

Circulaire du 27 décembre 1995 relative au taux directeur d'évolution des dépenses des établissements sanitaires sous compétence tarifaire de l'Etat pour 1996 et aux modalités de déroulement de la campagne budgétaire

NOR : TASH9523554C

(Journal officiel du 30 décembre 1995)

Le ministre du travail et des affaires sociales et le ministre délégué au budget, porte-parole du Gouvernement, à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales) (pour mise en œuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) (pour mise en œuvre).

SP 3 332
102

Le secteur hospitalier public ne pourra préserver et améliorer la qualité des prestations qu'il rend que par un effort réel et soutenu d'adaptation. En effet, l'atténuation des tensions qu'il connaît ne peut venir d'un surcroît de ressources financières, solution de facilité qui n'est pas souvent la plus pertinente et que la collectivité ne peut de toute façon consentir en l'état actuel des comptes sociaux.

Les établissements du secteur public doivent être en mesure de mieux mobiliser les ressources considérables dont ils disposent. Pour cela, leurs missions doivent être clarifiées et leur activité mieux coordonnée, y compris avec les cliniques et les médecins de ville. Toutefois, les établissements hospitaliers ne peuvent réaliser ces objectifs que si, d'une part, leurs interlocuteurs privilégiés, l'Etat et les caisses d'assurance maladie, agissent avec la meilleure cohésion et que, d'autre part, l'allocation des ressources est rendue plus transparente et plus rationnelle.

Les orientations qui ont été définies par le Premier ministre, lors de son intervention du 15 novembre dernier devant le Parlement, trouveront leur expression dans les mesures législatives et réglementaires qui seront élaborées au début de l'année 1996. Elles ne pourront trouver leur plein effet qu'en 1997. Toutefois, dès 1996, des impulsions nouvelles doivent être données, qui peuvent prendre appui sur une meilleure mobilisation des moyens d'action existants et aussi sur des procédures novatrices.

Ces orientations doivent trouver leur traduction à la fois dans les modalités propres de fixation des budgets hospitaliers et, par là, de répartition des enveloppes et des marges dont vous disposez, ainsi que dans les règles qui président à l'adaptation de l'offre de soins.

La présente circulaire a pour objet de vous notifier, en application notamment de l'article L. 714-7 du code de la santé publique, le taux d'évolution des dépenses hospitalières pour 1996 et de vous donner les orientations qui doivent présider à la fixation par vos soins des budgets des établissements sanitaires placés sous votre contrôle, dans le strict respect de ce taux. Vous trouverez, en pièce jointe, une note technique et ses annexes.

Les instructions propres aux secteurs social et médico-social vous seront prochainement communiquées. Toutefois, les règles de gestion communes à l'ensemble des enveloppes financières soumises à taux directeur sont exposées dans la présente circulaire.

I. - LE TAUX D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES POUR 1996 ET LES MODALITÉS DE FIXATION DES BUDGETS

Le taux directeur hospitalier pour 1996 correspond, avec le financement supplémentaire des missions prioritaires de service public, au maintien global des moyens de fonctionnement existants et assure la préservation des effectifs. Dans ces conditions, l'engagement d'actions nouvelles, comme la réponse à l'évolution de l'activité hospitalière, tant quantitative que qualitative, doit venir pour l'essentiel d'une performance accrue dans l'utilisation des ressources.

a) Niveau et éléments constitutifs du taux directeur pour 1996.

Le taux directeur de l'enveloppe sanitaire pour 1996, qui a été porté à votre connaissance par lettre-circulaire (téléc) du 16 octobre 1995, est fixé à 2,10 p. 100.

Il se décompose comme suit :

- 40 p. 100 au titre des dépenses à caractère inéluctable :
 - dont 1,10 p. 100 pour l'ajustement de base des moyens ;
 - dont 0,30 p. 100 pour le financement des mesures spécifiques de personnel ;
- 70 p. 100 au titre de la marge de contractualisation.

Les éléments de calcul utilisés pour la fixation du taux directeur et le détail des mesures spécifiques de personnel sont donnés dans la note technique.

b) Le financement complémentaire de certaines missions prioritaires du service public hospitalier.

Ce financement, prévu en complément du taux directeur, à hauteur de 0,48 p. 100, est consacré aux priorités suivantes :

- 0,14 p. 100 pour la poursuite de la lutte contre le sida ;
- 0,01 p. 100 pour la prise en charge de l'hépatite C ;
- 0,06 p. 100 pour la prise en charge des toxicomanes ;
- 0,07 p. 100 pour la poursuite du plan périnatalité ;
- 0,08 p. 100 pour la sécurité transfusionnelle ;
- 0,12 p. 100 pour la réforme de la prise en charge sanitaire des détenus.

Les objectifs de ces enveloppes et les règles de gestion retenues pour leur mise en place sont données dans la note technique.

c) Les nouvelles caractéristiques du taux directeur pour 1996 et leurs conséquences.

L'évolution prévue des dépenses hospitalières autorisées, soit 2,58 p. 100 (2,10 p. 100 de taux directeur nominal et 0,48 p. 100 de mesures spécifiques) est associée, compte tenu de la hausse attendue du produit du forfait journalier ainsi que de divers autres éléments (effets déport de certaines mesures notamment), à un taux d'évolution de la dotation globale finale budgétée de 2,10 p. 100. Il est essentiel que cet objectif soit atteint. Il vous appartient, en conséquence, de porter une attention vigilante à la structure et à l'évolution des recettes des établissements, et ce notamment dès la fixation de la dotation globale et des tarifs corrélativement à celle des budgets primitifs. Une enquête sur l'évolution prévisible de la dotation globale hospitalière pour 1996 sera menée dans le courant de l'année 1996 pour vérifier que l'objectif fixé sera tenu.

Le taux de 1,10 p. 100 pour l'ajustement de base des moyens est un taux national moyen donné à titre indicatif. Élément de cadrage pour la phase d'ajustement courant des budgets hospitaliers, il impose à tous les établissements un effort de rigueur, qui doit être modulé en fonction des caractéristiques propres à chacun d'eux. Il peut impliquer dans les établissements le non-remplacement d'une partie des départs des personnels. Dans chaque région, ce taux régional moyen peut être fixé à un niveau inférieur en vue d'accentuer l'effort de redéploiement et de dégager une marge de manœuvre supplémentaire pour le financement des priorités sanitaires, dont notamment celles inscrites dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires (S.R.O.S.).

Pour conduire cette phase d'ajustement des moyens, il convient d'être en situation de pouvoir porter un diagnostic juste sur la bonne adéquation des moyens de chaque établissement au niveau et aux caractéristiques de son activité. A cette fin, outre les arguments qui peuvent être tirés de la démarche d'élaboration des S.R.O.S. et des données traditionnelles relatives aux moyens et à l'activité des établissements, vous pouvez utiliser les premiers résultats issus du programme de médicalisation du système d'information (P.M.S.I.).

De plus, vous devez vous assurer régulièrement, pour chaque établissement, de la parfaite compatibilité du niveau des dépenses engagées avec le budget alloué, et ce en l'absence de tout report de charges d'un exercice sur l'autre. Plus précisément, je vous invite à contrôler périodiquement, tout au long de l'année, que la masse salariale, charges sociales et fiscales incluses, des effectifs rémunérés est correctement calculée, budgétée et que son montant est ajusté aux crédits ouverts.

La marge de contractualisation de 0,70 p. 100 en moyenne nationale, soit 1658 MF, hors AP-HP, est répartie en francs entre les régions, après péréquation sur la base de la population hospitalisable dans le secteur public.

Son montant par région est donné dans la note technique.

Cette marge régionale, éventuellement majorée par les ressources dégagées par redéploiement dans le cadre de la phase d'ajustement courant des budgets hospitaliers, permettra d'assurer un processus de contractualisation avec les établissements. Elle doit être consacrée essentiellement au financement des priorités sanitaires, telles qu'elles ressortent des schémas régionaux d'organisation sanitaire et des orientations de santé publique arrêtées soit nationalement soit dans le cadre régional, en privilégiant les regroupements, les coopérations et toutes les autres formes de complémentarité et de mise en réseau. Toutefois, la marge peut servir à financer des moyens existants dès lors que l'établissement fait les efforts souhaitables en matière de redéploiement de personnel et de mise en réseau de son activité.

II. - LES ÉVOLUTIONS ATTENDUES DANS LE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET DANS L'INTERVENTION DES AUTORITÉS DE TUTELLE

Le renforcement durable des exigences en matière de qualité et de sécurité des soins et la permanence de la contrainte financière qui pèse sur les établissements doivent les conduire à rechercher une plus grande efficacité dans la bonne utilisation des moyens dont ils disposent. A cet égard, trois

domaines sont prioritaires : la gestion des ressources humaines, la connaissance de l'activité et le développement d'une démarche de contractualisation sur les objectifs et les moyens.

a) La gestion des ressources humaines.

Le taux d'évolution des dépenses hospitalières pour 1996, complété par les dotations spécialement consacrées aux missions de service public, assure, il faut le souligner, le maintien global de l'emploi hospitalier. Il impose aussi une meilleure allocation des effectifs et donc la remise en cause, quand c'est nécessaire, des situations dont le maintien n'est plus justifié.

Cette réalité doit conduire les acteurs locaux à mener une réflexion objective et concertée quant à la répartition quantitative et qualitative des effectifs.

Les effectifs hospitaliers non médicaux ont crû régulièrement ces dernières années mais, dans le même temps, l'activité hospitalière a augmenté et surtout les modes de prise en charge des malades, les caractéristiques des populations accueillies à l'hôpital, les pathologies elles-mêmes ont évolué.

De ce fait, les charges d'activité se sont modifiées, se sont déplacées, appelant par ailleurs au renforcement de telle catégorie de personnel plutôt que de telle autre ; au regard de ces transferts qui devraient tendre à se confirmer dans les années à venir, les moyens n'ont pas été revus suffisamment dans leur répartition de manière à ce que celle-ci reste pertinente. Il a sans doute été plus facile aux directions d'établissements de jouer, et pour partie seulement, sur les postes supplémentaires obtenus progressivement au titre d'enveloppes spécifiques ou en compensation de l'augmentation d'activité.

L'absence d'une réelle discussion interne sur la répartition des ressources humaines comme sur l'organisation du travail, d'une façon générale, apparaît à travers tous les diagnostics posés aujourd'hui sur le fonctionnement de l'hôpital. Cette faiblesse a, par ailleurs, été nettement mise en évidence à l'occasion, ces dernières années, du développement d'une politique d'amélioration des conditions de travail.

Les contrats souscrits entre les établissements et l'Etat ont porté le plus souvent sur l'achat de matériels ergonomiques, sur des actions visant à soulager la charge physique ou psychique des agents. Peu ont ambitionné d'aménager le temps de travail, les relations de travail ou la répartition des moyens au regard des besoins. L'ensemble des acteurs de cette politique pointent cette difficulté et soulignent qu'elle est liée principalement à la faible implication du corps médical sur ces sujets.

La circulaire du 21 mars 1995 sur les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail a, à cet égard, incité les établissements à privilégier des thèmes d'études et d'actions portant sur l'organisation du travail des services avec le soutien actif des médecins.

Cette stratégie doit s'affirmer tout au cours de l'année 1996.

Il convient de favoriser l'émergence d'une politique des ressources humaines plus volontariste, plus transparente et plus concertée au niveau local, comme au niveau régional, permettant d'accompagner efficacement la nécessaire adaptation de l'offre d'activité à l'évolution des pratiques cliniques et aux exigences accrues de sécurité et de qualité.

Les redéploiements induits par la mise en œuvre des orientations dégagées par les schémas régionaux d'organisation sanitaire et par la volonté de corriger certains écarts révélés par l'analyse des moyens et des missions des

établissements – notamment à travers les résultats du P.M.S.I. – peuvent s'effectuer progressivement et sans incidence pour les personnels en fonction, en mettant à profit les possibilités offertes par le *turn over* des agents.

Le non-remplacement d'une proportion de ces départs dans certains établissements ou certains services doit permettre – *a contrario* – un renforcement dans d'autres structures ou au profit d'autres catégories d'agents à la condition essentielle que ces mouvements soient discutés, affichés et expliqués dans le cadre d'une politique pluriannuelle de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Il serait préjudiciable au fonctionnement des services et aux conditions de travail des personnels de procéder différemment, et en particulier de laisser les seules circonstances déterminer les services qui pourraient supporter un gel de postes libérés (départs en retraite ou autres causes) permettant d'accroître les moyens ailleurs.

Ces impératifs doivent conduire les établissements à adopter une gestion du personnel plus anticipatrice, intégrant une connaissance plus fine des projets et des attentes, tant des personnels que des services, articulant perspective de recrutement, de développement du temps partiel, de formation continue et de mobilité et à recourir à la réalisation d'études de charges de travail et d'organisation du travail pour lesquels ils pourront prioritairement recevoir une aide financière et méthodologique comme prévu par la circulaire du 21 mars 1995 précitée.

De même, au niveau régional, les D.R.A.S.S. devront examiner plus particulièrement la faisabilité des projets médicaux en termes de moyens humains et intégrer cette dimension lors de la détermination des allocations de ressources entre établissements.

La réflexion à mener devra, bien entendu, intégrer au niveau régional comme au niveau local, la nécessaire requalification de certains emplois et ne dispensera pas de la poursuite d'une politique active en faveur de l'amélioration des conditions de travail.

b) La connaissance de l'activité.

Privilégier la planification des activités plutôt que des structures requiert de disposer d'informations sur la typologie des activités existantes, par établissement et par secteur. A cet égard, les fichiers de R.S.A. dont disposent désormais les régions dans le cadre du P.M.S.I. constituent un gisement d'informations qui, une fois exploité, apportera un éclairage essentiel sur la réalité des pratiques des établissements, contribuant ainsi à améliorer la connaissance de l'offre de soins.

La généralisation à l'ensemble du territoire du dispositif expérimenté en Languedoc-Roussillon vous permet en outre de mettre en relation les données d'activité médicales transmises par les établissements de santé et les masses budgétaires dont ceux-ci disposent. Les ratios obtenus devront naturellement être utilisés avec prudence et faire l'objet d'un travail précis de validation visant notamment à repérer d'éventuels biais dans la saisie de l'activité (R.S.A. et données d'activité externe) et dans les retraitements comptables. Ce travail, ainsi que l'analyse des écarts constatés, devra être mené en relation avec les établissements et les organismes locaux d'assurance maladie, dans les conditions prévues par la circulaire du 10 mai 1995 et la lettre-circulaire du 22 août 1995. A cette fin, il convient de faire rapidement retour aux établissements des résultats de l'exploitation des données et d'assurer leur diffusion aux services de l'assurance-maladie.

Les premiers référentiels portés à votre connaissance permettent aussi de rapporter les chiffres obtenus aux moyennes nationales établies par catégories d'établissements (C.H.R., C.L.C.C., C.H. et P.S.P.H.). Cela doit contribuer à éclairer les discussions que vous menez avec les établissements, particulièrement lors de l'examen des cas extrêmes.

c) La contractualisation des objectifs et des moyens.

Dès 1996, vous vous engagerez, aussi loin que possible, dans l'élaboration et la conclusion de premiers contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements, en partenariat avec les organismes d'assurance maladie.

En effet, l'attribution des dotations aux établissements pour des actions déterminées, que ce soit par imputation sur la marge régionale ou sur les enveloppes spécifiques de service public, doit être subordonnée à des conditions précises et explicites d'utilisation, de mise en œuvre et d'évaluation des résultats. Ces conditions doivent trouver leur place, dès 1996, dans des contrats d'objectifs et de moyens passés entre l'État, les organismes d'assurance-maladie et les établissements.

Dans ce cadre, il conviendra de distinguer ce qui relève de l'appréciation des projets proposés par les établissements des décisions de financement que vous prendrez.

L'appréciation des projets sera en effet fondée sur différents critères qualitatifs tels que l'adéquation au S.R.O.S. ou la qualité des équipes à l'origine du projet. La décision de financement devra par contre s'appuyer sur une analyse détaillée de la capacité totale ou partielle des établissements à financer par eux-mêmes leurs projets, qui débouchera pour les établissements les mieux dotés sur un financement partiel des projets que vous aurez retenus, les incitant ainsi à opérer des redéploiements.

La conclusion de tels contrats d'objectifs et de moyens suppose que les activités que les établissements se proposent de développer ou de créer puissent être mesurées et comparées. Fournissant un langage descriptif commun et un outil de quantification, le P.M.S.I. fournira des éléments utiles pour l'élaboration et le suivi de ces contrats.

L'approche contractuelle constitue également le cadre souhaitable pour planifier avec les établissements concernés la résorption des écarts sur base budgétaire, positifs ou négatifs, mis en évidence par le P.M.S.I. De premières initiatives peuvent être prises à ce titre dès 1996, sous réserve que les résultats obtenus soient vérifiés et corroborés par les données traditionnelles sur l'activité des établissements concernés.

III. – LES PRIORITÉS DE SANTÉ, L'ORGANISATION DES SOINS ET LES MODES DE PRISE EN CHARGE

Une action plus efficace pour la santé de la population suppose une meilleure prise en compte des objectifs nationaux et régionaux de santé et l'adaptation des modes de prise en charge des patients.

a) La prise en compte des objectifs de santé nationaux et régionaux.

La politique nationale de santé publique s'appuie sur les travaux du haut comité de santé publique qui a fixé les objectifs à moyen terme dans le domaine de la santé publique (rapport « la santé en France », novembre 1994). Ces objectifs, et notamment ceux qui résultent des travaux déjà engagés dans certaines régions ou résulteront des conférences régionales de santé (programmes régionaux de santé), constituent des priorités à prendre en compte lors de la campagne budgétaire.

L'action des établissements de santé doit donc clairement s'orienter vers la réalisation de ces objectifs de santé publique, dans le cadre des activités de diagnostic, de surveillance et de traitement des malades et des activités de santé publique (actions médico-sociales coordonnées, éducation pour la santé et prévention) auxquels ils participent aux termes de l'article L. 711-1 du code de la santé publique.

b) L'adaptation des modes de prise en charge.

Cette adaptation, pour une meilleure prise en compte des besoins en termes de santé, doit intégrer le plus rapidement possible l'évolution des pratiques médicales, dont la maîtrise peut permettre non seulement une amélioration thérapeutique, mais aussi une satisfaction renforcée du patient et une approche économique plus rationnelle : c'est le cas de la chirurgie ambulatoire par exemple.

Cette nécessaire adaptation des modes de prise en charge doit se fonder sur les objectifs permanents dont l'État est le garant : assurer l'égal accès aux soins, renforcer la sécurité et la qualité de ces soins.

L'action des établissements de santé doit donc clairement s'orienter vers la réalisation de ces objectifs ambitieux, aussi bien sous l'angle de leur organisation interne que de leur implication dans une filière de prise en charge, incluant d'autres établissements et certains professionnels de santé du secteur ambulatoire.

c) L'organisation des filières de prises en charge.

Sur ce plan, le travail de recomposition du paysage hospitalier doit se poursuivre en tenant compte, là encore, de la spécificité des sujets.

On voit en effet apparaître dans les régions des réponses convergentes aux besoins qui méritent d'être favorisées :

- le renforcement des structures alternatives à l'hospitalisation ;
- l'organisation d'un réseau par niveaux de soins gradués allant de la prise en charge de proximité aux plateaux lourds concernant par exemple les urgences ou l'obstétrique et ses compléments en pré et post partum ;
- la mise en complémentarité des établissements de santé, tant publics que privés ;
- l'émergence de centres référents régionaux, voire interrégionaux qui offrent aux services cliniques ou aux unités transversales de l'ensemble des établissements un pôle de recherche, de formation et d'information ; c'est le cas de la prise en charge de la douleur ou de l'hépatite C, ce devra être celui de la médecine génétique ;
- la création de réseaux ville-hôpital dans les domaines du sida ou de la toxicomanie, mais aussi pour la prise en charge des personnes démunies.

d) La recherche de l'efficacité dans l'organisation interne.

Au plan de l'organisation interne, la sécurité des activités de soins est prioritaire, de même que l'amélioration de leur qualité.

Il en est ainsi notamment pour les actions de lutte contre les infections nosocomiales et la sécurité virale, la sécurité transfusionnelle et l'hémovigilance, la sécurité et la bonne organisation des greffes et des prélèvements d'organes, la prévention des accidents médicamenteux, la médicalisation des S.M.U.R. et la mise en place de la matériovigilance. Il convient en particulier

de vérifier la manière dont les établissements ont organisé ces fonctions, l'emploi des moyens octroyés les années précédentes et la cohérence d'ensemble de la politique des établissements dans ces différents champs.

De même, les incitations à l'amélioration de la qualité, notamment dans le cadre du programme assurance-qualité (P.A.Q.), qui sera reconduit en 1996, doivent se poursuivre.

Par ailleurs, pour mieux répondre aux besoins de certaines populations, les établissements doivent être encouragés à développer une organisation interne transversale par la constitution d'équipes mobiles ou de liaison et la désignation de médecins coordonnateurs, afin d'être mieux à même de lutter contre la douleur, d'assurer dans de bonnes conditions les soins palliatifs nécessaires, de proposer aux personnes âgées hospitalisées une rééducation fonctionnelle dès le début de leur hospitalisation, et toute autre action qui constitue une priorité pour les services de soins.

La pédiatrie, la réponse à l'alcoolisme ou à la toxicomanie peuvent également s'inspirer de ce type d'organisation, dont l'objectif est de diffuser, à partir d'une unité fonctionnelle, une prise en charge dans les différents services cliniques où sont accueillis les patients. Garantir à la population l'égal accès aux soins repose en effet sur la capacité des établissements à adapter leurs modes de travail et leur organisation à des populations dont les caractéristiques doivent être mieux prises en compte.

Le renforcement des activités de prélèvement d'organes, de tissus, de moëlle osseuse et de cellules, en vue de l'amélioration et de la sécurité des greffes devra être facilité, notamment par la reconnaissance au sein des établissements de santé d'une fonction de coordonnateur hospitalier confiée de préférence à des personnels infirmiers ou cadres infirmiers. Ces personnels seront chargés d'assurer le suivi et le contrôle de la chaîne du prélèvement à la greffe et de veiller à l'accueil adéquat des familles. Le renforcement pourra porter également sur la mise en place d'astreintes opérationnelles de prélèvement confiées à des anesthésistes-réanimateurs ou à des réanimateurs médicaux.

Enfin, le rôle de l'établissement public de santé dans la prise en charge des populations en difficulté doit être renforcé, notamment par la mise en place des structures prévues dans le plan départemental d'accès aux soins : généralisation des cellules d'accueil, dispensation de soins et délivrance de médicaments en consultations externes, organisation de consultations de médecine générale sans rendez-vous...

e) Les moyens d'action.

La poursuite de ces objectifs qui va de pair avec une utilisation plus pertinente des ressources physiques (installations), financières et humaines, sera mise en œuvre grâce aux acquis résultant de la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991.

L'organisation des soins bénéficie en effet des travaux réalisés en matière de S.R.O.S. et de révision des cartes sanitaires, des règles en cours d'achèvement au niveau du ministère concernant la définition et les conditions de fonctionnement d'un certain nombre d'activités structurantes ainsi que de la reconduction ou du lancement de grands programmes relatifs à la sécurité et à la qualité des soins : périnatalité, urgences, sida, toxicomanie, prise en charge de l'alcoolisme et de l'hépatite C.

En effet, les S.R.O.S. des activités de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique sont désormais réalisés. Ils seront complétés au cours de l'année 1996 par les schémas régionaux de psychiatrie pour lesquels sera diffusé dans les prochaines semaines un guide relatif à une approche méthodologique de l'organisation sanitaire en santé mentale.

De même, en vue de permettre que soient assurées la sécurité et la qualité des soins, des textes relatifs aux normes techniques de fonctionnement des établissements ont été récemment publiés ou le seront très prochainement (sécurité anesthésique, sécurité de l'environnement périnatal...).

Les programmes prioritaires mentionnés ci-dessus pourront donc aboutir, en tant que de besoin, à une contractualisation permettant un meilleur suivi des ressources financières allouées, dans le cadre législatif actuel défini par l'article L. 712-4 du code de la santé publique, prévoyant la mise en œuvre des objectifs dans les S.R.O.S.S. ainsi que les objectifs particuliers des établissements.

Nous souhaitons que la campagne budgétaire pour 1996 soit la manifestation de nouveaux progrès dans la coordination des autorités et services régionaux et départementaux de l'Etat, dans l'esprit des dispositions du décret du 6 décembre 1994 relatif aux missions et attributions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales afin de poursuivre les objectifs du plan de modernisation des services déconcentrés des ministères sociaux et de concrétiser ceux inscrits dans les contrats régionaux et interdépartementaux récemment conclus.

De plus, je vous demande de conduire cette campagne budgétaire 1996 en associant étroitement dans le cadre régional les organismes d'assurance maladie à la définition de ces orientations et à son suivi et en informant les établissements des règles et conditions qui président à la répartition des ressources.

Fait à Paris, le 1^{er} décembre 1995.

*Le ministre du travail et des affaires sociales,
Pour le ministre et par délégation :*

Le directeur de la sécurité sociale,

R. RUELLAN

Le directeur des hôpitaux,

C. BAZY-MALAUURIE

*Le ministre délégué au budget,
porte-parole du Gouvernement,
Pour le ministre et par délégation :*

Le directeur du budget,

C. BLANCHARD-DIGNAC

ANNEXE

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Note technique sur le taux directeur sanitaire pour 1996,
la gestion des enveloppes régionales et la fixation des budgets hospitaliers

I. - ÉLÉMENTS D'INFORMATION RELATIFS À LA FIXATION DU TAUX DIRECTEUR SANITAIRE POUR 1996

a) Décomposition du taux directeur 1996.

Le taux directeur de 2,10 p. 100 se décompose en :

- un taux d'ajustement de base des moyens de 1,10 p. 100 ;
- une marge de contractualisation de 0,70 p. 100 ;
- une enveloppe « mesures spécifiques de personnel à caractère inéluctable » de 0,30 p. 100.

Le taux de reconduction de 1,80 p. 100 qui correspond à l'addition du taux d'ajustement de base des moyens et de la marge de contractualisation est fondé sur les hypothèses suivantes :

- structure des dépenses : 70 p. 100 pour les dépenses de personnel (groupe I) et 30 p. 100 pour les autres dépenses (groupes II, III et IV) ;
- évolution prévisionnelle des dépenses de personnel (70 p. 100) : 2,16 p. 100 en masse, avant prise en compte des mesures spécifiques de personnel à caractère inéluctable, comprenant :
 - 1,36 p. 100 pour les mesures salariales générales, correspondant à la progression de la valeur moyenne du point « fonction publique » (322,44 F en 1996 au lieu de 318,10 F en 1995) ;
 - 0,80 p. 100 pour l'effet G.V.T. solde.

En taux directeur, l'évolution des dépenses de personnel s'établit à 1,51 p. 100 (0,95 p. 100 pour les mesures salariales et 0,56 p. 100 pour l'effet G.V.T. solde) :

- évolution prévisionnelle des autres dépenses (30 p. 100) : 2,10 p. 100 pour les seules dépenses à caractère médical du groupe II, estimées à 14 p. 100 du total des dépenses et 0 p. 100 pour les dépenses des groupes III et IV estimées à 17 p. 100 sur les 30 p. 100.

En taux directeur, l'évolution des dépenses autres que les dépenses de personnel s'établit à 0,29 p. 100.

1,51 p. 100 pour les dépenses de personnel + 0,29 p. 100 pour les autres dépenses = 1,80 p. 100.

En 1996, la modulation de la marge régionale, maintenant désignée marge de contractualisation, a donné lieu à un nouveau mode de calcul qui tend à effacer les inconvénients relatifs à certains effets de seuil constatés l'an dernier, dus au mécanisme de péréquation retenu.

La répartition de la marge de contractualisation entre les régions figure en annexe 1.

b) Tarif journalier de soins de longue durée.

Le tarif journalier plafond, applicable dans les services de soins de longue durée en 1996, est fixé à 246,10 F, en hausse de 2,37 p. 100 par rapport au tarif moyen de l'an dernier.

Ce taux d'évolution prend en compte l'incidence des mesures générales (masse salariale et effet prix) et des mesures spécifiques (protocole Durafour et mesure « aides-soignants ») dans les termes qui sont indiqués par l'annexe n° 1 de la lettre DH/AF2/GPM/NR n° 369 du 23 octobre 1995.

II. - RÈGLES DE GESTION DE L'ENVELOPPE ET CORRECTIONS DES BASES

a) Répartition des compétences D.D.A.S.S. - D.R.A.S.S.

Le décret du 6 décembre 1994 a précisé les missions dévolues aux D.R.A.S.S. et D.D.A.S.S. Il a confié aux D.R.A.S.S. la responsabilité de l'allocation des ressources affectées aux dépenses sanitaires, médico-sociales et sociales et, par là, celle de la gestion de l'enveloppe dans le cadre régional. Toutefois, la gestion matérielle et pratique de l'enveloppe reste exercée par les D.D.A.S.S. dans le cadre départemental.

b) Procédure.

L'outil informatique d'aide à la gestion de l'enveloppe (PAGE), mis à la disposition des D.D.A.S.S. en 1990, connaît depuis 1994 trois niveaux d'utilisation :

PAGE départemental	saisie des données, en temps réel, de toutes les rubriques PAGE : <ul style="list-style-type: none">- des agrégats primitifs ;- des décisions modificatives ;- du montant des groupes de dépenses, DGF, art. R 714-3-49, résultats ;- mode de financement (code PAGE), détail des mesures.
INFOPAGE régional	Contrôle de cohérence de remontées d'informations vers l'échelon national. Extraction des états de synthèse : <ul style="list-style-type: none">- pour la répartition de l'enveloppe régionale et le suivi des décisions prises ;- pour le suivi des décisions budgétaires des D.D.A.S.S.
INFOPAGE national	Traitement et analyse des informations issues des services déconcentrés ; contrôle de l'évolution des enveloppes ; utilisation pour la détermination des marges régionales.

La liste des codes PAGE pour 1996 est fournie en annexe 2.

c) Détermination de la base de référence de la sous-enveloppe sanitaire.
1.1. Correction de bases.

Comme il est précisé dans la circulaire DH/AF/94 n° 43 du 1^{er} décembre 1994, les D.R.A.S.S. doivent s'assurer auprès des D.D.A.S.S. que les bases de référence des sous-enveloppes sanitaires départementales ont été établies conformément aux dispositions du décret du 31 Juillet 1992 et qu'une opération exceptionnelle saisie sur l'exercice 1993 pour corriger les bases des saisies sur l'exercice 1992, des dotations exceptionnelles « SUBSI » et « SUPBA » a bien été effectuée.

Chaque année, des dotations non reconductibles pour le financement de mesures non pérennes doivent être soustraites des bases des établissements et des bases départementales. Ces dotations peuvent concerner un ou plusieurs exercices. La liste des mesures rappelées ci-dessous tient compte des exercices sur lesquels la correction de base doit être opérée.

Modifications de la base 1995 :

- mensualités de remplacement.

Modifications des bases 1995 et 1996 :

- réforme des études d'infirmier ;
- classement indiciaire intermédiaire ;
- programme hospitalier de recherche clinique ;
- contrats d'amélioration des conditions de travail ;
- certaines dérogations budgétaires.

Modifications de la base 1996 :

- programme d'assurance qualité ;
- indemnité de sujétion particulière des internes ;
- sortie de certains médicaments en ville (dans des conditions qui seront précisées ultérieurement).

Les modifications de la base sont effectuées soit par la saisie, en mesures hors enveloppe, de crédits non permanents, soit par la saisie d'une opération exceptionnelle.

Le constat qui pourrait être fait par l'administration centrale de l'absence de ces corrections donnerait lieu à une minoration à due concurrence de la marge de contractualisation ou de toutes dotations spécifiques à venir.

1.2. Réduction des cotisations d'allocations familiales et des cotisations sociales sur les bas salaires dans les établissements privés.

Deux dispositifs s'appliquent.

a) Allègement des cotisations d'allocations familiales :

En application de la loi quinquennale n° 93-1313 du 20 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle une mesure d'allègement des cotisations familiales à la charge des employeurs a été mise en œuvre depuis 1994 pour les établissements de santé privés. Les effets de cette mesure pour le secteur non lucratif font apparaître pour les deux premières tranches de son application des estimations dans les conditions précisées par les circulaires interministérielles DH/AF/93 n° 39 du 22 octobre 1993 et DH/AF/94 n° 43 du 1^{er} décembre 1994 relatives respectivement aux campagnes budgétaires des exercices 1994 et 1995.

La troisième tranche de ce dispositif dont la date d'entrée en vigueur est le 1^{er} janvier 1996, prévoit une exonération totale des cotisations d'allocations familiales pour les salaires inférieurs ou égaux à 169 fois le S.M.I.C. majoré

de 20 p. 100, soit à titre indicatif et en chiffres arrondis 7 500 F mensuel, et une exonération de moitié pour les salaires compris entre ce seuil et 169 fois le S.M.I.C. majoré de 30 p. 100, soit en chiffres arrondis 8 125 F mensuel.

En 1996, compte tenu de l'extension de la mesure, l'effectif concerné est évalué à 17 p. 100 soit un gain par agent de 2 625 F ou 58 MF pour l'ensemble du secteur.

b) Réduction des cotisations patronales de sécurité sociale :

Au titre de la loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative à des mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale et de ses dispositions d'application, une réduction dégressive des cotisations de sécurité sociale à la charge des employeurs est mise en œuvre pour les rémunérations versées à compter du 1^{er} septembre 1995, comprises entre le S.M.I.C. et 1,2 ce dernier.

La réduction maximale est de 800 F. par mois pour un salarié à temps plein rémunéré au S.M.I.C. et décroît ensuite progressivement jusqu'à s'annuler pour un salaire temps plein égal à 1,2 le S.M.I.C.

Jusqu'au 1^{er} juillet 1996, cette mesure est cumulable avec celle concernant l'exonération totale ou partielle des cotisations d'allocations familiales sur les bas salaires.

c) Fusion des mesures :

A compter du 1^{er} juillet 1996, est prévue dans les dispositions de la loi de finances pour le prochain exercice la fusion dégressive des cotisations sociales patronales avec l'exonération ou l'allègement de charges concernant les allocations familiales.

Un seuil unique d'exonération est prévu sur les salaires compris entre le S.M.I.C. et 1,34 la valeur de ce dernier (8 375 F mensuel).

A titre indicatif et dans ce dispositif fusionné, les réductions du coût du travail ressortent à :

- S.M.I.C. = 1 137 F ;
- 1,10 S.M.I.C. = 802 F ;
- 1,2 S.M.I.C. = 468 F ;
- 1,3 S.M.I.C. = 134 F ;
- 1,34 S.M.I.C. = 0 F.

La fusion des mesures d'exonération en matière de charges patronales sur les bas salaires a pour corollaire la suspension de l'application du dispositif en matière de cotisations d'allocations familiales dans les conditions de la loi quinquennale précitée et de ses textes réglementaires.

Les instructions de la circulaire DH/AF n° 94-43 du 1^{er} décembre 1994 sont reconduites. Dans ces conditions, les crédits correspondant à ces mesures d'exonération devront être déduits des budgets des établissements concernés pour 1996 et retirés des bases départementales, dans les mêmes proportions, par le biais d'une opération exceptionnelle saisie en fin d'exercice 1995.

L'administration centrale a été amenée à constater que mes précédentes instructions à ce sujet ont été partiellement mises en œuvre. Il est donc demandé de veiller à leur stricte application pour l'exercice à venir et de procéder impérativement à l'inscription d'une opération exceptionnelle négative dans PAGE.

Un tableau récapitulatif des prélèvements opérés sur les établissements pour l'exercice 1995 devra être communiqué à la direction des hôpitaux (bureau AF 2) pour le 31 mars 1996. Un tableau identique sera à produire pour l'exercice 1996 à la fin du premier trimestre 1997.

c-2. Détermination de la base de la sous-enveloppe sanitaire régionale 1996.

La base de la sous-enveloppe sanitaire régionale totalise :

- les bases établissements n-1 (corrigées des crédits non reconductibles) ;
- le disponible n-1 ;
- les dotations exceptionnelles n-1 ;
- les mouvements non reconductibles n-1.

Pour 1996, la sous-enveloppe sanitaire sera déterminée à partir des éléments de calcul détaillés ci-dessus (paragraphe I-a), appliqués au total de la base de la sous-enveloppe sanitaire.

L'élargissement du cadre territorial de gestion de l'enveloppe sanitaire à la région permet d'accroître les possibilités de redéploiement de ressources entre départements et entre établissements. De même, les transferts de la sous-enveloppe sanitaire vers la sous-enveloppe médico-sociale en accompagnement de la transformation de structures à caractère sanitaire en structures d'hébergement doivent en être facilités. Dans le contexte de rigueur accrue de la gestion des dépenses à charge de l'assurance maladie, il est rappelé toutefois que cette fongibilité affirmée des ressources ne peut s'exercer que si les besoins des établissements de santé ont été correctement couverts.

c-3. Suivi des enveloppes par la D.R.A.S.S.

La gestion de l'enveloppe relevant de la responsabilité du préfet de région, la D.R.A.S.S. transmettra à l'administration centrale les informations nécessaires :

- à la validation des bases régionales ;
- au suivi de la gestion de l'enveloppe.

Les informations issues de l'application PAGE de chaque département doivent être régulièrement transmises à la D.R.A.S.S. pour alimenter le module régional de PAGE. Cette validation implique parallèlement que les responsables des services départementaux veillent à la qualité et à la célérité des remontées d'informations fournies à la D.R.A.S.S.

Le calendrier suivant, dans la mesure où il est impérativement respecté, permettra de limiter les remontées d'informations sur papier demandées par les services centraux :

- pour la fin de février 1996, envoi à l'administration centrale d'une extraction PAGE reprenant les informations quantitatives sur le déroulement de la campagne budgétaire 1995 et la base de référence 1996, après validation par les D.R.A.S.S. Il est rappelé que la base de référence départementale de la campagne 1996 n'est obtenue qu'après avoir lancé le programme « nouvelle campagne » (module util, sous-module : outils) qui a pour effet de passer en campagne courante sur 1996, de calculer la base départementale de 1996, de verrouiller les données de 1994 et les taux de 1995.
- pour le 15 mai 1996, envoi à l'administration centrale d'une extraction PAGE, après validation par les D.R.A.S.S., reprenant les données quantitatives sur les budgets primitifs 1996.

Il convient absolument de renseigner toutes les rubriques de PAGE concernant notamment le montant des groupes de dépenses, le montant de la dotation globale de financement et le montant du réajustement effectué au titre de l'article R. 714-3-49.

En l'absence de ces remontées d'informations, l'administration centrale ne sera pas en mesure d'évaluer la pertinence des demandes présentées par les régions au titre des enveloppes spécifiques ou de besoins ponctuels et ne pourra donc pas procéder aux notifications correspondantes.

III. - MODALITÉS DE FINANCEMENT DES MESURES

a) Mesures spécifiques de personnel à caractère inéluctable.

a-1. Mesures statutaires du protocole Durafour (établissements publics et privés) auxquelles il est ajouté la mesure de repyramidage de la classe supérieure des aides-soignants (établissements publics).

Le montant de cette enveloppe est égal à 0,22 p. 100 de l'enveloppe sanitaire pour l'ensemble des établissements publics et privés. Elle se décompose au niveau national en 0,16 p. 100 pour les établissements publics (protocole Durafour 0,14 p. 100 et mesure « aides-soignants » 0,02 p. 100) et 0,06 p. 100 pour les établissements privés, compte tenu d'une structure en moyenne nationale répartie entre 82 p. 100 pour le secteur public et 18 p. 100 pour le secteur privé.

Jusqu'à présent, chaque département disposait d'une enveloppe égale à ce pourcentage obtenu nationalement dans le cadre du taux directeur pour le financement des protocoles, quel que soit l'écart constaté entre sa propre structure et cette structure moyenne nationale.

Il en ira différemment en 1996 dans un souci d'une plus grande adéquation des moyens aux besoins réels de chaque département pour les raisons qui vont être exposées ci-après.

Pour l'année 1996, on constate d'abord une diminution sensible de l'enveloppe « protocole Durafour » et ensuite un accroissement de la part des établissements privés par rapport à celle des établissements publics. Cette évolution s'explique aisément.

Pour les établissements publics, le protocole Durafour (1990-1996) s'approche de son terme et le coût de l'incidence des dernières tranches (effet report de la tranche 1995 et effet masse de la tranche 1996 qui est la dernière) est moindre que celui des tranches précédentes.

Pour les établissements privés, cette tendance à la diminution existe aussi mais son effet est retardé dans le temps compte tenu du décalage d'un an dans la transposition et le financement des mesures par rapport au secteur public.

Cette évolution parallèle mais distincte conduit à un besoin de financement qui est accru pour les départements où la part du secteur privé est supérieure à la moyenne nationale (18 p. 100) et où la part du secteur public est inférieure à la moyenne nationale (82 p. 100).

A l'inverse, les départements où la part du secteur public est supérieure à cette moyenne nationale (82 p. 100), le besoin de financement est moindre.

Il appartient à chaque D.D.A.S.S. de retraiter le taux national de 0,22 p. 100 admis pour financer l'enveloppe « protocole Durafour » afin de déterminer le montant effectif de crédits auquel elle a droit compte tenu de sa structure propre. Le mode de traitement à appliquer est présenté dans l'annexe 3.

Cette annexe comprend aussi la liste des mesures applicables dans les établissements publics de santé, un état indiquant, pour chacune d'entre elles, le poids qui est le sien dans la sous-enveloppe « protocole Durafour » publique, telle qu'elle est calculée au plan national, en fonctions des effectifs concernés ainsi que la liste des textes d'application des mesures.

S'agissant des établissements privés, il est rappelé que l'enveloppe tient compte de l'incidence financière des mesures sur douze mois, quelle que soit la date d'agrément des avenants aux conventions collectives transposant le protocole Durafour.

a-2. Mesure de reprise d'ancienneté relevant du protocole Durieux, tranche 1996.

En 1996, le coût global de la mesure est compris dans le taux directeur, à hauteur de 0,03 p. 100. Mais comme les années précédentes, cette mesure sera financée dans les termes fixés par les circulaires DH/FH 3/AF 2 n° 748 du 23 juillet 1993 et n° 20 du 4 mai 1994 et fera l'objet d'une notification particulière à chaque département.

a-3. Mesure d'élargissement de l'assiette de calcul des cotisations I.R.C.A.N.T.E.C. des médecins.

Cette mesure a pour objet d'améliorer la protection sociale des médecins hospitaliers en intégrant la rémunération des gardes dans l'assiette des cotisations à leur caisse de retraite (I.R.C.A.N.T.E.C.). Les textes nécessaires à l'application de cette mesure dont la date d'effet est fixée au 1^{er} janvier 1996 sont en cours d'élaboration. Dès leur publication, vous serez informés des modalités d'attribution des crédits prévus à ce titre dans le taux directeur 1996 (0,03 p. 100).

Les instructions nécessaires à la mise en place de ces mesures et des dotations budgétaires correspondantes seront données une fois que les dispositions réglementaires auront été prises.

a-4. Mesures statutaires en faveur des pharmaciens à temps partiel (établissements publics).

Pour les pharmaciens des hôpitaux à temps partiel, le dispositif réglementaire prévoit, dans les dispositions transitoires, la transformation des postes de pharmacien gérant en postes de pharmacien à temps partiel. La mesure doit s'étaler sur quatre années. La dotation prévue à cet effet sera répartie dans les régions au prorata des postes de pharmacien gérant inscrits au tableau des emplois des établissements publics de santé. Des instructions complémentaires seront adressées après la publication du texte au *Journal officiel*.

a-5. Mesures statutaires en faveur des directeurs d'établissements (établissements publics).

Un projet de décret ayant pour objet de mettre en extinction la 4^e classe du corps des personnels de direction des établissements publics de santé et de créer un nouveau corps de directeurs d'établissements sanitaires et sociaux (comptant au plus 150 lits) est actuellement en cours de signature.

Cette réforme entraîne un coût financier.

1. Constitution du nouveau corps

a) A compter du 1^{er} août 1995 et jusqu'au 31 juillet 1997, exercice du droit d'option des personnels de direction de 4^e classe (actuellement au nombre de 950) dans le corps des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux.

(Grille indiciaire des directeurs de 4^e classe : Indice brut 359 - 750)

(Grille indiciaire des D.E.S.S. 2^e classe : indice brut 379 - 780).

b) A compter de 1996, mise en place d'un concours de recrutement annuel de D.E.S.S. - Affectation de la première promotion D.E.S.S. dans les établissements le 1^{er} janvier 1999.

2. Mesures d'amélioration des quotas d'accès des directeurs de 4^e classe à la 3^e classe pendant sept ans

Les modalités de financement de ces diverses mesures feront ultérieurement l'objet d'instructions particulières.

a-6. Mesures statutaires en faveur des médecins à diplôme étranger.

La mise en place du statut de praticien adjoint contractuel prévoit trois concours annuels dont le premier n'aura lieu qu'en juin 1996. Les résultats seront connus en octobre et donc l'affectation des praticiens adjoints contractuels ne pourra intervenir qu'en début 1997.

Cette mesure n'aura donc pas d'effet sur l'exercice 1996.

b) Enveloppes relatives aux missions prioritaires de service public.

b-1. Lutte contre le sida.

La répartition de la part régionalisée de l'enveloppe est donnée en annexe 4.

Cette annexe précise également les critères de répartition retenus ainsi que les priorités d'actions pour 1996.

b-2. Prise en charge de l'hépatite C.

Cette enveloppe d'un montant de 20 MF doit permettre d'aider la mise en place des pôles régionaux de référence et des réseaux de soins prévus par la circulaire DGS/DH n° 44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour l'hépatite C.

A la fin de l'année 1995 les premiers pôles et réseaux seront créés, et durant l'année 1996 chaque région devra disposer d'au moins un réseau de soins.

La décision d'une éventuelle attribution de moyens supplémentaires pour la réalisation de cette organisation en réseaux de soins (vacations médicales, emplois de secrétariat et paramédicaux) sera prise par l'administration centrale au vu des dossiers transmis à la direction des hôpitaux en juin-juillet 1995.

Si des modifications devaient être apportées à ces propositions initiales, il est indispensable qu'elles parviennent à la direction des hôpitaux (sous-direction de l'évaluation et de l'organisation hospitalières) avant le 31 décembre 1995.

b-3. Prise en charge des toxicomanies.

Le comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie, présidé par le Premier ministre, s'est réuni le 14 septembre 1995.

Il a adopté un programme gouvernemental orienté vers la réduction de l'ensemble des risques que la drogue fait courir à la société et qui prend en compte tous les aspects de la nécessaire mobilisation des administrations concernées (prévention, soins, insertion, répression).

La dotation fixée dans le cadre du taux directeur pour 1996 doit permettre d'améliorer la prise en charge effective des toxicomanies en secteur hospitalier. L'hôpital doit améliorer l'accueil des toxicomanes au sein de ses services :

- aux urgences pour répondre aux besoins des patients ayant simultanément des troubles somatiques et psychiatriques aigus ;
- dans les services de médecine et de chirurgie pour que la prise en charge se fasse également au titre de la toxicomanie. L'hôpital doit, également, offrir davantage de lits de sevrage.

Une circulaire de lutte contre la toxicomanie définira précisément les attentes en matière. Plusieurs axes ont été définis : création de vingt nouveaux réseaux ville-hôpital toxicomanie, de lits d'accueil médicalisés aux urgences, d'emplois médicaux et non médicaux de toxicomanie de liaison, formation du personnel hospitalier à la prise en charge des personnes dépendantes.

La décision d'attribution de moyens sera prise par l'administration centrale au vu des dossiers qui lui seront adressés à la suite de l'appel d'offre, défini par la circulaire précitée. Une grande attention sera portée aux dossiers privilégiant une organisation globale des soins pour les toxicomanes au sein de l'hôpital.

b-4. Plan périnatalité

La poursuite du plan périnatalité 1995-2000, visant à améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant lors de l'accouchement et à assurer des soins de qualité aux nouveau-nés, grâce à un meilleur suivi de femmes enceintes et au dépistage des risques éventuels en cours de grossesse, est prévue en 1996.

Au titre de 1995, l'enveloppe spécifique consacrée à cet objectif a permis le renforcement des permanences médicales dans les établissements effectuant plus de 1 500 accouchements par an. Sa répartition s'est faite sur 78 entités juridiques, y compris l'A.P.-H.P. et a contribué à la création de 95 postes médicaux temps plein ou temps partiel ainsi qu'à la mise en place ou au renforcement de 56 gardes et 44 astreintes dans les établissements où la permanence n'était pas ou peu assurée auparavant.

En 1996, le financement complémentaire des besoins exprimés en 1995 par les établissements effectuant plus de 1 500 accouchements par an, qui ont pu être satisfaits en 1995, sera assuré ainsi que l'extension de ces mesures aux établissements répertoriés comme ayant une activité comprise entre 1 000 et 1 500 accouchements par an.

Des instructions seront adressées ultérieurement en vue de préciser les conditions de répartition de cette enveloppe 1996.

b-5. Sécurité transfusionnelle.

Dans le cadre de la réorganisation de la transfusion sanguine, un certain nombre de dispositions ont été prises afin d'une part d'assurer la continuité du service public et la mise en place, dans les meilleures conditions possibles, des nouvelles structures transfusionnelles, et, d'autre part, de limiter les incidences budgétaires de cette réforme dans les établissements publics de santé membres des G.I.P.

Notamment, le principe d'une intervention financière conjointe AFS/DH destinée à faciliter la constitution du fonds de roulement des G.I.P. « transfusion sanguine » a été retenu sous forme d'une subvention du fonds d'orientation (FORTS) et/ou d'une aide budgétaire aux établissements publics de santé membres permettant de compenser partiellement ou totalement, dans le budget desdits établissements, les compléments d'apports en numéraire qui leur sont demandés.

Dans cette perspective, une commission d'attribution a été mise en place, chargée d'examiner les demandes.

En ce qui concerne plus particulièrement l'aide éventuellement apportée aux établissements de santé, l'attribution des moyens budgétaires complémentaires fait l'objet d'une procédure en cours.

Ainsi, la participation complémentaire des établissements aux G.I.P., portée au compte 2621 « apports en numéraire » pourra être totalement ou partiellement gagée par une dotation inscrite au compte 1471 « Plus values réinvesties », cette dotation étant alimentée par une provision à inscrire, dans le cadre de l'affectation des crédits complémentaires alloués, au compte 68 242 « dotations aux autres provisions réglementées ».

Par ailleurs, la création des G.I.P. a entraîné, de façon concomitante, la suppression des budgets annexes hospitaliers, selon les modalités fixées par la circulaire n° 21 du 25 avril 1995.

En particulier, le principe d'une consolidation des résultats du budget annexe en instance d'affectation avec ceux du budget général a été retenu.

En conséquence, les déficits du budget annexe restant à apurer au moment de la suppression dudit budget viendront corrigés le résultat du budget général à affecter au titre de l'exercice 1995.

Ils sont donc de nature à modifier le résultat, excédent ou déficit, dégagé au titre des activités subsidiaires, et notamment à entraîner une réduction des charges d'exploitation du budget général, dans le cadre de la première décision modificative du budget 1996.

Dans ces conditions, compte tenu de l'incidence budgétaire éventuelle de ce dispositif sur les moyens courants d'exploitation dont disposent les établissements de santé concernés, une procédure spécifique d'attribution de crédits visant à compenser totalement ou partiellement la couverture desdits résultats est envisagée.

En conséquence, et comme pour les années précédentes, le financement des actions de sécurité transfusionnelle ainsi que de l'incidence, sur le budget 1996 des établissements de santé concernés, de la réorganisation de la transfusion sanguine, à savoir notamment l'apurement des déficits des anciens budgets annexes, la compensation des moins-values d'apports effectués lors de la constitution des nouvelles structures et les mesures de reclassement des personnels, en particulier ceux des C.T.S.P., sera assuré, dans le cadre de la gestion d'une enveloppe spécifique, selon des modalités qui seront précisées ou rappelées ultérieurement.

b-6. prise en charge sanitaire des détenus.

Une part de cette enveloppe correspond à l'effet report, en année pleine, des protocoles qui ont été mis en place au cours de l'année 1995, conformément aux instructions et aux dotations régionales prévues par la circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique. Cette enveloppe prend également en compte les majorations accordées à certaines régions, par lettre du 27 juin 1995, en fonction de la variation des effectifs de détenus pour l'année 1994 et de son incidence sur la capacité réelle occupée dans les maisons d'arrêt par rapport à la moyenne des années 1991-1992-1993.

0,02 p. 100 de cette enveloppe sont, par ailleurs, réservés au volet hospitalisation de la réforme. Ils seront consacrés à la mise en œuvre d'une première tranche du schéma national d'hospitalisation des détenus, en cours d'élaboration. Les instructions nécessaires à la mise en œuvre de ce schéma seront communiquées dès qu'il aura été arrêté, en concertation avec les autres départements ministériels concernés.

c) Enveloppes reconduites.

c-1. Poursuite des contrats d'amélioration des conditions de travail.

La dynamique engagée en 1991 pour améliorer les conditions de travail dans les établissements sera poursuivie en 1996. Comme les années antérieures, ces crédits seront attribués aux établissements à titre non reconductible.

Les crédits seront déconcentrés au niveau régional. Les instructions nécessaires seront fournies ultérieurement.

c-2. Recherche clinique.

L'innovation médicale à l'hôpital est un point fort du développement de la qualité des soins et de la maîtrise des dépenses médicales, c'est pourquoi le programme d'action engagé depuis 1993 sera poursuivi selon des modalités de mise en œuvre qui seront prochainement portées à la connaissance des services et des établissements.

Il est rappelé que les dotations allouées aux établissements pour ces contrats le sont pour une durée déterminée et ne sauraient rester dans la base budgétaire.

c-3. Programme assurance qualité.

La mise en place de ce programme fera l'objet, comme en 1995, d'instructions ultérieures.

Les crédits alloués à ce titre aux établissements le sont pour une durée déterminée et ne sauraient être maintenus dans la base.

d) Autres mesures.

d-1. Sécurité de l'urgence.

En 1996, il conviendra de poursuivre la recherche d'une amélioration de fonctionnement des services d'urgence. Le report provisoire de la mise en œuvre des décrets relatifs à l'accueil et au traitement des urgences, et le gel de l'enveloppe 1995 ne doivent pas stopper les actions engagées pour la mise en conformité des sites qui ne sont susceptibles d'aucune remise en cause au regard de la réponse aux besoins de la population et pour lesquels l'insuffisance de moyens paraîtrait de nature à compromettre la qualité et la sécurité des soins.

d-2. Aide à l'investissement.

Les dispositions relatives au financement de l'investissement ont été diffusées par la circulaire DH/AF 4 n° 45 du 6 novembre 1995.

d-3. Variation importante de l'activité médicale.

Les modalités de financement des dispositions de l'article L. 174-1 du Code de la sécurité sociale et de l'article R. 714-3-37 du Code de la santé publique seront précisées ultérieurement.

IV. - POINTS PARTICULIERS RELATIFS À LA FIXATION, À L'EXÉCUTION ET AU CONTRÔLE DE L'EXÉCUTION DES BUDGETS HOSPITALIERS

a) Forfait journalier.

Le montant du forfait journalier est porté à 70 F à compter du 1^{er} janvier 1996, ce qui fera l'objet de la publication prochaine d'un arrêté. Il convient de porter une attention particulière, dans le cadre de la fixation de la dotation globale et des tarifs, à l'estimation du nombre des journées susceptibles de donner lieu à facturation de ce forfait.

b) Médicaments réservés.

Un projet de texte relatif aux conditions de prescription et de délivrance des médicaments à usage humain va créer une nouvelle catégorie d'A.M.M., celle des médicaments à prescription initiale hospitalière. Cette nouvelle catégorie permettra la mise en vente en officine de certains médicaments coûteux, jusque là distribués uniquement par les pharmacies hospitalières. Cette mesure aura un impact important en terme d'économie sur les budgets hospitaliers pour ceux des médicaments dont le financement est assuré par la dotation globale. Les établissements seront dès lors appelés à rendre les crédits rendus disponibles.

Les instructions nécessaires à la mise en œuvre de ces mesures, notamment en ce qui concerne les transferts de financement entre le secteur hospitalier public et celui de la distribution en officine, seront données en temps utile.

c) le contrôle des effectifs rémunérés.

En application de l'article R. 714-3-29. du Code de la santé publique, les D.D.A.S.S. sont en droit de demander aux établissements de santé communication de toute information nécessaire à l'exercice du contrôle de l'Etat et notamment les résultats trimestriels de la comptabilité des dépenses engagées et les tableaux trimestriels des effectifs rémunérés mentionnés à l'article R. 714-3-42.

Il appartient aux D.D.A.S.S. d'exercer un suivi particulièrement attentif des dépenses du groupe 1 en vérifiant, pour chaque établissement, l'adéquation des effectifs rémunérés avec les crédits inscrits à ce groupe.

En cas de constat d'une évolution anormale de ces dépenses par rapport au budget approuvé, il conviendra d'appeler l'attention de l'établissement concerné sur la nécessité de prendre des mesures de retour à l'équilibre. Toute persistance d'un déséquilibre prévisionnel devra être communiquée à la direction des hôpitaux (bureau AF 2).

d) Calcul des tarifs.

La structure des recettes est souvent affectée par des phénomènes de distorsion principalement imputables aux moins-values constatées sur les produits des tarifications qui induisent, par application de la réglementation, révision à la hausse de la dotation globale.

D'une manière générale, en effet, les résultats dégagés au titre de l'application de l'article R. 714-3-49-III (ancien article 28-1) se révèlent déficitaires alors que l'amélioration, d'année en année, de la qualité des prévisions d'activité devrait logiquement se traduire par des écarts marginaux entre prévisions et réalisations. Le plus souvent, la distorsion de la structure des recettes résulte de facteurs qui échappent à la maîtrise des gestionnaires hospitaliers telles que l'amélioration de la couverture sociale des populations ou les dispositions comptables relatives aux annulations et rémissions de titres.

Elle résulte aussi pour une grande part d'une surévaluation du nombre de journées prévues, ce qui conduit à sous évaluer les tarifs.

Il est souvent considéré que cette pratique a une incidence financière neutre pour les établissements hospitaliers puisque les déficits constatés sont corrigés dès l'exercice $n+1$, par application normale de la réglementation.

Il convient toutefois d'appeler l'attention des gestionnaires sur la ponction permanente de leur trésorerie à laquelle conduisent ces déficits structurels. Celle-ci a une incidence aussi bien sur les délais de paiement de l'établissement que sur le niveau de ses charges financières.

Par ailleurs, cette pratique conduit à faire supporter par l'assurance-maladie un déficit indûment majoré ne résultant pas seulement du facteur écart d'activité mais intégrant aussi l'effet de la sous-valorisation des tarifs.

Il convient donc, dans un souci de transparence budgétaire et dans la recherche de résultats aussi proches que possible de l'équilibre budgétaire, d'inciter les gestionnaires hospitaliers à évaluer, avec la plus grande finesse possible, leurs prévisions d'activité.

Cette qualité des prévisions est la condition indispensable du suivi et de la maîtrise de la dotation globale.

V. - LES DISPOSITIFS DE SUIVI DES DÉPENSES ET DES RECETTES

Compte tenu de l'importance des évolutions en cours tant en terme de campagne budgétaire que d'offre sanitaire, l'accent doit être mis sur la pertinence de votre suivi et la fiabilité des remontées d'informations qui vous sont demandées.

Pour l'exercice 1996, outre les remontées de PAGE qui ont été demandées et qui servent d'une part à suivre l'évolution des dépenses hospitalières, d'autre part à fiabiliser le calcul des enveloppes budgétaires, seront transmises les enquêtes relatives au calendrier de la campagne budgétaire (annexe 5) ainsi qu'au bilan qualitatif de la campagne budgétaire (annexe 6). Cette enquête est désormais régionale et intègre les éléments de l'enquête sur les marges de manœuvre régionale qui a été demandée par lettre circulaire du 20 mai 1994.

Dans l'hypothèse où les rubriques de PAGE départemental n'auraient pas été renseignées correctement et en temps réel, l'enquête relative à l'évolution de la structure des recettes et au suivi de la dotation globale fera l'objet d'une transmission spécifique ultérieure.

VI. - INFORMATIONS DIVERSES

a) Etablissements de santé relevant du régime du prix de journée préfectoral.

Un certain nombre d'établissements de santé privés relèvent encore aujourd'hui, pour des raisons historiques, du régime du prix de journée préfectoral ; il s'agit essentiellement d'établissements à but non lucratif n'ayant pas opté pour l'admission au service public hospitalier, d'établissements de soins de suite et de réadaptation à but lucratif et de maisons d'enfants à caractère sanitaire.

Une réforme en profondeur de ce mode de tarification est actuellement en cours de préparation et, dans cette perspective, une attention toute particulière devra être accordée aux conditions de fixation des prix de journée 1996 des établissements à but lucratif qui devraient être, en premier lieu et dès 1997, concernés par un reclassement tarifaire dans le domaine conventionnel C.R.A.M.

En effet, compte tenu des options retenues pour cette catégorie d'établissements quant à leur basculement dans le secteur sous O.Q.N. et dans l'attente d'une refonte des grilles de tarification C.R.A.M. actuellement applicables au moyen séjour, dont l'utilisation en tant que grilles d'accueil ne peut être envisagée en raison de leur inadaptation à la nature réelle des activités de

soins de suite et de réadaptation, un mode transitoire de fixation des premiers tarifs par la C.R.A.M. est prévu, à savoir un tarif « tout compris » déterminé en fonction du prix de journée précédant assurant, en tout état de cause et toute chose égale par ailleurs, un niveau de ressources équivalent à celui qui aurait résulté de l'ancien régime tarifaire.

En conséquence, les conditions de fixation des prix de journée préfectoraux au titre de l'année 1996 sont déterminantes tant en ce qui concerne la détermination de la masse nette des dépenses retenues pour le calcul du prix de revient, dont le montant doit être en adéquation avec les charges réellement constatées et reconnues justifiées par l'autorité administrative, au titre de l'exercice 1995, qu'en ce qui concerne les prévisions d'activité qui doivent être établies en conformité avec les réalisations des exercices précédents, notamment 1995.

Il convient donc de veiller à ce que les données budgétaires et les prévisions de journée retenues pour le calcul des prix de journée 1996 soient, après prise en compte de l'incorporation des résultats antérieurs, en adéquation avec le prix de revient réel 1995, correspondant au rapport entre les dépenses reconnues justifiées et les journées facturées, actualisé du taux d'évolution des dépenses 1996 appliqué à l'établissement.

Toutefois, si, en raison des contraintes de gestion d'enveloppes, il n'est pas possible d'autoriser l'inscription des crédits correspondants aux dépenses qui apparaissent justifiées eu égard à l'activité réelle de l'établissement, il conviendra également veiller à ce que le nombre de journées prévisionnelles retenu, pour le calcul des prix de journée, permette, en tout état de cause, un niveau de recettes assurant la couverture des charges admises.

Enfin, il faudra procéder, dans les meilleurs délais possibles, à la fixation des prix de journée 1996, afin d'éviter les effets « dents de scie » de la tarification préfectorale.

En effet, compte tenu du caractère non rétroactif des prix de journée, ce régime engendre un décalage entre le « prix de revient moyen » d'un exercice donné et les bases effectives de la facturation des frais de séjour correspondants, à savoir les derniers prix de journée applicables sur l'exercice précédent, pour la période allant du 1^{er} janvier à la date d'effet des nouveaux tarifs puis, à compter de cette date, les prix de journée fixés au titre de l'année en cours dont les montants sont parfois très différents des prix de revient moyens de l'année considérée.

Cependant, dans l'hypothèse où les conditions de déroulement de la procédure budgétaire ne permettraient pas d'arrêter les prix de journée 1996 en début d'année, la fixation de tarifs provisoires, à effet du 1^{er} janvier, correspondant aux prix de revient moyen de l'année 1995 limiterait ces effets.

L'ensemble des règles fixées ci-avant devrait permettre d'une part de fixer des prix de journée 1996 pouvant servir de référence à la détermination des tarifs C.R.A.M. 1997 et, d'autre part, de limiter les éventuels déséquilibres financiers 1996 et de définir, dès la présentation du compte administratif 1995, les modalités d'apurement des résultats antérieurs restant à affecter et dont l'incorporation doit intervenir sur les exercices 1997 et suivants, eu égard notamment aux règles actuelles d'étalement des déficits.

Le suivi de la campagne des prix de journée 1996 et de l'exécution des budgets ainsi que les conditions de mise en œuvre du dispositif préparatoire à la réforme tarifaire feront l'objet d'instructions ultérieures, notamment

après exploitation de l'enquête visée par la circulaire DH n° 28 du 13 juillet 1995 relative au recensement des établissements de santé relevant du régime du prix de journée préfectoral.

b) P.M.S.I. : Recherche de l'exhaustivité dans la production des R.S.A.

L'arrêté du 20 septembre 1994 a rendu obligatoire la transmission semestrielle des R.S.A. La circulaire du 10 mai 1994, confirmée sur ce point par la circulaire du 22 août 1994, en a précisé les modalités et a complété le dispositif par la transmission de données comptables retraitées.

Si ces dernières ne posent pas de problèmes particuliers de disponibilité, même si leur fiabilité doit être améliorée, il apparaît que certains établissements n'ont pas encore atteint un taux d'exhaustivité dans la production des R.S.A., compatible avec une exploitation utile par vos services.

Il vous appartient dans ce cas de demander aux établissements un rapport expliquant ce retard dans la mise en place du P.M.S.I. et décrivant précisément les mesures adoptées pour remédier à cette situation afin d'atteindre 80 p. 100 d'exhaustivité pour le 31 mars 1996 et 100 p. 100 pour le 30 septembre 1996.

Ces établissements ne devront recevoir, sauf si la sécurité des soins est en cause, de crédits au titre de leurs nouveaux projets.

Par ailleurs, il est rappelé que, conformément aux dispositions de la circulaire du 10 mai 1994, les D.R.A.S.S. devront fournir, avant le 28 février 1996, un rapport sur les résultats du PMSI et des travaux qui auront été menés, en concertation avec les établissements, pour analyser les écarts mis en évidence.

c) Cotisation au fonds mutualisé de soutien à l'informatique hospitalière.

Le montant de cette cotisation volontaire est inchangé (circulaire DH/AF n° 92-50 du 30 novembre 1992).

d) Intérêts moratoires.

L'article 68 de la loi n° 94-679 du 8 août 1994 portant diverses dispositions d'ordre financier a introduit dans le Code de la santé publique un article L. 714-9-1 qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1996. Cet article ouvre la possibilité au représentant de l'Etat :

- de mandater d'office le montant des intérêts moratoires, lorsque ceux-ci ne sont pas mandatés en même temps que le principal ;
- d'effectuer d'office les virements de crédits nécessaires entre les comptes d'un même groupe et entre les groupes, si les crédits ouverts ne permettent pas de procéder au règlement des sommes en jeu, dans l'hypothèse où l'ordonnateur ou le conseil d'administration n'ont pas pris les dispositions qui s'imposaient en termes budgétaires.

Le décret d'application, en cours de signature, fixe, après concertation avec le ministère de l'économie et des finances, à 50 000 F le seuil de mandatement au-delà duquel la procédure précisée plus haut pourra être mise en œuvre.

e) Taxe sur les bureaux en Ile-de-France.

L'article 40 de la loi de finances rectificative pour 1989 (n° 89-936 du 29 décembre 1989), précisé et complété par la loi de finances pour 1991 (n° 90-1168 du 29 décembre 1990), prévoit la perception, dans la région Ile-de-France, d'une taxe annuelle sur les locaux à usage de bureaux, depuis le 1^{er} janvier 1990.

Le ministre de l'économie, des finances et du Plan vient de rappeler, par lettre du 18 octobre 1995, que cette taxe, en l'absence de disposition législative spécifique, s'impose à l'ensemble des établissements de santé des départements de Paris, Seine-et-Marne, Hauts-de-Seine, Essonne, Yvelines, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Val-d'Oise, dans les conditions précisées par les instructions de la direction générale des impôts du 12 février 1990 (BOI 8 P-1-90) et du 14 février 1991 (BOI 8 P-2-91).

Des rappels, accompagnés de majorations, ayant d'ores et déjà été adressés à plusieurs établissements publics de santé, il convient de veiller à ce que l'ensemble des établissements concernés procèdent aux déclarations nécessaires et au règlement de cette taxe, dans les délais réglementaires, ce qui peut nécessiter, le cas échéant, l'octroi, sur les enveloppes dont vous disposez, de crédits complémentaires.

f) Paiement des frais irrépétibles.

De plus en plus fréquemment, les juridictions administratives condamnent la partie perdante à verser à la partie gagnante le remboursement des frais irrépétibles (art. L. 8-1 du code des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel ; art. 75-1 de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991).

L'attention des gestionnaires hospitaliers est appelée sur le fait que l'exécution du jugement impose le paiement de ces frais qui doivent être majorés systématiquement, même lorsque le jugement ne l'indique pas, du montant des intérêts moratoires (C.E., Mme Loubet, 30 mars 1994, Lebon p. 173).

g) Gérance de tutelle.

Aux termes de l'article 499 du code civil, le juge de tutelle, constatant le peu d'importance des biens d'un malade protégé, peut se borner à désigner comme gérant de tutelle, sans subrogé tuteur ni conseil de famille, un préposé appartenant au personnel administratif de l'établissement de traitement.

L'article 1^{er} du décret n° 69-195 du 15 février 1969 précise que les établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics et privés choisissent parmi leurs préposés la personne la plus qualifiée pour être désignée, le cas échéant, comme gérant de tutelle.

Il semble que cette obligation d'organiser, au sein des services, cette fonction de gérance de tutelle soit souvent perdue de vue par les établissements de santé, ce qui conduit bien souvent le juge des tutelles à avoir recours à des mesures de protection beaucoup plus lourdes telle que la tutelle d'Etat.

Il convient donc de s'assurer du respect des obligations légales dans l'ensemble des établissements concernés et, en premier chef, les établissements psychiatriques, ce qui peut conduire à dégager, par redéploiement interne ou par affectation de crédits sur les enveloppes dont vous disposez, du temps de personnel non médical nécessaire à cette fonction.

h) Franchise postale.

La transmission des documents relatifs au recouvrement des titres de recettes (factures, titres de recettes, relances, etc.) ne bénéficiera plus, à compter du 1^{er} janvier 1996, du régime antérieur, qui se caractérisait par le financement par l'Etat d'un forfait postal pour le transport de ces plis. En effet, à compter de cette date, l'ensemble du courrier des administrations qui circulait en franchise postale devra être affranchi.

Cependant, cette mesure ne se traduira pas par une majoration des charges des établissements publics de santé, les coûts supplémentaires étant supportés par le Trésor public pour l'année 1996.

i) Procédure budgétaire.

La loi du 31 juillet 1991 et le décret du 31 juillet 1992 ont clairement organisé la procédure contradictoire à mettre en œuvre en matière de procédure budgétaire. Il semble cependant qu'il existe des différences d'interprétation des dispositions de l'article L. 714-7, en ce qui concerne le destinataire de la décision du représentant de l'Etat.

Afin de tenir compte des dispositions de l'article L. 714-12 qui désigne le directeur comme représentant légal, tout en respectant la lettre de l'article L. 714-7, il convient de transmettre, dans le même temps, au directeur et au président du conseil d'administration des établissements publics de santé, la décision budgétaire du représentant de l'Etat.

ANNEXE JOINTES

- Annexe n° 1. – Répartition de la marge de contractualisation 1996.
- Annexe n° 2. – Liste des codes page 1996.
- Annexe n° 3. – Mesures des protocoles Durafour 1996.
- Annexe n° 4. – Répartition de l'enveloppe sida 1996.
- Annexe n° 5. – Tableau de bord de la campagne budgétaire 1996.
- Annexe n° 6. – Bilan qualitatif de la campagne budgétaire 1995.

SP 3 332
102

ANNEXE I

RÉPARTITION DE LA MARGE RÉGIONALE
DE CONTRACTUALISATION 1996

(En millions de francs.)

RÉGIONS	MARGE RÉGIONALE
Alsace	62,5
Aquitaine	73,6
Auvergne	43,4
Basse-Normandie	51,7
Bourgogne	60,3
Bretagne	102,8
Centre	84
Champagne-Ardenne	42,2
Corse	4,3
Franche-Comté	43,1
Haute-Normandie	56,1
Ile-de-France	121
Languedoc-Roussillon	48,6
Limousin	25,1
Lorraine	81,7
Midi-Pyrénées	58,5
Nord - Pas-de-Calais	136,9
Pays de la Loire	89,4
Picardie	74,8
Poitou-Charentes	60,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	102,8
Rhône-Alpes	176,5
Guadeloupe	13
Martinique	17
Guyane	6
Réunion	22
Total	1 658

ANNEXE II

LISTE DES CODES PAGE DES MESURES HORS ENVELOPPE

CODE mesure	LIBELLÉ	CODE nature	CODES existant en 1995 et maintenus en 1996	CODES à créer en 1996
SIDA	SIDA.	AFNAT	X	
DOTNAT	Dotation nat. (activité méd.).	AFNAT	X	
EVACLI	Evaluation clinique.	AFNAT	X	
TRANS2	Sécurité transfusionnelle.	AFNAT	X	
URG	Restructuration de l'accueil des urgences.	AFNAT	X	
PERNAT	Plan péri-natalité.	AFNAT	X	
SURETE	Investissements immobiliers de sécurité.	AFNAT	X	
REPANC	Reprise ancienneté FPH.	NPROT	X	
PROTOC	Protocole Evin-Durafour.	RPROT	X	
DURACT*	Protocole Durieux. Enveloppe régionale pour l'amélioration des conditions de travail.	RPROT	X	
DURACO	Protocole Durieux : enveloppe nationale pour l'amélioration des conditions de travail.	NPROT	X	
DURALL	Allocations d'études élèves infirmiers.	RPROT	X	
PROMED	Mesures statutaires et indemnitaires personnel médical.	DEROG	X	
CES	Contrats emplois-solidarité.	DEROG	X	
UCANSS	Nouvelle classification des emplois.	DEROG	X	
DMG	DM gagées sur produits activités subsidiaires.	DMG	X	
GARDE	Revalorisation des gardes et astreintes médicales.	AFREG	X	
DETENU	Prise en charge sanitaire des détenus.	AFREG	X	
PAQ**	Programme d'assurance qualité.	AFNAT	X	
ENVREG	Marge de manœuvre régionale indéfinie.	AFREG	X	
PERREG	Marge de manœuvre régionale dépenses de personnel.	AFREG	X	
MEDREG	Marge de manœuvre régionale dépenses médicales et pharmaceutiques.	AFREG	X	
LOGREG	Marge de manœuvre régionale dépenses hôtelières et générales.	AFREG	X	
INVREG	Marge de manœuvre régionale amortissements et frais financiers.	AFREG	X	
ENVNOS	Marge régionale infections nosocomiales.	AFREG	X	

CODE mesure	LIBELLÉ	CODE nature	CODES existant en 1995 et maintenus en 1996	CODES à créer en 1996
DEPPER	Dépenses personnel.	DEROP	X	
SURINV	Surcoûts investissement.	DEROP	X	
DEVACM	Développement activités médicales nouvelles.	DEROP	X	
DOTATR	Dotation trésorerie - Créances irrécouvrables.	DEROP	X	
REVDGF	Révision art. R. 714-3-37.	DEROP	X	
AUTDER	Autres dérogations.	DEROP	X	
TOXICO	Prise en charge des toxicomanes.	AFNAT		X
HEPATC	Prise en charge hépatite C.	AFNAT		X
* Libellé à modifier. ** Instructions complémentaires à paraître en 1996 (+ IRCANTEC).				

ANNEXE III

**LISTE DES MESURES DU PROTOCOLE DURAFOUR
AYANT UNE INCIDENCE EN 1996
POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ**

	EFFET REPORT sur 7 mois de la mesure appliquée depuis le 1 ^{er} août 1995	EFFET MASSE sur 5 mois de la mesure applicable à compter du 1 ^{er} août 1996	EFFET DÉPORT de la mesure appliquée antérieurement
CATÉGORIE A : - relèvement de l'indice terminal des directeurs d'écoles paramédicales et de sages-femmes - revalorisation de l'indice terminal des ingénieurs - revalorisation du 1 ^{er} grade d'ingénieur subdivisionnaire (régularisation) - revalorisation de l'indice terminal des psychologues	X	X	X
CATÉGORIE B : Classement indiciaire intermédiaire des infirmiers et autres paramédicaux : - création du 1 ^{er} grade et reclassement - création du 2 ^e grade (2 ^e tranche) - création du 2 ^e grade (3 ^e tranche) Autres mesures : - fusion B type (3 ^e tranche) - création du 3 ^e grade B type (2 ^e tranche) - création du 3 ^e grade B type (3 ^e tranche) - création du 1 ^{er} grade B type - création du 2 ^e grade B type	X	X	X (partiel)
CATÉGORIE C : - création d'un grade de débouché en E 3 (3 ^e tranche) - création d'un grade de débouché en E 3 (4 ^e tranche) - revalorisation de l'échelle 4 de rémunération - revalorisation de l'échelle 5 de rémunération - création du nouvel espace indiciaire (3 ^e tranche) - création du nouvel espace indiciaire (4 ^e tranche)	X	X	X

	EFFET REPORT sur 7 mois de la mesure appliquée depuis le 1 ^{er} août 1995	EFFET MASSE sur 5 mois de la mesure applicable à compter du 1 ^{er} août 1996	EFFET DÉPORT de la mesure appliquée antérieurement
NOUVELLE BONIFICATION INDICIAIRE : - nouvelle bonification indiciaire divers per- sonnels sanitaires : - 6 ^e tranche - 7 ^e tranche	X	X	
PERSONNELS SOCIO-EDUCATIFS :	X		X

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Enveloppe pour le financement des mesures relevant du protocole Durafour 1996 et de la mesure « aides-soignants »

Structure de l'enveloppe de 0,16 p. 100 sur une base 100.

SP 3 332
102'

I. - PROTOCOLE DURAFOUR :

Catégorie A	1,1
Catégorie B	31,4

Classement indiciaire intermédiaire des infirmiers et autres paramé-
dicaux :

- 2 ^e grade CII 2 ^e tranche (7/12) et 3 ^e tranche (5/12)	20,7
- 1 ^{er} grade CII effet déport	- 40,5

Autres mesures :

- fusion B type 3 ^e tranche (7/12)	14,3
- création 3 ^e grade B type 2 ^e tranche (7/12) et 3 ^e tranche (5/12)	13,5
- création 1 ^{er} grade B type (5/12)	20,6
- création 2 ^e grade B type (5/12)	2,8

Catégorie C	32,8
- création grade de débouché en E 3 3 ^e tranche (7/12) et 4 ^e tranche (5/12)	9,6
- revalorisation de l'échelle 4 de rémunération (7/12)	8,2
- revalorisation de l'échelle 5 de rémunération (5/12)	7,0
- création NEI 3 ^e tranche (7/12) et 4 ^e tranche (5/12)	8,0

Nouvelle bonification indiciaire 17,2

Personnels socio-éducatifs 1,5

II. - MESURE « AIDES-SOIGNANTS » 16,0

Protocole du 9 février 1990 (7^e tranche)
Mesures prises en faveur des personnels de la fonction publique hospitalière
(prévisions 1996)

Textes

CATÉGORIE A

Revalorisation de l'indice terminal des psychologues..... à prendre
Revalorisation de la carrière des ingénieurs à prendre

CATÉGORIE B

Création du 3^e grade du B type (3^e tranche) ... décret n° 94-1096 du 16 décembre 1994
Création du 1^{er} grade du B type »
Création du 2^e grade du B type »
2^e grade C II : 3^e tranche décret n° 94-73 à 77 du 25 janvier 1994

CATÉGORIE C

Grade de débouché en E 3 (4^e tranche) décrets n° 94-246 et 247 du 25 mars 1994
Revalorisation E 5 arrêté du 14 janvier 1991
NEI (4^e tranche) décrets statutaires des personnels administratifs techniques et ouvriers
NBI à prendre

FICHE DE RECALCUL DE L'ENVELOPPE RELATIVE
AUX MESURES DE PERSONNEL
(protocole Durafour et mesure « aides-soignants »)

Enveloppe sanitaire 1996 : 261 Mrds F.
Enveloppe Durafour « public » (354,3 MF) et mesure « aides-soignants » (67,5 MF) : 421,8 MF, soit 0,16 p. 100.
Enveloppe Durafour « privé » : 164,5 MF, soit 0,06 p. 100.
Enveloppe Durafour et mesure « aides-soignants » : 586,3 MF, soit 0,22 p. 100.
Pour une structure « public/privé » de l'enveloppe sanitaire égale à 82 p. 100/18 p. 100 au plan national.

Exemple d'un département avec une enveloppe sanitaire de 3 000 MF

Le montant de son enveloppe théorique s'établit à 6,6 MF (0,22 p. 100 de 3 000 MF).

1. Avec une structure « public/privé » conforme à la moyenne nationale.
Public 0,16 p. 100 = 4,8 MF ; privé 0,06 p. 100 = 1,8 MF ; total 0,22 p. 100 = 6,6 MF ;
Public : 82 p. 100 de 3 000 MF = 2 460 MF ;
4,8 MF / 2 460 MF = 0,20 p. 100.
Privé : 18 p. 100 de 3 000 MF = 540 MF ;
1,8 MF / 540 MF = 0,33 p. 100.
2. Avec une structure « public/privé » de 100 p. 100/0 p. 100.
Public : 100 p. 100 de 3 000 MF = 3 000 MF ;
3 000 MF x 0,20 p. 100 = 6 MF.
Privé : 0 p. 100 de 3 000 MF = 0 MF ; 0 MF x 0,33 p. 100 = 0 MF.
6 MF + 0 MF = 6 MF.
3. Avec une structure « public / privé » de 90 p. 100/10 p. 100.
Public : 90 p. 100 de 3 000 MF = 2 700 MF ;
2 700 MF x 0,20 p. 100 = 5,4 MF.
Privé : 10 p. 100 de 3 000 MF = 300 MF ; 300 MF x 0,33 p. 100 = 1 MF.
5,4 MF + 1 MF = 6,4 MF.
4. Avec une structure « public/privé » de 70 p. 100/30 p. 100.
Public : 70 p. 100 de 3 000 MF = 2 100 MF ;
2 100 MF x 0,20 p. 100 = 4,2 MF.
Privé : 30 p. 100 de 3 000 MF = 900 MF ; 900 MF x 0,33 p. 100 = 3 MF.
4,2 MF + 3 MF = 7,2 MF.

Dans ce cas, le besoin de financement atteint 7,2 MF et le montant de l'enveloppe autorisée est porté à ce niveau.

5. Avec une structure « public/privé » de 60 p. 100/40 p. 100.
 Public : 60 p. 100 de 3 000 MF = 1 800 MF ;
 $1\,800 \text{ MF} \times 0,20 \text{ p. } 100 = 3,6 \text{ MF}$.
 Privé : 40 p. 100 de 3 000 MF = 1 200 MF ; $1\,200 \text{ MF} \times 0,33 \text{ p. } 100 = 4 \text{ MF}$.
 $3,6 \text{ MF} + 4 \text{ MF} = 7,6 \text{ MF}$.

Dans ce cas, le besoin de financement atteint 7,6 MF et le montant de l'enveloppe autorisée est porté à ce niveau.

6. Avec une structure « public/privé » de 50 p. 100/50 p. 100.
 Public : 50 p. 100 de 3 000 MF = 1 500 MF ;
 $1\,500 \text{ MF} \times 0,20 \text{ p. } 100 = 3 \text{ MF}$.
 Privé : 50 p. 100 de 3 000 MF = 1 500 MF ; $1\,500 \text{ MF} \times 0,33 \text{ p. } 100 = 5 \text{ MF}$.
 $3 \text{ MF} + 5 \text{ MF} = 8 \text{ MF}$.

Dans ce cas, le besoin de financement atteint 8 MF et le montant de l'enveloppe est porté à ce niveau.

ANNEXE IV

ENVELOPPE RELATIVE À LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Une enveloppe supplémentaire de 240 MF viendra en 1996 s'ajouter aux dotations successives qui ont été dégagées depuis 1989. Cette ressource nouvelle est d'abord destinée à financer la mesure de la charge virale et le coût des médicaments spécifiques sida.

Pour le prochain exercice budgétaire, la somme des crédits mobilisables pour la gestion des soins dans les hôpitaux s'élèvera, compte tenu de l'application des différents taux directeurs, à 3 341 millions de francs.

Répartition des crédits pour 1996.

147 MF sont attribués aux régions de métropole et d'outre-mer hors A.P.-H.P. Ces crédits couvrent, essentiellement, les dépenses médicales (examens et médicaments), pour les montants indiqués dans le tableau joint à la présente annexe.

93 MF sont mis en réserve au niveau national.

Cette réserve incluant la dotation de l'A.P.-H.P. est également destinée à financer les postes de praticiens hospitaliers ainsi que les divers aléas relatifs à une évolution importante de l'activité.

Dans l'ensemble des C.I.S.I.H. et des établissements apparentés, l'attribution supplémentaire de moyens, au cas où elle s'avérerait nécessaire, sera conditionnée à la production régulière des données fournies par le dispositif automatisé de suivi épidémiologique, médical et économique des patients atteints par le V.I.H. : le D.M.I. 2, l'enquête sur la consommation des anti-viraux et l'enquête jour donné.

Indicateurs utilisés.

Les crédits délégués aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales (se reporter au tableau ci-joint) ont été évalués à partir de la confrontation de trois indicateurs retraçant les évolutions récentes de l'épidémie et de sa prise en charge. Les informations utilisées sont les suivantes :

- la déclaration des cas de sida diagnostiqués au cours des deux dernières années (année 1994 et année 1995) ;
- la fréquentation hospitalière des patients au cours des trois dernières enquêtes (de juin 1994 à juin 1995) ;
- la consommation d'A.Z.T. au cours du premier semestre 1995.

Le calcul des crédits accordés aux régions a été effectué en tenant compte de l'ensemble des dotations et dérogations déjà attribuées depuis 1988. Selon l'usage, les éléments de calcul seront transmis aux destinataires de ces crédits. Si les directions régionales des affaires sanitaires et sociales le jugent utile, la mission sida pourra, sur demande, communiquer une proposition de répartition par département établie à partir des informations dont elle dispose.

SP 3 332
102

La campagne budgétaire 1996 privilégiera :

1. La mesure de la charge virale :

La mesure de la charge virale (technique de quantification de l'A.R.N. plasmatique) est un nouveau test biologique proposé aux patients atteints par le V.I.H. Un groupe d'experts procède actuellement, à la lumière des acquis récents de la recherche, à un examen des indications de prescription des tests de charge virale et de leurs conséquences thérapeutiques. Les conclusions de ce groupe seront disponibles au début de l'année prochaine. Elles permettront de déterminer le nombre de tests nécessaires, fonction de la file active hospitalière et du stade de la maladie. Les coûts en réactifs étant élevés, il convient d'être attentif sur l'utilisation des crédits spécifiques sida dans d'autres domaines avant la remise du rapport des experts. L'ensemble des C.I.S.I.H. doit pouvoir réaliser en routine la mesure de la charge virale en 1996. La mise en place de cette mesure est une action prioritaire.

2. Le financement des coûts en médicaments :

Les résultats préliminaires d'essais thérapeutiques laissent présager chez certains patients une plus grande efficacité d'une bithérapie antirétrovirale par rapport à une monothérapie. Une augmentation très importante du coût des médicaments sida, notamment antirétroviraux, va être enregistrée au sein des hôpitaux en 1996.

L'analyse des données issues des pharmaciens hospitaliers et du D.M.I. 2 représente un moyen de suivi de l'évolution des prescriptions qu'il conviendra d'utiliser pour adapter les dotations budgétaires.

La mission sida peut, sur demande, apporter une aide technique pour l'évaluation des besoins en ce domaine tant au niveau régional que départemental.

Emplois médicaux et non médicaux.

A l'identique de la procédure employée en 1995, il est prévu de créer six emplois de praticiens hospitaliers plein temps au titre de la lutte contre le sida. Les demandes des établissements, conformément aux procédures relatives à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers, seront transmises, au tout début de l'année 1996, par le médecin inspecteur régional. Ces demandes ne seront prises en compte que si elles sont accompagnées, pour le service demandeur, d'un état récapitulatif des personnels médicaux existants, des vacances médicales utilisées, et de l'état de la file active des patients gérés par le service en 1995. Les demandes ne seront instruites qu'accompagnées de ces informations. L'attribution de ces emplois relève exclusivement d'une compétence nationale.

La création des emplois non médicaux et l'ouverture de vacances médicales doivent être limitées au strict minimum (augmentation d'activité justifiée, ou création de postes de techniciens de virologie pour assurer la mesure de la charge virale).

Compte rendu des campagnes budgétaires.

Chaque direction régionale des affaires sanitaires et sociales devra fournir à la direction des hôpitaux - mission sida un compte rendu précis de l'affectation des crédits 1996 reçus et des postes créés selon le modèle utilisé en 1995.

Pour l'année 1996, ce compte rendu devra être impérativement et définitivement fourni pour le 10 septembre 1996.

La mission sida de la direction des hôpitaux (tél : 40-56-45-36, télécopie : 40-56-58-30) se tient à la disposition des services pour examiner toute difficulté que l'application de ces instructions serait susceptible d'entraîner.

LUTTE CONTRE LE SIDA DANS LES HÔPITAUX EN 1996

Répartition par région des crédits supplémentaires destinés au fonctionnement
(hors Assistance publique - hôpitaux de Paris)

(En millions de francs.)

Alsace	3,0
Aquitaine	6,4
Auvergne	3,0
Basse-Normandie	3,1
Bourgogne	1,1
Bretagne	1,2
Centre	1,1
Champagne	4,1
Corse	0,2
Franche-Comté	3,0
Haute-Normandie	1,2
Ile-de-France	27,0
Languedoc-Roussillon	9,8
Limousin	2,8
Lorraine	4,0
Midi-Pyrénées	6,6
Nord	2,0
Pays de la Loire	9,6

Picardie	3,2
Poitou-Charentes	3,0
Provence - Alpes - Côte d'Azur	31,5
Rhône-Alpes	9,9
Antilles-Guyane	8,5
Réunion	1,7
Total	147,0

SP 3 332

102

ANNEXE V

À TRANSMETTRE PAR LA D.D.A.S.S.
À LA DIRECTION DES HÔPITAUX - BUREAU AF 2

au plus tard le 15 mars et le 30 juin

Tableau de bord de la campagne budgétaire année

DÉPARTEMENT : 	PUBLICS	P.S.P.H.	AUTRES sanitaires	TOTAL
Nombre d'établissements sanitaires :				
Nombre de budgets transmis complets (décompter seulement les budgets H) : - avant le 15/10 (ou avant le 1/11) ; - après.				
Nombre de lettres de procédure contradictoire envoyées* : - dans le délai de 45 jours ; - après.			///////// ///////// ///////// ///////// /////////	
Nombre d'arrêtés fixant la D.G. (ou le prix de journée) signés : - avant le 1/1 ; - après.				
Nombre de budgets approuvés : - avant le 1/1 ; - au 1/2 ; - au 1/4 ; - au 1/6 ; - au-delà.			///////// ///////// ///////// ///////// ///////// ///////// ///////// ///////// /////////	
* Concerne uniquement les budgets transmis complets avant le 15/10.				

- les crédits de la marge régionale ont été attribués au budget primitif :
 - nombre de budgets à partir du 1/1 ;
 - nombre de budgets à partir du 1/2 ;
 - au-delà ;
- les crédits relatifs aux enveloppes spécifiques déconcentrées ont été attribués au budget primitif :
 - nombre de budgets à partir du 1/1 ;
 - nombre de budgets à partir du 1/2 ;
 - au-delà ;

- les approbations tardives des budgets primitifs (au-delà du 1/2) sont liées :
 - aux délais de répartition de l'enveloppe OUI NON ;
 - aux difficultés de procédure avec le P.C.G. OUI NON ;
 - à d'autres motifs (préciser) ;
- y a-t-il des recours contentieux déposés par les établissements ?
OUI combien : NON ;
 - pour non-respect des délais de la procédure contradictoire ;
 - pour d'autres motifs (préciser).

SP 3 332
102

ANNEXE VI

BILAN QUALITATIF DE LA CAMPAGNE BUDGÉTAIRE 1995

Ce bilan retrace la répartition de la marge de manœuvre sanitaire régionale. Il concerne 21 régions métropolitaines et 3 régions d'outre-mer. Pour 1995, le montant de la marge de manœuvre sanitaire régionale était de 1,486 milliard de francs.

L'objectif de ce bilan est double :

- photographie de la campagne budgétaire 1995, il reprend les grandes priorités nationales de la circulaire budgétaire ;
- prospectif, il doit permettre aux services déconcentrés de gérer au mieux le niveau de leurs engagements pour les exercices ultérieurs.

I. - LA CAMPAGNE BUDGÉTAIRE 1995

Cinq régions ont réparti un montant de crédits supérieur au montant de la marge qui leur était alloué :

- une D.R.A.S.S. a opéré une retenue de 0,1 p. 100 sur le taux de base de 2 p. 100 alloué à chaque département ;
- une autre a abondé le montant de sa marge de 5,7 MF au moyen d'un reversement effectué par un C.H.U. ;
- une troisième avait constitué, au cours des exercices précédents, une réserve régionale.

Sept D.R.A.S.S. ont redéployé des crédits pour un montant de 46,2 MF (soit 3,2 p. 100 de la marge régionale) vers le secteur médico-social.

Quatre D.R.A.S.S. ont consacré 23,2 MF (1,8 p. 100 de la marge régionale) à la création d'emplois médicaux et non médicaux.

82 p. 100 des crédits ont été ventilés entre les objectifs généraux de la circulaire budgétaire et le fonctionnement des établissements.

1. Les objectifs généraux de la circulaire budgétaire

Il s'agit de la mise en œuvre des S.R.O.S. et de la sécurité des maladies. Ils représentent 18,7 p. 100 des crédits.

La mise en œuvre des S.R.O.S. : concerne 12,9 p. 100 des crédits de la marge régionale. La dispersion va de 43,5 p. 100 à 2,1 p. 100. Quatre régions n'ont pas financé cette opération.

La sécurité des malades : les priorités sanitaires nationales définies par la circulaire budgétaire représentent 5,8 p. 100 des crédits. Ces crédits concernent principalement les déchets, les urgences, les infections nosocomiales. On remarque donc que ces priorités sont financées au moyen des enveloppes spécifiques prévues à cet effet.

2. Le fonctionnement des établissements

Il s'agit de la reconduction des moyens, des ajustements budgétaires et des surcoûts liés à l'investissement. Ces financements représentent 64 p. 100 des crédits de la marge régionale.

La reconduction des moyens : le taux de reconduction de 2,68 p. 100 correspondait à l'addition du taux moyen région (2 p. 100) et de la marge régionale (0,68 p. 100). Il ressort du bilan que la moitié des régions n'ont consacré aucun crédit de la marge régionale à la reconduction des moyens. Ces crédits représentent 23,3 p. 100 de la marge régionale. La dispersion va de 83,3 p. 100 à 5,52 p. 100.

Les ajustements budgétaires : ils concernent 10 p. 100 des crédits. 9 régions n'ont pas ajusté les budgets des établissements avec la marge régionale. La dispersion va de 63,3 p. 100 à 1,8 p. 100.

Les surcoûts d'investissement : leur prise en charge sur les crédits de la marge régionale représente en moyenne 30,7 p. 100. La dispersion va de 53,5 p. 100 à 6,4 p. 100. C'est le poste de dépenses le plus important. Cette année encore, la marge régionale est fortement obérée par le financement des surcoûts d'investissement.

3. La répartition de la marge régionale par groupe de dépenses

C'est le groupe I (44,7 p. 100 des crédits) et le groupe IV (36,1 p. 100 des crédits) qui sont principalement abondés par les crédits de la marge régionale. On peut s'étonner du faible niveau du financement des dépenses médicales et pharmaceutiques dans la mesure où elles seraient à l'origine des dérapages budgétaires comme liées à la hausse de l'activité.

II. - LES ENGAGEMENTS PLURIANNUELS

Ils portent principalement sur les surcoûts d'investissement, la mise en œuvre des S.R.O.S. et les ajustements budgétaires. Pour les trois exercices à venir, leur montant prévisionnel est le suivant :

- 1996 : 340 MF (pour 17 régions) ;
- 1997 : 236 MF (pour 14 régions) ;
- 1997 : 155 MF (pour 12 régions).

Ces montants étant particulièrement élevés, les services sont une fois encore appelés à gérer prudemment la marge régionale.