficacement l'effort de maîtrise des dépenses hospitalières. La mise en oeuvre de ces dispositions est immédiate, comme il a été précisé dans la circulaire ministérielle DH/AF1/96 n°466 du 18 juillet 1996 relative à l'ordonnance précitée. Les dispositions de l'article L.710-16-1 permettent de donner un cadre contractuel à cet effort de réduction des inégalités. Toutefois, les délais nécessaires à la conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et à la définition, dans ce cadre, des mesures de correction des bases budgétaires des établissements, ne doivent pas faire obstacle à l'application, dès les budgets primitifs 1997, de telles corrections.

Il est indispensable d'utiliser dès à présent les outils disponibles afin d'assurer une répartition la plus efficace possible des dotations hospitalières. Le détail des orientations de la prochaine campagne budgétaire 1996-1997 sera fixé dans les échéances habituelles, mais il importe, pour situer utilement votre action, de rappeler dès aujourd'hui les conditions d'utilisation du PMSI pour cette campagne², dont il vous revient d'assurer pleinement la conduite.

- La contrainte globale de ressources montre qu'une répartition différenciée et adaptée des dotations, en fonction de la situation et de l'activité des établissements, est seule susceptible de libérer des marges de manoeuvre pour le financement des mesures prioritaires de modernisation des structures hospitalières.

- La politique de correction des inégalités inter-régionales doit être renforcée. D'un point de vue technique, le PMSI fournit sur ces inégalités un éclairage complémentaire, qui vient enrichir l'approche fournie par l'indicateur de besoins utilisé depuis plusieurs années (population hospitalisable en secteur public) : ce dernier indicateur rapproche les bases budgétaires régionales de l'activité attendue, alors que le PMSI permet de construire un indicateur de coûts de l'activité MCO constatée. Le croisement de ces deux indicateurs permet de distinguer deux types de situations :

¹ Une synthèse des enseignements de la campagne expérimentale 1995/96 figure en annexe 1.

² Le calendrier, ainsi que certaines modalités d'ordre technique sont fournis en annexe 2.

. les indicateurs indiquent l'un et l'autre une surdotation ou une sous-dotation relative de la région, et le PMSI confirme donc le diagnostic précédemment posé. Dans ce cas, l'effort de péréquation au profit ou aux dépens de la région sera amplifié;

. les indicateurs fournissent des indications de sens opposés, et le PMSI vient pondérer le diagnostic antérieurement posé. Cela peut, par exemple, témoigner du cas de régions attractives (elles disposent de moyens importants en termes d'activité attendue, mais réalisent en fait une partie de leur activité au profit des habitants des régions limitrophes : leur ratio dépenses/activité s'en trouve minoré), aussi bien que mettre en évidence des comportements régionaux de moindre recours à l'hospitalisation (l'insuffisance des moyens par rapport à l'activité attendue est compensée par une activité réelle faible, qui entraîne à la hausse le ratio dépenses/activité). Dans de tels cas, l'effet de péréquation sera réduit.

Il apparaît qu'en règle générale, les inégalités entre régions mises à jour par l'indicateur PMSI sont moins flagrantes que celles révélées par l'indicateur utilisé jusqu'alors. Des informations sur l'ampleur de l'effort total de péréquation qui sera mis en oeuvre sur ces bases en 1997 et sur les conséquences qui seront tirées, région par région, de l'analyse croisée des inégalités, vous seront fournies avec des indications précises. Le tableau fourni en annexe 3 vous permet toutefois de connaître dès à présent la situation de chaque région au regard des deux indicateurs.

- La correction des inégalités au sein de chaque région reste votre obligation majeure. Le financement de projets nouveaux dans le cadre du SROS comme la poursuite de la modernisation des équipements implique en effet que les DRASS dégagent des marges complémentaires au delà, soit de leur effort de contribution soit le cas échéant au delà de celles qui seront mises à leur disposition en application de la péréquation inter-régionale. Il est essentiel, dans ce contexte, de distinguer de façon fiable les capacités respectives des établissements à s'inscrire dans cet effort de rigueur, et de moduler en conséquence les taux d'évolution qui leur seront appliqués.

Le diagnostic qui aura été porté en amont sur le niveau de ressources de chaque établissement doit être suffisamment solide pour ne pas ouvrir de contestation. Au delà des étapes indispensables de validation et d'analyse des données médicales et comptables, l'effort doit donc porter sur les cas extrêmes, garantissant ainsi la fiabilité du diagnostic malgré la marge d'incertitude intrinsèque du modèle PMSI.

Ce travail devra nécessairement s'accompagner d'un dialogue avec les établissements, qui auront à rechercher et à analyser les causes et la nature des écarts constatés et à proposer, le cas échéant, les mesures propres à en permettre la réduction. J'insiste sur le caractère essentiel de cette étape, déterminante quant à la pertinence des décisions que vous serez amenés à prendre. En effet, si certains établissements présentent des excédents de ressources avérés, leur capacité à les résorber et le rythme auquel ils sont susceptibles de réaliser cette résorption sont en partie conditionnés par l'origine des surcoûts constatés. Il convient donc de mener sur le sujet un véritable travail d'analyse.

La campagne budgétaire à venir doit voir s'amorcer de manière significative un processus de correction des inégalités de dotations, dans la droite ligne des dispositions du nouvel article L.714-7 du code de la santé, qui énonce que le montant du budget de chaque établissement sera désormais fixé en tenant compte notamment de son activité et de ses coûts, comparés à

ceux des autres établissements de la région et de la France entière. Conciliant un objectif ambitieux de réduction des inégalités de ressources, qui appelle un rythme soutenu de réalisation, et la nécessité de tenir compte de la complexité du tissu hospitalier et de l'activité médicale hospitalière, la campagne 1997 doit porter la marque d'une politique à la fois volontariste et concertée.

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur des Hôpitaux

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Bazy-Malaurie', with a dark, textured mark to its left.

Claire BAZY-MALAURIE

ANNEXE n° 1 : BILAN DE LA CAMPAGNE 1995/96

La confrontation des données PMSI avec les données traditionnelles d'analyse de gestion a souvent permis de consolider les appréciations portées sur les établissements. Dans cette optique, plusieurs régions ont poussé plus avant les analyses en vue d'une explication des écarts et afin d'amorcer un dialogue utile avec les établissements. Ces démarches ont cependant été relativement rares et devront être beaucoup plus systématiques pour la campagne 1996-1997.

Les traitements proposés par le logiciel MAHOS ont été réalisés par toutes les régions, qui ont ainsi fait la preuve de l'intérêt du dispositif expérimenté en tant qu'aide à l'allocation de ressources. Il est donc possible de passer à une phase d'utilisation effective et systématique des données PMSI pour la campagne budgétaire 1996-1997.

Toutefois, dans la perspective d'un emploi à des fins opérationnelles des conclusions qui peuvent être tirées de l'exploitation des données médicales et financières, il convient de s'assurer de leur pertinence. Celle-ci dépend de plusieurs facteurs, parmi lesquels certains sont à souligner :

- le premier de ces éléments est le niveau de spécialisation des établissements: la capacité des GHM à décrire l'activité des établissements est en effet d'autant meilleure que ceux-ci ont une activité diversifiée (grand nombre de GHM différents, généralement supérieur à 350 ou 400 dans les centres hospitaliers), ou que l'activité éventuellement spécialisée est concentrée sur des séjours chirurgicaux ;

- le niveau d'exhaustivité du recueil et la qualité du codage jouent un rôle essentiel dans l'appréciation de l'activité. Si le problème du défaut d'exhaustivité de certains établissements est en passe d'être totalement réglé, la qualité des données médicales reste médiocre, justifiant par là-même les consignes relatives aux contrôles interne et externe fixées par la circulaire du 10 mai 1995.

- une attention particulière doit enfin être portée aux données issues des retraitements comptables qui n'ont pas toujours fait l'objet de contrôles suffisants de la part des services de l'Etat. De nombreux exemples ont montré l'existence d'erreurs qui auraient pu être facilement détectées, moyennant un contrôle plus attentif. C'est pour cette raison qu'une nouvelle campagne de formation a été réalisée en avril et mai 1996 à destination des inspecteurs des DDASS.

Au total, les rapports transmis par les DRASS témoignent de la motivation engendrée par ce nouveau dispositif, tant en ce qui concerne les services déconcentrés que les établissements, ainsi que de l'intérêt, à la fois positif et critique, suscité par cette nouvelle approche de l'activité hospitalière. La poursuite des travaux d'amélioration de l'outil et le projet d'en étendre l'usage à d'autres types d'établissements (établissements de moins de 100 lits de court séjour à l'initiative des autorités de tutelle et, à partir de 1997, l'ensemble des établissements de soins de suite et de réadaptation) traduisent la volonté de voir le PMSI utilisé dans les meilleures conditions.

ANNEXE n° 2 : CALENDRIER; ORIENTATIONS TECHNIQUES, ORGANISATION DU TRAVAIL AU PLAN LOCAL

1. CALENDRIER, ORIENTATIONS TECHNIQUES

Pour la campagne 1997, le dispositif technique de collecte et de traitement des données au niveau des DRASS et des DDASS reste le même que celui mis en place par la circulaire du 10 mai 1995.

- Les échéances de transmission des données ont été fixées par la circulaire du 1er mars 1996;

- La nouvelle version du logiciel MAHOS permettant notamment de traiter des RSA codés en CIM 10 et intégrant l'échelle nationale de coûts relatifs par GHM 1996 a été transmise aux DRASS le 22 mai 1996;

- Les calculs réalisés par le logiciel MAHOS restent basés sur la comparaison des "budgets MCO" réels avec des budgets théoriques calculés à partir de la valeur régionale du point. Toutefois, l'analyse de la situation budgétaire des établissements sera utilement complétée par la comparaison de leur valeur du point avec la valeur nationale moyenne par catégorie d'établissement (voir tableau ci-après, page A2/3).

- Les travaux visant à affiner les conditions de valorisation des coûts d'enseignement et de recherche sont actuellement en cours à la Direction des hôpitaux (cf Lettre des Systèmes d'Information Médicalisés n° 24). Les premiers résultats ne seront disponibles qu'au cours du dernier trimestre 1996, c'est à dire dans des délais incompatibles avec la réalisation de la campagne budgétaire 1997. C'est pourquoi il conviendra de continuer à appliquer aux CHU et aux CLCC, au titre de la prise en compte des surcoûts d'enseignement et de recherche, le coefficient conventionnel de 13% employé durant la campagne expérimentale écoulée. Il conviendra également, dans chaque région, d'examiner les cas particuliers des CHR et des CH ou PSPH qui pourraient compter de nombreux services hospitalo-universitaires.

- A l'exemple de plusieurs DRASS qui ont déjà pris cette initiative, le champ d'application du dispositif pourra utilement être élargi aux établissements de moins de 100 lits de court séjour (autre que les hôpitaux locaux), dès lors que leur activité le justifie : présence de lits de chirurgie, activité réelle de médecine de court séjour, présence d'un plateau technique...

2. ORGANISATION AU PLAN LOCAL

- Au niveau régional, la campagne budgétaire 1996-1997 sera une année de transition. Sans attendre l'installation effective des agences régionales d'hospitalisation et conformément à l'esprit de l'Ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, il convient d'élargir le champ de la concertation et du travail en commun avec les

organismes d'assurance maladie. Ceci passe nécessairement par un accès partagé à l'information tel que le prévoyait la circulaire du 10 mai 1995, et notamment par la communication, aux organismes d'assurance maladie, des données issues des différentes étapes de traitement des informations : base de RSA et retraitements comptables provenant des établissements, budgets théoriques calculés par le logiciel MAHOS et simulations budgétaires en matière de correction des bases.

- De la même manière, comme le précisait déjà la circulaire budgétaire du 27 décembre 1995, il est essentiel que les établissements soient destinataires des retours d'information indispensables tant à la validation des données qu'à l'instauration d'un dialogue efficace sur l'analyse des écarts observés.

- L'outil MAHOS-PMSI oblige à une approche plus dynamique du processus d'allocation budgétaire. Depuis le mois de juin, les services déconcentrés de l'Etat ont connaissance de la valeur régionale du point et des dotations théoriques des établissements, et sont en mesure de communiquer ces informations à tous les établissements. Le travail de réflexion sur la situation budgétaire des établissements a dû être entrepris depuis lors, et les services doivent maintenant, à partir des informations issues de MAHOS, réaliser des simulations de correction des bases budgétaires, de manière à éclairer les options qui devront être arrêtées à la fin du mois d'août.

- Les écarts significatifs entre dotations théoriques et dotations réelles ne pourront, dans la majorité des cas, être résorbés en un seul exercice. Il y aura alors lieu de s'engager dans une démarche pluriannuelle et contractuelle permettant de tracer les lignes d'évolution du budget de chaque établissement.

Données par type d'établissement

05-août-96

Catégorie	Nb RSA	Nb points ISA	Budget hors enseignement-recherche*	Valeur moyenne du point
CH	4 075 644	4613812916	63 180 968 179	13,69
% / Total	58.38%	56.64%	54.89%	
CHR	2 052 587	2 625 617 905	38 447 277 356	14,64
% / Total	29.40%	32.23%	33.40%	
CLCC	323 122	239 072 075	3 517 123 121	14,71
% / Total	4.63%	2.93%	3.06%	
PSPH	529 962	667 121 094	9 968 408 061	14,94
% / Total	7.59%	8.19%	8.66%	
Total général :	6 981 315	8 145 623 990	115 113 776 717	14,13

* : Abattement de 13% appliqué au budget des CHU et des CLCC

Données issues de la base de RSA (2nd semestre 94 et 1er semestre 95, hors Corse et Antilles-Guyane)

Attention, certaines modifications ont été effectuées :

Basse Normandie - 6 établissements n'ont pas fourni de données pour le 2nd semestre 1994 => extrapolation / données 1er semestre 95

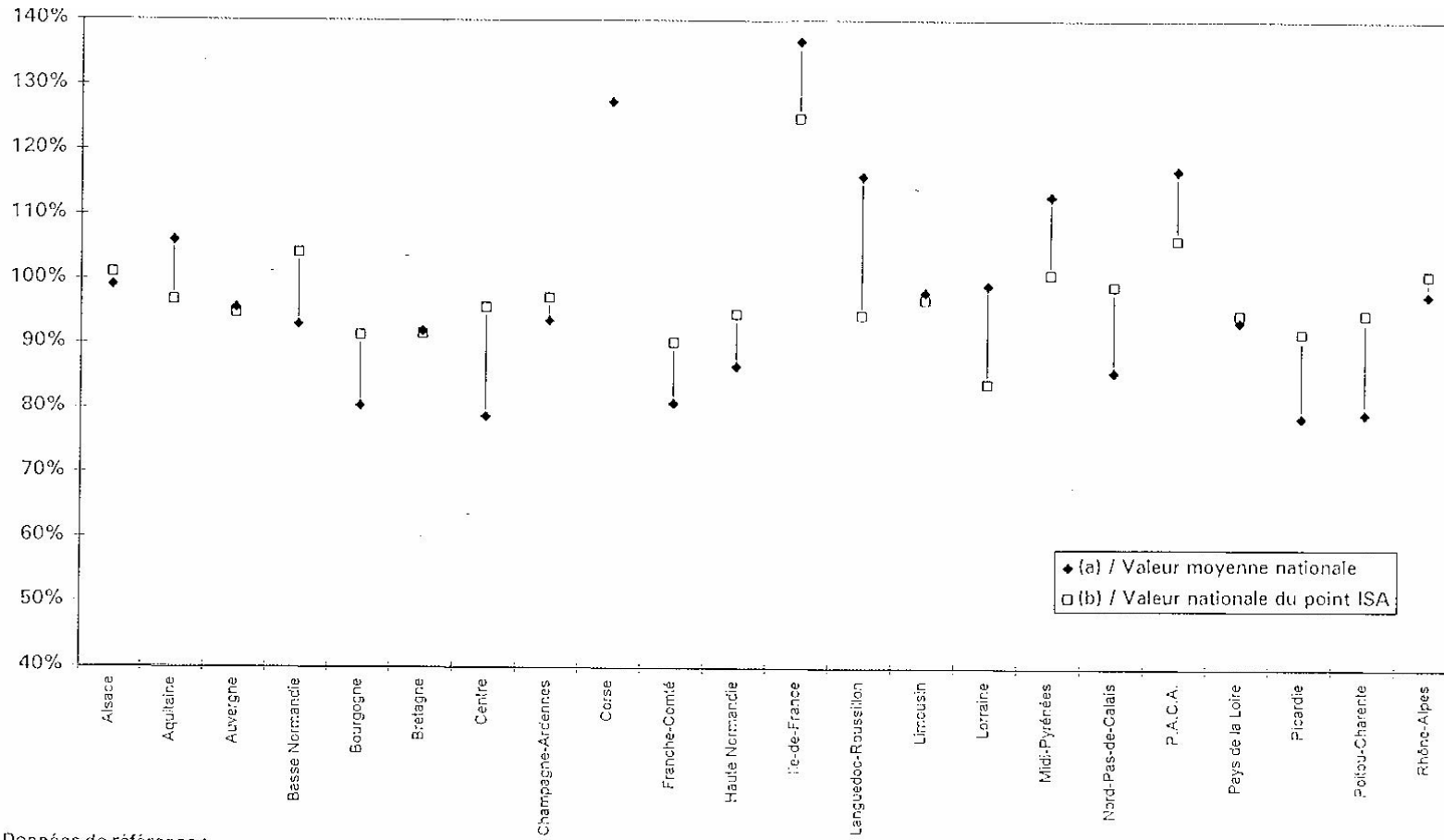
Franche Comté -1 établissement n'a pas fourni de données pour le 2nd semestre 1994 => extrapolation / données 1er semestre 95

Languedoc Roussillon - périodicité spécifique de recueil de données (mensuel ou annuel) => extrapolation / données 1er semestre 95

Lorraine -1 établissement n'a pas fourni de données pour le 2nd semestre 94 => extrapolation / données 1er semestre 95

ANNEXE n° 3 : ÉCARTS ENTRE LES INDICATEURS

- (a). Activité attendue (francs/habitant hospitalisable)
- (b). Activité constatée (francs/point d'activité ISA)



Données de référence :
 (a). année 1994
 (b). 2nd semestre 94 et 1er semestre 95