

SECRETARIAT D'ETAT  
 À LA SANTÉ ET À L'ACTION SOCIALE  
 Direction des hôpitaux  
 Sous-direction  
 des affaires administratives  
 et financières  
 Bureau du financement  
 des établissements de santé - AF 2  
 Sous-direction de l'évaluation  
 et de l'organisation hospitalière  
 Direction de la sécurité sociale  
 Sous-direction du financement  
 de l'offre de soins  
 Bureau des établissements de santé - 1 A  
 Direction générale de la santé  
 Sous-direction - Santé des populations  
 Bureau promotion  
 et prospective en santé - SP 1

**Circulaire DGS-SP 1-SQ/DSS-1 A/DH-EO-AF 2 n° 99-627 du 16 novembre 1999**  
**relative à la campagne budgétaire pour 2000 des établissements sanitaires**  
**financés par dotation globale**

SP 3 332  
 3185

NOR : MESH9930576C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Code de la santé publique, notamment les articles L. 714-7, L. 766 et suivants ;  
 Loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la  
 sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme ;  
 Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions ;  
 Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle ;  
 Articles L0. 111-3 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;  
 Décret n° 88-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre 1er du livre VII du code de la santé publique et  
 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la  
 réanimation néonatale (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) ;  
 Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles  
 doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique,  
 de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de santé publique (troisième partie  
 : décrets) ;  
 Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès aux soins et à la  
 prévention ;  
 Guide méthodologique de conduite de campagne ;  
 Circulaire DSS-A/DH-AF 2 n° 98-700 du 26 novembre 1998 relative à la campagne budgétaire des  
 établissements sanitaires financés par dotation globale ;  
 Circulaire MARTHE/DAS/DH-EO4-AF 2 n° 99-345 du 15 juin 1999 ;  
 Circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS n° 99-578 du 14 octobre 1999 ;

Circulaire DH-AF 2 n° 99-465 du 30 juillet 1999 relative au bilan d'étape de la campagne budgétaire ;  
Circulaire DSS-1 A/DH-AF 2 n° 99-593 du 26 octobre 1999 relative à la clôture de la campagne budgétaire pour 1999.

Pièces jointes :

Tableaux notifiant les dotations régionalisées de dépenses hospitalières pour 2000 ;

Tableau présentant les principaux programmes régionaux de santé ;

Tableau synthétique du bilan des priorités de santé publique.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, la secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) La présente circulaire a pour objet de vous préciser les priorités de santé publique et d'organisation des soins à prendre en compte dans le cadre de la campagne budgétaire pour 2000 des établissements sanitaires financés par dotation globale. Elle vous notifie également les dotations régionalisées provisoires de dépenses hospitalières pour 2000 dans l'attente de vote par le Parlement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Les montants définitifs seront notifiés dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

La répartition de ces dotations doit répondre aux objectifs fixés pour la politique hospitalière : promouvoir la qualité et la sécurité des soins, réduire les inégalités de santé et adapter l'offre de soins aux besoins.

## I. - LES PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ORGANISATION DES SOINS

La politique régionale d'allocation de ressources doit s'appuyer sur les priorités de santé publiques définies au niveau national, ainsi que sur les priorités régionales, dégagées notamment à l'occasion de la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

### 1.1. Les priorités de santé publique pour 2000

La campagne budgétaire pour 2000 des établissements de santé doit être l'occasion de poursuivre les actions engagées en 1999 par les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé pour la prise en compte des priorités de santé publique.

Il appartient au directeur régional des affaires sanitaires et sociales, en sa qualité de secrétaire du comité permanent de la conférence régionale de santé et de vice-président de la commission exécutive de l'agence, d'assurer le lien entre les travaux de la conférence et la politique de l'agence régionale de l'hospitalisation.

#### 1.1.1. Les priorités et programmes régionaux de santé

Le dispositif conférences de santé-programmes régionaux de santé a permis d'impulser depuis trois ans une dynamique de mobilisation des acteurs, tout en initiant un décloisonnement institutionnel, en créant des liens entre les domaines sanitaires et sociaux, les questions de prévention et de traitement. Plusieurs évaluations menées au cours de l'année 1999 par la direction générale de la santé ont confirmé l'intérêt de cette politique novatrice, le niveau régional étant considéré comme particulièrement propice à une logique de contractualisation.

Pour conforter ce dispositif, il importe que vous renforciez la déclinaison horizontale des programmes régionaux de santé, en développant une logique de contractualisation sur les objectifs de prévention, de soins et de rééducation.

1.1.1.1. Soixante-treize programmes régionaux de santé sont actuellement développés sur l'ensemble du territoire. Vous trouverez en annexe I la liste des thèmes retenus par chaque région.

1.1.1.2. Les priorités qui n'ont pas encore donné lieu à l'élaboration d'un programme régional de santé sont également à prendre en considération par les établissements de santé en particulier dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus par vos soins. L'agence doit, en retour, rendre compte à la conférence régionale de santé des actions des établissements de santé correspondant aux priorités retenues par la conférence.

1.1.1.3. Votre attention est attirée sur les conférences régionales de santé. Centrées sur le suivi des priorités régionales et l'état d'avancement des programmes régionaux de santé, elles seront aussi l'occasion d'analyser les articulations entre ces programmes et les schémas régionaux d'organisation sanitaire et d'envisager de façon prospective une plus grande mutualisation des objectifs et des moyens.

### 1.1.2. Les priorités nationales de santé

Parmi les dix priorités de santé publique identifiées en 1996 par la conférence nationale de santé, les quatre priorités ayant un impact plus directement sur les établissements de santé restent d'actualité :

- la prévention et la promotion de la santé de l'enfant et de l'adolescent ;
- la prévention, le dépistage et la prise en charge du cancer et du diabète ;
- les affections iatrogènes et les infections nosocomiales ;
- les inégalités inter et intra-régionales de santé.

De plus, en 1999, la conférence a abordé le thème « vieillissement et politique de santé », qui s'inscrivait parmi les dix priorités retenues en 1996.

### 1.1.3. La sélection de vos priorités d'actions

Les critères proposés les années précédentes pour guider votre sélection demeurent valides. De plus, les priorités seront déterminées en prenant mieux en compte les capacités d'intervention des acteurs sans se baser sur les seules données épidémiologiques classiques. Pour être retenu dans vos priorités d'actions, un programme régional de santé doit avoir un caractère d'exemplarité et faire l'objet d'une contractualisation, avec des partenaires identifiés, des moyens et des objectifs précis.

## 1.2. Les priorités de la politique d'organisation des soins hospitaliers

La direction des hôpitaux a réalisé un bilan des priorités de santé publique qui ont été prises en compte pour conduire la politique budgétaire hospitalière au cours des années 1997, 1998 et 1999. Un tableau synthétique, joint en annexe II, rend compte des actions mises en place à l'aide des crédits spécifiquement délégués pour chacune des priorités recensées.

Par nature, les priorités de santé publique s'inscrivent dans la durée. C'est pourquoi vous poursuivrez les actions déjà engagées au cours des deux ou trois exercices précédents en matière d'évaluation, de rationalisation et de mise aux normes des installations de sécurité anesthésique, de l'accueil et du traitement des urgences et de périnatalité. Vous veillerez tout spécialement à ce que les établissements de santé intensifient leurs efforts dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales et autres affections iatrogènes, les soins palliatifs, la lutte contre la douleur. Vous les accompagnerez financièrement lorsque leur situation budgétaire l'imposera.

En application de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, les établissements de santé devront être des acteurs importants pour assurer une pleine application de cette loi à partir du 1er janvier 2000.

En outre, une attention particulière devra être portée aux établissements apportant leur concours à la lutte contre le SIDA et l'hépatite C afin d'aider les premiers à réaliser les nouveaux tests de résistance et les seconds à mettre en oeuvre les plus récentes recommandations en matière de prise en charge des patients.

De plus, les établissements de santé, notamment ceux qui assurent le service public hospitalier, doivent contribuer à une meilleure prise en charge des personnes toxicomanes ou alcoolodépendantes

et des personnes âgées.

Enfin, il vous appartient de susciter la création de nouveaux réseaux de soins dont la vocation est d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité.

#### 1.2.1. La lutte contre les infections nosocomiales et les autres affections iatrogènes

La précédente circulaire du 17 novembre 1998 relative aux priorités de santé publique incitait à engager une démarche globale de réduction de la iatrogénie. Cette démarche est applicable tant à la lutte contre les infections nosocomiales qu'à la lutte contre la iatrogénie en général. C'est pourquoi il est souhaitable d'encourager les établissements de santé à développer une organisation transversale de gestion des risques iatrogènes, notamment par la coordination des structures et commissions déjà en place au sein des établissements (comité de lutte contre les infections nosocomiales, comité du médicament, comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance, correspondant de matériovigilance, commission locale de surveillance des gaz à usage médical...).

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales, dont la composition est élargie par un projet de décret en cours de signature, est un comité pluridisciplinaire regroupant les personnels soignants médicaux et paramédicaux, administratifs, médico-techniques ; la composition, telle qu'elle est prévue par le projet de décret, doit permettre d'associer, dans la plupart des cas, les correspondants des vigilances « produits » et le président du comité du médicament.

Ce projet de décret prévoit également la mise en place, dans les trois ans, d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, composée de personnels compétents, chargés de mettre en oeuvre les actions nécessaires à la surveillance et à la prévention des infections nosocomiales. Il est possible de recourir à des formules de coopération inter-établissements afin de mutualiser les moyens et les compétences. Quant à la sécurité vis-à-vis du risque infectieux lié aux dispositifs médicaux à usage multiple, elle doit être assurée par le respect de bonnes pratiques d'entretien (désinfection, stérilisation). Les actions, déjà mises en oeuvre dans ce domaine devront être poursuivies et complétées en ce qui concerne les procédures d'entretien des matériels utilisés lors de la réalisation des actes endoscopiques explorant les cavités non stériles.

Rappelons qu'en application de la circulaire DH/FH 93-342 du 14 juin 1999, la lutte contre les infections nosocomiales figure parmi les actions de formation continue à privilégier pour l'année 2000.

#### 1.2.2. Les soins palliatifs

Dans le cadre du plan triennal de développement des soins palliatifs lancé en avril 1999, et en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, les actions engagées devront être poursuivies.

Les crédits dégagés à hauteur de 150 millions de francs en 1999 afin de soutenir le développement d'équipes mobiles et d'unités de soins palliatifs constituent une mesure pérenne. Dans le cadre du montant total de dépenses hospitalières pour 2000, une nouvelle dotation spécifique permettra de financer de nouveaux projets (équipes mobiles, unités, HAD, réseaux de soins palliatifs), qu'il vous appartient de sélectionner dans un souci de meilleure réponse aux besoins.

Enfin, en matière de formation continue, la prise en charge des soins palliatifs en équipes pluridisciplinaires est une des priorités d'actions nationales pour l'année 2000.

Il est utile de rappeler que, dans un premier temps, il est conseillé de soutenir le développement des équipes mobiles de soins palliatifs au sein des établissements. En effet, elles ont pour objectif de faciliter l'intégration et la pratique des soins palliatifs par l'ensemble des services concernés. Elles jouent également un rôle pivot dans la mise en place de réseaux. En permettant de mieux apprécier les besoins réels de l'établissement, elles peuvent constituer une étape préliminaire à la création d'une unité de soins palliatifs. La création de telles unités de soins palliatifs dans les CHU, qui ont une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, est à encourager en raison de leur rôle spécifique

en matière de formation.

Il s'agit donc, d'assurer, sur tout le territoire, un développement harmonieux des soins palliatifs, soit dans l'hôpital, soit au sein de structures alternatives à l'hospitalisation, en particulier l'hospitalisation à domicile.

### 1.2.3. La lutte contre la douleur

Le plan triennal d'action de lutte contre la douleur, lancé en novembre 1997, devra se poursuivre en l'an 2000. Il s'agit de veiller plus particulièrement à :

- l'intégration dans le projet d'établissement d'une réflexion et de proposition concernant la prise en charge de la douleur, et notamment de la douleur aiguë ;
- la mise en place des différents outils d'information (carnet douleur), d'évaluation (échelles visuelles analogiques, questionnaires de sortie) et de prescription (ordonnances sécurisées) ;
- l'intégration, dans les projets de formation des établissements, d'actions pluridisciplinaires portant sur la prise en charge de la douleur ;
- la pérennisation et au bon fonctionnement des structures de lutte contre la douleur rebelle existantes ou en cours de création.

Une évaluation régionale du dispositif devra être effectuée. Les modalités vous en seront précisées en fin d'année.

### 1.2.4. La lutte contre le SIDA : les tests de résistance

L'abaissement et le maintien de la charge virale à un niveau aussi bas que possible sont les objectifs principaux du traitement par les anti-rétroviraux.

Cet abaissement témoigne d'une prolifération virale très réduite dans le système lymphoïde et limite le risque de résistance aux médicaments, donc d'échappement virologique. La résistance est une cause majeure de l'échec thérapeutique ; elle est liée à des mutations sur les gènes des enzymes rendant les souches virales insensibles aux anti-rétroviraux concernés.

La détection de ces mutations s'effectue par des tests génotypiques à partir de l'ARN viral plasmatique. Leur interprétation est complexe du fait du nombre croissant de mutations impliquées dans la résistance aux anti-rétroviraux et de l'interaction possible de ces mutations entre elles.

Les indications des tests génotypiques ont été rendues publiques en octobre 1999 par le groupe d'experts présidé par le professeur Jean-François Delfraissy (Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH - rapport 99 - ministère de l'emploi et de la solidarité - Médecine - Sciences - Flammarion). Afin de pouvoir réaliser ces tests en continu, une aide financière pourra être accordée aux hôpitaux en fonction de leur activité dans le domaine de la lutte contre le VIH.

### 1.2.5. La lutte contre l'hépatite C

La croissance du nombre de patients atteints d'hépatite C pris en charge se poursuivra en 2000 sous l'effet des mesures prises dans le cadre du programme national de lutte contre cette maladie, et, en particulier, des campagnes de dépistage qui vont être lancées sur les plans national et régional. Depuis 1997, les indicateurs d'activité montrent une augmentation du nombre de recours aux soins et du nombre de patients mis sous traitement. Environ 8 000 traitements ont été initiés par les services hospitaliers en 1998. En l'an 2000, environ 15 000 patients devraient être mis sous traitement.

L'activité de soins se développe essentiellement dans les centres spécialisés où les délais d'attente s'allongent. Les services ont été confortés en 1998 (enveloppe : 13 MF).

Cependant, compte tenu des avancées thérapeutiques, il est vraisemblable que les consultations vont encore se développer puisque l'hépatite C touche 1 % de la population. Il paraît nécessaire de continuer à soutenir les équipes hospitalières, dont l'activité croît fortement.

Par ailleurs, la dernière conférence de consensus de février 1999 recommande une mesure de la charge virale et un test génotypique en bilan pré-thérapeutique, et trois mesures qualitatives de l'ARN

viral en cours de traitement, ce qui provoquera une augmentation de la charge de travail, ainsi qu'un surcoût des réactifs dans les laboratoires de virologie hospitaliers.  
Enfin, la réalisation des études en milieu hospitalier doit être maintenue et accompagnée. De plus, de nombreux essais thérapeutiques se développent. Il devient nécessaire de mettre à disposition des pôles de références des personnels formés comme les techniciens d'études cliniques.

#### 1.2.6. La mise en place de la couverture maladie universelle

En l'an 2000, la mise en oeuvre de la couverture médicale universelle (CMU) sera une priorité des établissements sanitaires et sociaux et, à ce titre, les 300 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mises en place fin 1999 devraient, en coordination avec les personnels sociaux et administratifs des hôpitaux, jouer un rôle important pour informer de leurs droits nouveaux les bénéficiaires potentiels de la CMU et, en particulier, les plus démunis.  
Les initiatives prises en ce sens par les établissements de santé seront soutenues chaque fois que cela s'avérera nécessaire.

#### 1.2.7. La prise en charge des personnes toxicomanes ou alcoolo-dépendantes

La circulaire n° 346 du 15 juin 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes toxicomanes a permis la création d'équipes de liaison supplémentaires financées à hauteur de 11 millions de francs pour l'année 1999. Cet effort doit être poursuivi en l'an 2000, car, bien qu'important, il est encore insuffisant. Les difficultés varient selon les régions, en fonction de l'importance de la toxicomanie, des types de consommations, du dispositif existant.  
Il apparaît souhaitable que soient améliorés l'accueil et la prise en charge aux urgences des personnes toxicomanes ; développées les possibilités d'hospitalisation pour sevrage, bilan et soins ; amorcé ou poursuivi un suivi concernant les problèmes liés à la dépendance (avec orientation adéquate) ; engagés des processus de formation du personnel hospitalier ; développés des outils d'observation de l'activité hospitalière en matière de toxicomanie.  
Dans son plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies préconise le développement de ces équipes de liaison, dans la perspective de leur insertion au sein d'équipes d'addictologie. La création d'équipes devra tenir compte des compétences acquises, des besoins régionaux et des données épidémiologiques locales.

#### 1.2.8. La prise en charge des personnes âgées

Le groupe de travail inter-directionnel, animé par la direction de l'action sociale, a rendu ses conclusions en juin 1999. Certaines propositions concernent plus particulièrement les établissements de santé et seront retenues au titre des priorités de santé publique de l'an 2000.  
A ce titre, les établissements de santé seront invités à participer à la politique de maintien des personnes âgées à domicile en développant notamment des réseaux de soins gérontologiques ville-hôpital, l'hospitalisation à domicile et en s'appuyant également sur les services de soins à domicile. Par ailleurs, quelle que soit la taille des établissements de santé, il est nécessaire qu'ils s'organisent pour que les personnes malades de plus de soixante-quinze ans soient examinées rapidement par un médecin compétent en gériatrie quel que soit le service d'hospitalisation, et si possible avant leur admission ainsi qu'aux urgences.  
Les centres hospitalo-universitaires devront par ailleurs développer des équipes mobiles gériatriques associant une équipe paramédicale et une assistance sociale. En cas d'impossibilité de dégager des postes à temps plein, une organisation fonctionnelle devra être mise en place pour répondre à cet objectif de prise en charge.  
La conférence nationale de santé a insisté en 1999 sur la nécessité de faire bénéficier la personne âgée de bilans d'évaluation individuelle globale. En fonction des besoins de la population et des plateaux techniques, et afin d'améliorer la coordination des soins, les établissements devront s'organiser en réseaux pour développer des centres d'évaluation de premier niveau (proximité) et des

centres d'évaluation de second niveau ayant vocation à devenir également centres experts pour la maladie d'Alzheimer.

#### 1.2.9. - La prise en charge des IVG

Le droit de recourir à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) constitue depuis 1975 en France un droit pour toutes les femmes.

Cependant, de nombreuses difficultés sont portées à la connaissance du ministère, en particulier pendant la période estivale (rapport Nisand sur l'IVG en France). Deux instructions (du 28 juin 1999 et du 2 août 1999) ont rappelé les mesures à prendre pour assurer la continuité de la prise en charge des IVG.

Une circulaire, qui vous est envoyée parallèlement, vient compléter ces instructions en vue d'améliorer la prise en charge par les établissements hospitaliers des activités d'IVG. Il appartient d'ores et déjà de veiller à ce que les mesures préconisées, de nature à améliorer concrètement l'accès des femmes aux établissements de santé pratiquant les IVG, soient pleinement et rapidement mises en oeuvre.

#### 1.2.10. - La mise en place des conseils de bloc opératoire

La circulaire 674 du 17 novembre 1998 relative aux priorités de santé publique à prendre en compte pour l'allocation de ressources aux établissements de santé pour 1999 mentionnait la nécessité pour chaque établissement de mettre en place, sous l'égide de la commission médicale d'établissement, un « conseil de blocs opératoires » afin de faciliter l'organisation des blocs opératoires.

Il est effectivement évident que la dispersion du personnel ne permet aucune économie d'échelle. La perspective de la mise en place d'un repos de sécurité au décours de la garde doit être un élément de plus de la prise de conscience de la nécessité absolue de rationaliser l'organisation de l'anesthésie.

Vous recevrez prochainement une circulaire spécifique sur ce sujet.

#### 1.2.11. - Les réseaux de santé

Les réseaux de santé, dont les réseaux de soins font partie, sont des organisations fonctionnelles ayant pour objet la prise en charge globale de personnes atteintes de pathologies lourdes ou chroniques ou de populations spécifiques. Ils sont constitués entre des professionnels libéraux, des établissements de santé ou des organismes à vocation sanitaire ou sociale. Ils sont centrés sur les besoins des personnes concernées et visent à améliorer la qualité du service.

Trois grands types de réseaux existent à ce jour :

- le dispositif des réseaux expérimentaux relevant de la procédure dite « Soubie » ;
- le dispositif visant à développer la coopération hospitalière : réseaux de soins et communautés d'établissements ;
- le dispositif des réseaux ville-hôpital : VIH, toxicomanie, hépatite C, alcool, personnes en difficulté.

Les réseaux de soins constituent un outil appréciable d'évolution dans notre système de santé. Il vous appartient de soutenir les réseaux existants et de susciter la création de nouveaux réseaux dès l'instant où ils répondent à un besoin clairement identifié et où le cahier des charges définit précisément leur objectifs et prend en compte deux fonctions essentielles : la coordination, l'animation et la formation des professionnels.

Concernant plus particulièrement l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie, ainsi que celle des personnes diabétiques, la pluridisciplinarité des prises en charge sera favorisée et des réseaux seront constitués pour garantir la coordination et la continuité des soins.

#### 1.2.12. - Le plan de soutien à la médecine d'urgence

L'amélioration de l'accueil et du traitement des urgences s'inscrit toujours comme une priorité pour 2000. Effectivement, l'organisation générale ayant fixée par les SROS, vous allez en 2000 statuer sur les demandes d'autorisation relatives à l'accueil et au traitement des urgences. Ceci doit être l'occasion de dresser le bilan le plus exhaustif possible de la réalité de la présence médicale et non médicale dans ces sites.

Par ailleurs, un effort important a été fait au titre des urgences en 1999 et se poursuivra en 2000 :

- une revalorisation du statut d'assistant est engagée ;
- un renforcement des effectifs est possible au sein d'une nouvelle enveloppe permettant de financer 200 créations de postes ;
- 100 postes de praticiens hospitaliers, dont 20 pour les CHU, seront créés.

Ces efforts doivent se coupler aux efforts internes des établissements pour assurer aux sites qui seront autorisés un personnel qualifié en effectif suffisant.

Rappelons que 256 postes ont été ouverts au concours de praticien hospitalier de 1999. Pour 2000, ce nombre devrait être au minimum égal, voire plus important.

### 1.2.13. - La mobilisation des ressources médicales

Les SROS ayant été arrêtés, il est maintenant nécessaire de s'attacher à définir les établissements et les disciplines pour lesquelles la persistance de postes réellement vacants entrave le bon fonctionnement du système de soins hospitaliers.

Pour résoudre ce problème spécifique, plusieurs pistes doivent être présentes à l'esprit et sont à adopter au cas par cas en fonction de chaque situation. Il vous est rappelé :

- qu'il est parfois possible de favoriser la transformation d'un poste de praticien en poste d'assistant, dont le titulaire pourra dans un deuxième temps bénéficier d'un poste de praticien hospitalier ;
- qu'il peut être envisagé de rattacher ces postes vacants à un hôpital pivot, l'activité partagée entre deux établissements pouvant donner lieu à l'indemnité d'activité multi-établissement (2 500 francs par mois) ;
- qu'il vous est possible de demander la création de postes de praticiens hospitaliers pour compléter une équipe ; effectivement, c'est souvent la surcharge d'activité qui décourage les candidats ; à partir du moment où il existe un véritable projet de réseau inter-établissement, il apparaît légitime que ce projet, s'il le nécessite, puisse donner lieu à l'attribution de postes complémentaires (soit de praticien hospitalier, soit d'assistant).

## II. - LA COMPOSITION ET LA GESTION DES DOTATIONS RÉGIONALISÉES DE DÉPENSES HOSPITALIÈRES POUR 2000

Les dotations régionalisées de dépenses hospitalières intègrent l'ensemble des mesures à financer dans le cadre des budgets primitifs des établissements de santé financés par dotation globale, et notamment les effets reports des revalorisations des traitements de la fonction publique intervenues en 1999, ainsi que certaines mesures spécifiques de santé publique ou de personnel.

La part du montant total de dépenses hospitalières déléguée en début d'exercice est supérieure à celle de 1999, afin de faciliter votre gestion de la campagne budgétaire. Les dotations connaissent, de ce fait, une évolution moyenne sensiblement supérieure à l'an passé.

2.1. L'évolution des dépenses hospitalières encadrées permet aux établissements sanitaires financés par dotation globale de faire face à leurs missions

2.1.1. Le montant total provisoire de dépenses hospitalières encadrées pour 2000 progresse de 2,5 %



Pour 2000, et sous réserve de l'adoption par le Parlement de la loi de financement de la sécurité sociale, l'objectif de dépenses d'assurance maladie pour les établissements sanitaires financés par dotation globale est fixé à 246 941 millions de francs (hors soins de longue durée), pour la France métropolitaine, en évolution de 2,39 % par rapport à l'objectif de 1999, corrigé des effets de champ connus. En intégrant l'évolution des dépenses de soins de longue durée (2,9 %), les dépenses d'assurance maladie progressent de 2,40 %.

A cet égard, nous attirons particulièrement votre attention sur l'intégration dans la dotation globale des établissements anciennement financés par prix de journée préfectoral des dépenses afférentes aux soins ambulatoires qui en étaient jusqu'à présent exclus. Cet effet de champ interviendra au 1er janvier 2000. De très prochaines instructions vous apporteront à ce sujet les précisions nécessaires. La réforme du mode de financement des établissements anciennement financés par prix de journée préfectoral sera ainsi achevée.

Le taux d'évolution des dépenses encadrées est supérieur au taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie. En effet, en 1998 et 1999, la progression des dépenses d'assurance maladie a été moins rapide que celle des dépenses hospitalières encadrées en raison d'une inversion de l'effet de déformation de la structure des recettes par rapport à 1996 et 1997.

Pour 2000, il a donc été décidé d'ajuster le montant total des dépenses hospitalières à ce qu'autorise le montant de l'objectif de dépenses d'assurance maladie, et de faire ainsi bénéficier les établissements de santé des effets favorables de déformation de la structure de recettes constatés ces deux dernières années. Le montant total des dépenses hospitalières encadrées progresse donc de 2,5 % et est fixé à 265 790 millions de francs, toujours sous réserve de confirmation par arrêté interministériel.

Le respect de l'objectif des dépenses d'assurance maladie pour 2000 dépend largement de l'évolution et de la déformation de la structure des recettes, c'est pourquoi nous vous demandons de porter une attention toute particulière à cet effet.

La part de la dotation globale dans les recettes hospitalières a connu des recalages importants, ces dernières années, jusqu'au budget primitif pour 1999 inclus. Les moins-values de produits de l'activité hospitalière (296 millions de francs cette année) devraient donc être très faibles en 1999. De plus, l'équilibre entre plus-values et moins-values constaté dans les comptes de 1998 ne devrait pas autoriser de recalage massif de la dotation globale au budget primitif pour 2000. A cet égard nous vous demandons d'examiner avec vigilance les propositions des établissements.

Par ailleurs, la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) au 1er janvier 2000 aura des effets multiples sur la déformation de la structure de recettes qu'il conviendra de mesurer très finement pendant l'exercice 2000, mais qui ne produiront pleinement leurs effets qu'en 2001 et 2002. La part de la dotation globale devra donc rester stable dans les recettes des budgets primitifs de 2000. Comme les années précédentes, vous demanderez aux établissements de vous informer de l'évolution de leurs recettes et des facteurs pouvant expliquer d'éventuelles variations.

Il convient de souligner par ailleurs que pour la troisième année consécutive, le montant du forfait journalier hospitalier n'a pas été modifié, afin de ne pas alourdir la part restant à la charge des usagers.

L'augmentation des dépenses hospitalières encadrées atteint près de 6,5 milliards de francs, soit l'équivalent de certaines dotations régionalisées. Elle permet de financer l'effet de glissements-vieillesse-technicité (GVT) de la masse salariale, l'effet d'extension, en année pleine, de la hausse des traitements décidés en 1999, ainsi que leur transposition au secteur privé non lucratif, permettant la couverture du coût de la réduction du temps de travail dans ces établissements.

Le montant total des dépenses hospitalières intègre le financement des effets d'extension, en année pleine, de mesures engagées partiellement en 1999, ainsi que des mesures nouvelles pour 2000, notamment un certain nombre de mesures permettant la mise en oeuvre des priorités de santé publique du Gouvernement, avec, au premier chef, le développement des soins palliatifs, la lutte contre les exclusions et la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme. Il prend en compte, également, des mesures statutaires cotisations assises sur la masse salariale des établissements publics de santé. Enfin, l'évolution des dépenses hospitalières vous permettra et permettra aux établissements de poursuivre l'effort de recomposition du tissu hospitalier et la mise aux normes des installations.

### 2.1.2. Les dépenses des unités de soins de longue durée progressent de 2,9 %

L'année 2000 est le premier exercice budgétaire d'application de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, qui s'applique aux unités et centres de soins de longue durée dans les conditions rappelées par notre circulaire du 15 juin 1999, visée en référence.

Les priorités à prendre en compte pour conclure les premières conventions tripartites et les modalités d'organisation de la campagne budgétaire des établissements concernés vous ont été indiquées par la circulaire du 14 octobre dernier, visée en référence. La mise en oeuvre de la nouvelle tarification dans les unités ou services de soins de longue durée peut se traduire par des surcoûts pour l'assurance maladie, notamment en application du mécanisme prévu par l'article 30 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 (« clapet anti-retour »). Il vous appartiendra dans ce cas d'utiliser vos dotations régionales de dépenses pour les soins de longue durée et, s'il y a lieu, en lien avec les préfets de région et de département, d'organiser un transfert de moyens financiers des dotations médico-sociales vers vos dotations régionales.

De même, dans le cas contraire, vous organiserez un transfert financier de vos dotations régionales vers les dotations médico-sociales.

Toutefois, la tarification et le financement des unités ou services de soins de longue durée qui n'auront pas signé de convention tripartite s'effectuera en début d'année 2000 selon les règles applicables antérieurement. C'est la raison pour laquelle est fixé un tarif journalier plafond provisoire qui sera confirmé par arrêté interministériel après le vote de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce tarif plafond augmente de 2,9 % et est fixé à 270,30 francs au 1er janvier 2000.

Les dotations régionales ont été établies par application de ce même taux d'évolution de 2,9 %, qui couvre les mesures salariales, l'effet glissement-vieillesse-technicité, la hausse des taux des cotisations assises sur la masse salariale des établissements publics et la revalorisation de la carrière des aides-soignants de la fonction publique hospitalière.

### 2.1.3. Les dépenses d'assurance maladie et les dépenses hospitalières en outre-mer traduisent la poursuite de l'effort de convergence pour ces régions

Comme en 1999, les départements d'outre-mer et la collectivité territoriale de Mayotte bénéficient globalement d'un objectif de dépenses d'assurance maladie en évolution plus soutenue qu'en métropole (+ 5 %). Cet effort continu permettra de poursuivre la convergence engagée les années passées, tout en faisant face aux surcoûts spécifiques des DOM (majoration des traitements dans la fonction publique, charges liées à l'insularité et à l'éloignement, octroi de mer, etc.)

Le montant total provisoire de dépenses hospitalières des établissements sanitaires d'outre-mer financés par dotation globale (y compris à Mayotte) pour 2000 est ainsi fixé à 7,227 milliards de francs, en évolution de 4,9 % par rapport à l'exercice 1999. En effet, une meilleure connaissance de la structure des recettes, dont l'effet est cependant défavorable dans les DOM, permet de ramener de 0,3 % à 0,1 % la provision constituée à cette fin. Par conséquent, l'évolution des dépenses hospitalières encadrées, qui était de 4,5 % en 1999, devrait être de 4,9 % en 2000.

### 2.2. La fixation des dotations régionalisées poursuit l'effort de réduction des inégalités entre régions

La redistribution entre les régions s'effectue à partir des critères utilisés en 1999, après actualisation des données disponibles. Elle repose donc sur la combinaison des quatre indicateurs suivants :

- un indicateur représentatif des besoins de santé : l'indice comparatif de mortalité (ICM) qui mesure la surmortalité régionale par rapport à la moyenne nationale ;
- un indicateur de besoins de soins hospitaliers fondé sur les taux moyens nationaux de recours à l'hospitalisation et la structure démographique de la région ;
- un indicateur d'efficacité économique mesuré à travers la valeur moyenne du point ISA

- produite par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- une valorisation des dépenses liées aux flux de patients entre les régions.

L'effort de correction des inégalités est, comme en 1999, concentré sur les trois régions les moins bien dotées qui sont le Poitou-Charente, la Picardie et le Nord - Pas-de-Calais.

Comme en 1999, la région Ile-de-France devra consentir en son sein un effort de correction des inégalités semblable à celui qui est conduit sur l'ensemble du territoire. Les moyens des bassins de santé, des disciplines et des établissements les moins bien dotés de la région devront pouvoir progresser plus rapidement que les ressources de ceux qui le sont mieux.

Nous vous rappelons que les crédits accordés au titre de la réduction des inégalités (ou apport de péréquation) sont fléchés et doivent être intégralement employés à l'amélioration de la prise en charge de la population de la région, sur la base des priorités de santé publique.

### 2.3. Les dotations régionalisées intègrent d'ores et déjà un nombre significatif de mesures nouvelles

L'évolution moyenne des dotations régionalisées (2,20 %) est ainsi nettement supérieure à celle de 1999.

Il y a lieu de distinguer les financements spécifiques intégrés d'ores et déjà dans les dotations régionalisées, délégués dès l'ouverture de campagne, et les financements spécifiques réservés au niveau national, soit en raison du calendrier législatif et réglementaire de leur élaboration et de leur application, soit parce qu'elles sont gérées au niveau national, sur la base d'un cahier des charges (lutte contre l'exclusion, les conduites addictives...) ou d'informations qu'il vous appartient de communiquer à la direction des hôpitaux (restructuration des établissements de transfusion sanguine).

#### 2.3.1. Le montant délégué immédiatement concerne les mesures suivantes :

- les effets d'extension en année pleine d'actions spécifiques engagées en 1999, c'est-à-dire la poursuite du redéploiement des personnels de la transfusion sanguine, les unités de soins palliatifs, les permanences d'accueil des plus démunis, la deuxième tranche de création de postes d'emplois-jeunes, la troisième tranche de création de postes de praticiens adjoints contractuels (PAC), la première tranche du plan de soutien à la médecine d'urgence, les créations de postes d'assistants spécialistes, la création de postes de praticiens hospitaliers (PH) ;
- les nouvelles tranches d'actions déjà engagées : la création d'unités de soins palliatifs, le renforcement des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN), et la troisième tranche de création de postes d'emplois-jeunes ; les crédits correspondants aux programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) de 1994, 1995, 1996, 1997 et 1998 sont délégués dès le début de campagne, ainsi que les crédits permettant en 2000 la poursuite des programmes d'innovation thérapeutique lancés en 1999 dans le cadre du PHRC (nouveaux traitements de patients atteints de la maladie de Parkinson) ; les crédits accordés au titre du PHRC et des thérapeutiques innovantes sont renouvelables selon une programmation prédéfinie, mais ne sont pas reconductibles ;
- les mesures nouvelles relatives à la revalorisation de la carrière des directeurs d'hôpital, à la rémunération des étudiants en odontologie, à la reprise d'ancienneté des praticiens hospitaliers, à l'augmentation du taux de cotisation à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et au fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), ainsi que les crédits d'aide à l'investissement pour la sécurité sanitaire sont introduits dès à présent ;
- la dotation incitative à la maîtrise des prescriptions hospitalières exécutées en ville ; cette dotation, qui représente 0,10 % de la base régionale des dépenses hospitalières, vous est attribuée dès le début de campagne ;
- les financements mis à la charge de l'assurance maladie, les dépenses des centres de dépistage

anonyme et gratuit (CDAG), gérés par les établissements de santé, et les cures de désintoxication des toxicomanes, réalisées en milieu hospitalier, sont désormais financées par le budget hospitalier des établissements concernés, et non plus par le budget de l'Etat.

En raison de la constitution des unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM), les frais de gestion des établissements relevant des organismes de sécurité sociale, supportés jusqu'à présent par le budget de gestion administrative des caisses, seront désormais financés par le budget des établissements concernés. Les montants correspondants sont inclus dans les dotations régionalisées.

Enfin, les dotations régionalisées vous permettent de poursuivre la mise en oeuvre des plans triennaux de lutte contre la douleur et les infections nosocomiales et de poursuivre votre effort de développement de la formation médicale continue des praticiens des établissements de santé financés par dotation globale.

### 2.3.2. Les mesures dont les crédits seront délégués ultérieurement

Il s'agit de tranches nouvelles d'actions déjà engagées : la restructuration de la transfusion sanguine, la mise en place des permanences d'accueil des plus démunis, les actions engagées dans le cadre de la lutte contre le SIDA, l'hépatite C et la toxicomanie, la création de postes de PAC (4e concours), la création de postes de PH et de postes d'assistants spécialistes, la poursuite des mesures de soutien à la médecine d'urgence.

Il s'agit également de mesures nouvelles :

- des mesures destinées à prendre en compte les contraintes particulières du personnel médical dans certaines situations ;
- de mesures destinées à préparer le passage aux 35 heures ;
- de mesures spécialisées d'aide à l'investissement (unités d'hospitalisation sécurité interrégionales, mise en conformité aux normes de sécurité des aires de pose des hélicoptères et aide au développement des technologies de réseaux) ;
- des mesures de santé publique (lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, et financement des dépenses médicales de programmes d'innovation thérapeutique).

Les modalités de répartition des crédits alloués à ces mesures vous seront précisées ultérieurement.

### 2.4. De nouveaux outils pour faciliter la mise en oeuvre de la politique hospitalière régionale

Parmi les mesures prévues dans le cadre de cette campagne budgétaire, nous souhaitons appeler votre attention sur certaines d'entre elles qui constituent les leviers importants pour amplifier la recomposition du dispositif de soins.

#### 2.4.1. Les programmes d'innovation thérapeutique

En ce qui concerne les thérapeutiques innovantes, la phase intermédiaire entre la recherche clinique et la généralisation de la technique n'est actuellement pas organisée. Il a donc été décidé de mettre en place une enveloppe spécifique, gérée au niveau national pour assurer le démarrage de la diffusion de ces techniques, dans des conditions optimales de sécurité et pour effectuer leur validation médico-économique avant une éventuelle généralisation.

Cette enveloppe sera réservée à des équipes sélectionnées pour leur savoir-faire, qui ont dans la plupart des cas déjà participé à la phase précédente de recherche clinique. L'évaluation des programmes permettra ensuite une diffusion plus large si celle-ci s'avère justifiée. Le financement des médicaments ou des dispositifs médicaux très coûteux permettra une meilleure égalité d'accès aux soins.

En 1999, ont déjà été financés des programmes de traitement par stimulation électrique pour des patients atteints de la maladie de Parkinson faisant suite à des programmes de recherche clinique. Les autres pathologies ou dispositifs concernés en 2000 pourraient être la technique de LDL-aphérese pour la prise en charge de l'hypercholestérolémie, les défibrillateurs cardiaques implantables, les implants endovasculaires (traitement des anévrismes aortiques), les implants cochléaires. Des instructions plus précises sur les modalités de répartition de cette enveloppe vous seront fournies très prochainement. L'objectif est de pouvoir majorer à ce titre les dotations régionales avant le début de l'été 2000. Vous êtes invités à recenser dès à présent les équipes hospitalières de votre région qui pourraient bénéficier de ce dispositif et à nous signaler les techniques innovantes dont la pratique confronte les centres de référence de votre région à des difficultés budgétaires.

#### 2.4.2. L'aide à l'investissement de sécurité sanitaire

Cette mesure doit vous permettre de soutenir l'investissement hospitalier nécessaire à la mise aux normes des installations et ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. En effet les besoins dans ce domaine sont croissants : la recomposition de l'offre de soins, la réhabilitation des bâtiments, la mise en conformité aux normes de sécurité sanitaire, de sécurité incendie, le renouvellement des équipements biomédicaux obsolètes, l'informatisation et la mise en réseau des services de soins nécessitent de lourdes opérations.

La relance de l'investissement hospitalier doit donc constituer pour vous une priorité. A cette fin, les dotations régionalisées intègrent les crédits d'aide aux investissements de sécurité. Il vous appartient de mobiliser au sein des dotations régionalisées et des budgets d'exploitation des établissements des compléments de financement à ce fonds. Le repérage des besoins en la matière qui a pu être réalisée à l'occasion de l'élaboration des SROS doit vous permettre une répartition pertinente de ces crédits dès la phase initiale de la campagne. Seules les aides très spécialisées mentionnées au point 2.3.2 constituent une exception mineure à cette mesure de déconcentration de l'aide à l'investissement.

#### 2.4.3. Les prescriptions hospitalières effectuées en ville

En ce qui concerne les dépenses d'assurance maladie, si la ligne de l'ONDAM « établissements hospitaliers financés par dotation globale » est bien maîtrisée, la situation du poste de dépense « Autres soins de ville » demeure un sujet de préoccupation. Parmi les prescriptions enregistrées dans cette sous-enveloppe, les prescriptions des médecins salariés des établissements de santé sous dotation globale ont progressé particulièrement rapidement.

L'attention de tous les acteurs hospitaliers a été appelée à plusieurs reprises à ce sujet et des travaux ont été engagés avec les organismes d'assurance maladie pour mieux analyser ce poste de dépenses. Vous devriez être prochainement destinataires des données permettant de suivre l'évolution des dépenses des établissements de votre région et de repérer les progressions les plus fortes ainsi que les prescriptions concernées. Parallèlement une action de sensibilisation a été entreprise en direction des responsables des établissements et des prescripteurs qui ont été invités à se doter d'outils de suivi de cette activité et à se mobiliser sur la maîtrise de ces dépenses (cf. notamment : circulaire DSS/DH-AF3/99-121 du 26 février 1999, lettres aux directeurs et aux présidents des commissions médicales des établissements de santé en date du 21 juin dernier, plaquette intitulée « Pour une meilleure maîtrise des prescriptions hospitalières de transport »).

La dotation incitative à la maîtrise des prescriptions hospitalières exécutées en ville, qui vous est déléguée dès maintenant, doit bénéficier aux établissements qui sont prêts à mettre en oeuvre des mesures de maîtrise des prescriptions hospitalières, à réaliser de réelles économies à court et à moyen termes sur ce poste de dépenses et à mener une évaluation afin de constater notamment une décélération. La politique régionale de maîtrise des prescriptions hospitalières exécutées en ville doit être définie par la commission exécutive des agences régionales de l'hospitalisation, en lien étroit avec les unions régionales de caisses d'assurance maladie. Les priorités à prendre en compte pour signer des engagements de maîtrise des prescriptions, ainsi que les critères qui doivent présider à la répartition de la dotation incitative seront ainsi débattus entre l'Etat et les organismes d'assurance

maladie membres des agences. Vous voudrez bien nous rendre compte des engagements et de l'utilisation de ces crédits, sous le présent timbre, avant le 31 août 2000.

#### 2.4.4. Le fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux

Le fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO) a pour vocation d'attribuer des subventions d'investissement de l'Etat aux établissements financés par dotation globale qui présentent des projets contribuant de manière indiscutable à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers au niveau régional. L'Etat accompagne ainsi la recomposition du tissu hospitalier, en participant au financement des investissements nécessaires. Sous réserve du vote de la loi de finances de l'Etat, les crédits ouverts pour 2000 s'élèveront à 200 millions de francs en autorisations de programme.

La recomposition du tissu hospitalier exige une politique de ressources humaines active. C'est pourquoi il peut s'avérer opportun d'articuler ces projets avec ceux susceptibles d'obtenir une aide du fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMOES), afin de développer une stratégie globale de formation et de mobilité des personnels concernés par ces opérations. Les projets combinant l'intervention du FIMHO avec celle du FASMOES feront l'objet d'un examen particulièrement attentif de la direction des hôpitaux. Comme les autres années, ce fonds devrait être doté de 300 MF.

Pour le reste, la circulaire DH/AF n° 98-52 du 28 janvier 1998 vous précisait les critères d'éligibilité et de sélection des opérations, ainsi que les règles de présentation des dossiers. Toutes ces dispositions sont également applicables à la campagne FIMHO pour 2000. Vous devrez nous faire parvenir vos demandes pour le 1er mars au plus tard.

Nous attirons votre attention sur la responsabilité qui vous échoit d'instruire, de sélectionner et de classer par ordre de priorité au niveau régional les opérations répondant strictement aux critères rappelés dans la circulaire précitée et dont l'avant-projet sommaire sera approuvé avant le 30 juin 2000. Cette sélection doit permettre d'établir une programmation au niveau national compatible avec les crédits prévus dans la loi de finances pour 2000 et les délais nécessaires à leur engagement effectif.

La campagne budgétaire pour 2000 doit être l'occasion de mener les opérations de recomposition du dispositif hospitalier définies dans votre schéma régional d'organisation sanitaire. Les crédits dont vous disposez faciliteront les adaptations nécessaires de l'offre aux besoins et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, tout en vous permettant une meilleure responsabilisation des acteurs hospitaliers dans la politique de maîtrise globale des dépenses d'assurance maladie.

Vous voudrez bien nous rendre compte de la répartition des dotations régionalisées sous le présent timbre et au plus tard le 15 février 2000. Vous détaillerez notamment l'utilisation des crédits complémentaires dont votre région a, le cas échéant, bénéficié au titre de la correction des inégalités de ressources, et de votre effort d'amélioration de l'efficacité globale du système hospitalier.

Vous voudrez bien nous tenir informés des difficultés que vous pourriez rencontrer à l'occasion de cette campagne budgétaire.

Pour la ministre et la secrétaire d'Etat,

et par délégation :

Le directeur général de la santé,

Lucien Abenheim

Le directeur de la sécurité sociale,

Raoul Briet

Le directeur des hôpitaux,

Edouard Couty

Dotations régionalisées de dépenses hospitalières pour 1999  
(hors soins de longue durée)

Les données sont en milliers de francs

RÉGIONS	BASES de référence pour 2000 (après effets de champ 1999)	ABONDEMENT, péréquation et mesures nouvelles	DOTATIONS régionalisées	TAUX d'évolution des dotations régionalisées
Alsace	8 951 806	220 000	9 171 805	2,46 %
Aquitaine	11 783 654	267 809	12 051 463	2,27 %
Auvergne	5 899 697	133 935	6 033 632	2,27 %
Bourgogne	6 344 859	171 986	6 516 845	2,71 %
Bretagne	13 056 274	311 990	13 368 265	2,39 %
Centre	8 656 927	217 660	8 874 587	2,51 %
Champagne-Ardenne	5 566 661	140 477	5 707 138	2,52 %
Corse	1 009 991	21 207	1 031 199	2,10 %
Franche-Comté	4 933 446	126 910	5 060 357	2,57 %
Ile-de-France	58 694 363	730 996	59 425 359	1,25 %
Languedoc-Roussillon	8 899 774	190 349	9 090 124	2,14 %
Limousin	3 659 262	82 906	3 742 168	2,27 %
Lorraine	11 692 173	272 446	11 964 620	2,33 %
Midi-Pyrénées	10 411 116	191 773	10 602 890	1,84 %
Nord-Pas-de-Calais	15 779 763	560 701	16 340 464	3,55 %
Basse-Normandie	6 657 860	161 994	6 819 853	2,43 %
Haute-Normandie	6 608 458	168 298	6 776 756	2,55 %
Pays de la Loire	11 920 059	289 003	12 209 062	2,42 %
Picardie	7 721 833	293 207	8 015 041	3,80 %
Poitou-Charentes	6 284 603	237 344	6 521 946	3,78 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19 609 937	373 605	19 983 542	1,91 %
Rhône-Alpes	24 847 404	534 334	25 381 738	2,15 %
France métropolitaine	258 989 920	5 698 931	264 688 854	2,20 %
Guadeloupe	1 611 268	61 996	1 673 265	3,85 %
Guyane	669 685	25 942	695 627	3,87 %
Martinique	2 057 048	78 404	2 135 451	3,81 %
Réunion	2 407 015	93 808	2 500 823	3,90 %
DOM	6 745 016	260 150	7 005 166	3,86 %
France entière	265 734 936	5 959 082	271 694 020	2,24 %

La dotation régionale est égale à la somme de la dotation régionalisée et de la dotation correspondant aux mesures nationales qui seront déléguées ultérieurement, à hauteur de 0,3 % en moyenne en métropole et de 1,14 % en moyenne dans les DOM.

Dotations régionales de dépenses hospitalières pour 2000  
(soins de longue durée)

Les données sont en milliers de francs

RÉGIONS	BASE de référence pour 2000	AJUSTEMENT de la base 2000 des opérations de transferts	MONTANT de la base corrigée	DOTATION régionale pour 2000
Alsace	335 248	12 943	348 191	358 289
Aquitaine	264 762	1 905	266 667	274 400
Auvergne	241 581	6 263	247 844	255 031
Bourgogne	303 727	1 409	305 136	313 985
Bretagne	577 341	2 990	580 331	597 161
Centre	433 859	0	433 859	446 441
Champagne-Ardenne	192 308	265	192 573	198 158
Corse	31 946	0	31 946	32 872
Franche-Comté	164 961	5 304	170 265	175 203
Ile-de-France *	909 367	- 992	908 375	934 718
Languedoc-Roussillon	258 449	0	258 449	265 944
Limousin	229 433	- 636	228 797	235 432
Lorraine	272 767	3 466	276 233	284 244
Midi-Pyrénées	293 923	1 210	295 133	303 692
Nord-Pas-de-Calais	417 639	0	417 639	429 751
Basse-Normandie**	179 334	6 498	185 832	191 221
Haute-Normandie	205 872	1 318	207 190	213 199
Pays de la Loire	491 882	10 426	502 308	516 875
Picardie	246 811	3 772	250 583	257 850
Poitou-Charentes	213 786	0	213 786	219 986
Provence-Alpes-Côte d'Azur	332 748	6 444	339 192	349 029
Rhône-Alpes	968 711	2 924	971 635	999 812
France métropolitaine	7 566 455	65 509	7 631 964	7 853 291
Guadeloupe	10 538		10 538	10 844
Guyane	6 321		6 321	6 504
Martinique	14 761		14 761	15 189
Réunion	8 226		8 226	8 465
DOM	39 846	0	39 846	41 002
France entière	7 606 301	65 509	7 671 810	7 894 292

\* Y compris AP-HP.

Ce tableau tient compte du montant des transferts connus au 20 septembre 1999. Des corrections interviendront en début d'exercice 2000.



## PROGRAMMES RÉGIONAUX DE SANTÉ

RÉGIONS	THÈMES	ANNÉE
Alsace	Cancer	1994
	SIDA*	1997
Aquitaine	Santé des jeunes	1997
	Alcool	1999
Auvergne	Périnatalité	1994
	Cancer	1997
Basse-Normandie	Dépression suicide	1995
	Alcool	1998
Bourgogne	Maltraitance à enfants	1998
	Périnatalité	1995
	Dépression suicide	1997
Bretagne	Handicap dépendances chez les personnes âgées	1998
	Dépression suicide	1995
	Alcool	1997
Champagne-Ardenne	Cancer	1998
	Cancer	1995
	Alcool	1997
Centre	Dépression suicide	1999
	Santé précarité	1997
	Handicap dépendances	1997
Corse	Santé des personnes âgées	1997
Franche-Comté	Dépression suicide	1997
	Handicap dépendances	1998
Guadeloupe	HTA	1997
	Diabète	1997
	Accidents de la voie publique	1997
Haute-Normandie	SIDA	1997
	Périnatalité	1998
	Handicaps, inadaptation chez les jeunes	1998
Guyane	SIDA	1997
Ile-de-France	Santé précarité	1995
	Suicide, mal-être chez les enfants et les adolescents	1998
Languedoc-Roussillon	Santé précarité	1995
	Alcool	1997
	Saturnisme	1997
Lorraine	Santé des jeunes	1999
	Accidents de la voie publique	1998
	Périnatalité	1998
Normandie	Santé environnement	1998

Limousin	Handicap dépendances chez les personnes âgées	1997
	Cancer	1999
Lorraine	Dépression suicide	1995
	Dépendance aux produits	1998
Martinique	Alcool	1997
	HTA	1997
	SIDA	1997
	Asthme	1999
Midi-Pyrénées	Santé mentale des jeunes	1997
	SIDA*	1997
Nord - Pas-de-Calais	Cancer	1997
	Santé des jeunes	1999
	Santé précarité	1999
	Conduites addictives	1999
	Maladies cardiovasculaires	1999
Pays de la Loire	Alcool	1994
	Santé précarité	1997
	Dépression suicide	1997
	SIDA*	1997
	Accidents de la voie publique	1999
Picardie	Maladies cardiovasculaires	1995
	SIDA*	1997
	Santé des enfants et des adolescents	1998
	Cancer	1998
Poitou-Charentes	Dépression suicide	1997
PACA	SIDA	1997
	Santé de l'enfant et de l'adolescent	1998
	Personnes âgées	1999
Réunion	Alcool	1995
	Diabète	1995
	SIDA*	1995
	Maltraitance à enfants	1998
Rhône-Alpes	Dépression suicide	1997
	SIDA*	1997
	Alcool	1998
* Déclinaison régionale d'une priorité nationale.		

BILAN DES PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE  
TABLEAU SYNTHÉTIQUE

ANNÉE	THÈME	CRÉDITS	ACTIONS MISES EN PLACE
1997	Sida	51,8 MF	Antirétroviraux pour les malades en MS, établissements pénitentiaires Départements français d'Amérique
	Toxicomanie	46,7 MF 11 MF en 99	Financement de 162 projets dont - 61 équipes de liaison - 20 équipes de liaison
1998	Chirurgie ambulatoire	Valorisation du point ISA	7 477 places en 1998 7 634 places en 1999
1999	Infections nosocomiales		3 guides publiés : - isolement septique - désinfection des dispositifs médicaux - 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales Création de 19 PH. 681 DE. 15 autres
	Soins palliatifs	150 MF	1997 : 55 équipes mobiles 1997 : 51 unités de soins palliatifs 1997 : 547 lits 1999 : 177 équipes mobiles 1999 : 99 unités de soins palliatifs 1999 : 774 lits une dizaine de réseaux entre ES ou ville-hôpital
	VHC	1995-1996 10,7 MF 1998 12 MF 1999 13 MF	Vacations médicales-secrétaires Renforcement des services cliniques Financement des tests de typage du virus
	Démunis	1 PASS 250 000 F 1 unité mobile 2,5 MF	Au 31 décembre 1999 - 291 PASS - 2 unités mobiles