



ASSEMBLÉE NATIONALE

11ème législature

financement

Question écrite n° 19976

Texte de la question

M. Gilbert Le Bris attire l'attention de M. le secrétaire d'Etat à la santé sur la question des dotations de l'Etat aux hôpitaux français et, plus particulièrement, sur les différences, et les inégalités en découlant, qui existent en la matière entre les hôpitaux de la région Ile-de-France et les hôpitaux de Province. En effet, il semblerait que les hôpitaux de la région Ile-de-France bénéficient d'une surdotation en ressources financières et sanitaires au détriment des hôpitaux des autres régions de France. Certes, avec la création d'un programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), plusieurs critères ont été définis pour mesurer l'activité effective de chaque établissement hospitalier et ainsi corriger les rigidités du système de dotation globale mis en place dans les années 1980. Néanmoins, les résultats prouvent que ceux-ci n'ont manifestement pas atteint leurs objectifs. L'inégalité dans l'attribution d'une dotation globale aux dépenses hospitalières par l'assurance-maladie est pour le moins flagrante, tant d'ailleurs entre les régions qu'entre les centres hospitaliers au sein d'une même région. L'inégalité entre les régions est claire : l'Ile-de-France capte à elle seule plus de 20 % de la totalité des dotations de l'assurance-maladie. Mais, de plus, au sein même de la région, l'inégalité est présente ; l'établissement le plus cher est rémunéré deux fois plus que le moins cher, sachant toutefois que chaque hôpital de la région Ile-de-France capte une part plus importante de la dotation que celle attribuée aux hôpitaux des autres régions. De cette inégalité de financements découle bien évidemment une inégalité dans l'offre de soins. Ainsi, et par rapport à une population homogène, alors que, en médecine-chirurgie-obstétrique, l'offre moyenne est de 456 lits pour 100 000 habitants « standards », il apparaît que le Poitou-Charentes ne peut, pour sa part, offrir que 349 lits, alors que l'Ile-de-France peut en offrir 537 et l'Alsace-Lorraine 529. Et, de cette inégalité dans l'offre de soins, naît une inégalité dans les dépenses, puisque, tout confondu, un habitant d'Ile-de-France coûte 11 607 francs alors que, à soin égal, un habitant poitevin ne coûte que 9 814 francs de dépenses à l'assurance-maladie. Or les injustices engendrées par un tel système pourraient être, en réalité, corrigées par une plus juste répartition des dépenses, ce qui permettrait, d'une part, de mieux répartir sur le territoire national les hôpitaux, cliniques et autres établissements de soins et, d'autre part, d'éviter que la surdotation des uns n'entraîne la fermeture des autres, tant il est vrai qu'aujourd'hui, les fermetures de lits se font, non plus selon une quelconque rationalité, mais bel et bien en fonction d'un véritable rapport de forces. Il lui demande, en conséquence, de bien vouloir lui faire part des mesures qu'il envisage de prendre pour réformer ou corriger ce système de dotation globale des hôpitaux, et mettre ainsi enfin un terme à ces déséquilibres inter et intrarégionaux qui, de toute évidence, entravent toute politique de maîtrise des dépenses de santé.

Texte de la réponse

L'honorable parlementaire a attiré l'attention du secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale sur la nature des mesures permettant de réduire les inégalités budgétaires entre les régions et entre les établissements. Le Gouvernement a bien conscience de ces inégalités et leur réduction relève de ses priorités de politique hospitalière. La détermination des dotations régionalisées repose sur la combinaison de quatre critères représentatifs des inégalités entre régions. Un indicateur de besoin de soins hospitaliers est estimé par le quotient « dépenses hospitalières par habitant hospitalisable dans le secteur public ». Cette population

susceptible d'avoir recours à l'hospitalisation financée par dotation globale est mesurée à partir des statistiques nationales de fréquentation hospitalière et des caractéristiques démographiques de chaque région. Un indicateur d'efficacité économique des établissements est estimé à travers la valeur du point ISA (indice synthétique d'activité) issue du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Cet indicateur permet de comparer l'efficacité économique des établissements et des régions. Une mesure des flux de patients entre régions est également prise en compte, à travers les dépenses générées par l'hospitalisation de patients résidant à l'extérieur de la région considérée. Pour la campagne budgétaire de 1999, conformément aux recommandations de la conférence nationale de santé, un indicateur des besoins de santé a été introduit : l'indice comparatif de mortalité mesure la surmortalité régionale en rapportant le nombre de décès observés au nombre de décès attendus. Ce nombre de décès attendu est calculé en appliquant à la population de la région les taux de mortalités nationaux par sexe et âge. Pour la campagne budgétaire de 1999, l'effort de correction des inégalités continue de bénéficier à toutes les régions considérées comme moins bien dotées. En outre, l'effort de rattrapage des régions considérées comme sous-dotées a été accentué au profit des régions les plus défavorisées. Le Poitou-Charentes, le Nord - Pas-de-Calais et la Picardie vont ainsi pouvoir rattraper en cinq ans, soit la durée des schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération, le niveau de la région qui leur est immédiatement supérieure. Ainsi, à partir du taux national de 2,04 %, le taux d'évolution des dotations régionalisées varie de 1,17 % pour la région Ile-de-France, à 3,22 % pour Poitou-Charentes. Les régions d'outre-mer bénéficient d'un taux encore plus favorable compte tenu de leur situation sanitaire, avec un taux moyen de 3,58 %. Pour sa part, la région Ile-de-France devra consentir en son sein un effort de correction semblable à celui qui est conduit sur l'ensemble du territoire. Les départements les moins bien dotés de la région devront pouvoir progresser plus rapidement que ceux qui le sont mieux. Cet effort devra également être déployé à l'intérieur même des départements, commune par commune, établissement par établissement. A l'occasion de la fixation des budgets primitifs pour 1999, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont chargées de rééquilibrer les ressources entre les établissements. Les modalités de réduction des inégalités, définies par les ARH, reposent notamment sur les résultats issus du PMSI. Ces modalités doivent également intégrer les priorités nationales et régionales de santé publique, ainsi que les objectifs de recomposition du tissu hospitalier définis dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire. C'est d'ailleurs conformément à ces objectifs que sont prises les mesures d'adaptation des structures et des moyens des établissements rendues nécessaires par l'évolution des besoins de la population.

Données clés

Auteur : [M. Gilbert Le Bris](#)

Circonscription : Finistère (8^e circonscription) - Socialiste

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 19976

Rubrique : Établissements de santé

Ministère interrogé : santé

Ministère attributaire : santé et action sociale

Date(s) clé(s)

Date de signalement : Question signalée au Gouvernement le 21 décembre 1998

Question publiée le : 12 octobre 1998, page 5521

Réponse publiée le : 28 décembre 1998, page 7100