

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement du système de soins
Bureau des établissements de santé 1 A

Circulaire DHOS-O-F2/DSS-1 A n° 2002-609 du 19 décembre 2002 relative à la campagne budgétaire pour 2003 des établissements sanitaires financés par dotation globale

SP 3 332
136

NOR : SANH0230613C
(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Pièces jointes : tableaux notifiant les dotations régionalisées de dépenses hospitalières pour 2003.

Références :

- Code de la santé publique, notamment les articles L. 6145-1 et L. 6145-4 ;
- Articles LO 111-3 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;
- Loi n° 2002-1287 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 ;
- Circulaire DHOS-O-F2/DGS/DSS-1A / n° 2001-649 du 31 décembre 2001 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale (hors unités de soins de longue durée) ;
- Circulaire DHOS-F2/DSS-1A n° 2002-228 du 16 avril 2002 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements de santé financés par dotation globale ;
- Circulaire DHOS-F2/DSS-1A n° 2002-477 du 9 septembre 2002 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements de santé financés par dotation globale ;
- Circulaire du 27 novembre 2002 relatives à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements de santé financés par dotation globale.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à
Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en œuvre) ;
Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ;
Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information])

La présente circulaire a pour objet de vous notifier les dotations régionales provisoires des dépenses hospitalières pour la campagne budgétaire 2003 des établissements sanitaires financés par dotation globale et de vous en préciser les modalités de gestion. Les montants définitifs des dotations régionales seront notifiés après publication de l'arrêté interministériel fixant l'objectif des dépenses d'assurance maladie.

Le plan « Hôpital 2007 », présenté le 20 novembre dernier au conseil des ministres, a tracé les grandes lignes d'une rénovation profonde du système hospitalier, qui comportera notamment l'instauration d'un mode de financement plus incitatif prenant davantage en compte l'activité médicale et le service rendu. Cette campagne budgétaire est donc une campagne de transition qui doit préparer les évolutions majeures inscrites dans le plan « Hôpital 2007 ». Alors que les recettes de l'assurance maladie devraient augmenter de 4 % en 2003, l'évolution des versements de l'assurance maladie sera de 5 %, en métropole, pour les établissements financés par dotation globale. Les dépenses hospitalières encadrées progresseront au total de 5,42 % avec l'intégration des crédits permettant la pérennisation du financement du remplacement des agents absents. Par ailleurs, les agences disposeront également de financements complémentaires importants, avec notamment 300 millions d'euros mis à leur disposition par le FMES dans le cadre du plan de soutien à l'investissement. Ce fonds continuera de financer l'accompagnement social des restructurations, avec un effort tout particulier pour la promotion

professionnelle. Enfin le fonds pour l'emploi hospitalier réservera 664 millions d'euros pour le financement des droits à congé épargnés sur un compte épargne temps. Ces moyens très importants doivent permettre aux établissements de rétablir des situations financières très dégradées et d'engager la rénovation de leur gestion. Les modalités de gestion de la campagne budgétaire ont été revues dans le sens d'une plus grande responsabilisation des acteurs préparant ainsi les changements plus radicaux qui devraient intervenir dès 2004 avec la généralisation de la tarification à l'activité.

Les crédits d'ores et déjà notifiés représentent une augmentation des dotations régionales de 4,93 % en métropole et de 7,16 % dans les départements d'outre-mer. Au total, en métropole, hors transferts, plus de 1,9 milliard d'euros de mesures nouvelles vous sont déléguées immédiatement. Ces crédits supplémentaires permettent d'assurer la reconduction des dépenses, de prendre en charge les dépenses nouvelles induites par les revalorisations des carrières et la mise en place de la réduction du temps de travail, et de poursuivre la mise en œuvre des grands programmes de santé publique notamment en ce qui concerne la diffusion des molécules et dispositifs innovants et coûteux.

Quelques mesures, peu nombreuses, seront déléguées en cours d'année, dont les 70 millions d'euros correspondant à la prise en charge d'une partie des surcoûts d'exploitation du plan de soutien à l'investissement hospitalier.

1. Évolution des dépenses hospitalières encadrées

1.1. Évolution en métropole

L'objectif des dépenses de l'assurance maladie pour les établissements sanitaires financés par dotation globale en métropole (hors soins de longue durée) progresse de 5 % pour le secteur des hôpitaux financés par dotation globale (avant prélèvement réseaux).

Le montant provisoire des dépenses encadrées correspondant à cet objectif est de 46 996 millions d'euros, représentant une évolution de 4,83 % par rapport à 2002, avant prise en compte des effets de champ et du prélèvement pour les réseaux. Cet objectif prend en compte la modification de la base des dépenses qui résulte des transferts déjà effectués au sein de la dotation hospitalière. Ces transferts ont été intégrés dans le taux d'évolution de vos dotations et concernent :

- l'intégration dans la dotation hospitalière des crédits de remplacement accordés dans le cadre du protocole du 14 mars 2000 et financés de 2000 à 2002 par le budget de l'Etat ;
- l'intégration des budgets de 3 unités hospitalières en toxicomanie financées jusque-là par l'Etat ;
- l'intégration des honoraires des médecins libéraux intervenant dans les hôpitaux locaux, en application du décret 2002-786 du 3 mai 2002, relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux ;
- le « débasage » des crédits correspondant à la rémunération des étudiants en stage chez un généraliste ainsi qu'à la rémunération de leurs maîtres de stage. A partir du 1er janvier 2003, les dépenses liées aux stages effectués chez les généralistes sont de nouveau prises en charge par l'Etat ; les maîtres de stage seront rémunérés par les universités et les dépenses exposées par les hôpitaux pour la rémunération des étudiants leur seront remboursées selon la procédure en vigueur jusqu'en fin 2001. Les recettes correspondantes seront donc inscrites en groupe 3.

Cette évolution des dépenses encadrées intègre une déformation prévisionnelle de la structure des recettes de 0,17 %. En effet, si l'augmentation du tarif de la consultation des généralistes procurera des recettes supplémentaires de groupe 2, l'effet du maintien à 10,67 euros du forfait journalier hospitalier, l'effet année pleine de l'intégration à l'assurance maladie du régime des accidents du travail des exploitants agricoles et les augmentations importantes des tarifs de prestation (pesant proportionnellement davantage sur la dotation globale que sur le groupe 2) devraient générer cette année une augmentation de la part de la dotation globale plus rapide que celle du groupe 2. Nous vous demandons d'être très attentifs à cette évolution et de procéder aux recalages éventuellement nécessaires dès le début d'année.

1.2. Évolution dans les départements d'outre-mer

Le taux de progression de l'objectif des dépenses d'assurance maladie est de 8 % pour les établissements de santé sous dotation globale dans les DOM, ce qui est sensiblement plus élevé qu'en métropole pour poursuivre la politique d'amélioration de l'offre de soins et prendre compte un certain nombre de surcoûts liés à leur situation géographique et aux mesures spécifiques les concernant. Si l'on inclut les transferts déjà cités plus haut dans le taux d'évolution des dotations régionales, le taux de progression s'établit dès le début de campagne en moyenne à 7,16 %, soit plus de 2,23 % de plus qu'en métropole. Cette différence de taux s'explique principalement par l'apport de péréquation qui est attribué aux DOM et qui représente 1,47 % des dotations des DOM. Je vous rappelle que cet apport est un levier essentiel pour assurer le rattrapage de l'offre de soins des DOM par rapport à celle de la métropole et qu'il vous appartient de l'utiliser ainsi.

2. Gestion des dotations régionalisées des dépenses hospitalières

Comme les années précédentes, les dotations régionalisées intègrent les effets de la réduction des inégalités entre les régions, le financement des effets reports des mesures engagées en 2002 et le financement de la quasi-totalité des mesures nouvelles pour 2003, dont la montée en charge de la réduction du temps de travail médicale et non médicale. Sur un taux de 5,42 %, il ne reste que 0,49 % de mesures à déléguer en cours de campagne. Cela vous permet donc d'engager dès maintenant l'essentiel de la campagne budgétaire.

L'accent mis sur la responsabilisation des acteurs conduit à assouplir les modalités de gestion de la campagne budgétaire. Les agences régionales de l'hospitalisation doivent en effet disposer d'une plus grande autonomie dans la gestion des dotations régionales pour procéder à une répartition des crédits entre les établissements de manière plus adaptée à la réalité locale. Les financements supplémentaires accordés en 2003 sont donc pour l'essentiel, globalisés et fongibles. Les mesures pour lesquelles un fléchage au niveau national a été maintenu sont extrêmement limitées puisqu'elles ne représentent que 9 % du montant des mesures nouvelles qui seront allouées sur l'ensemble de l'année 2003. A l'exception de ces mesures « fléchées », les montants qui vous sont communiqués dans le tableau 2, ci-joint, de calcul de vos dotations régionales sont globalisés par grandes catégories de mesures. Votre marge de manoeuvre dans l'allocation des moyens aux établissements est encore accrue par la fongibilité des crédits entre les enveloppes par grandes catégories, dont les montants ne vous sont donnés qu'à titre indicatif. Il vous appartient donc de répartir ces crédits en fonction des besoins réels des établissements en tenant compte de l'ensemble des critères définis à l'article 6145-1 du code de la santé publique et de manière à assurer la mise en œuvre des priorités de votre région. Cette souplesse de gestion concerne également les mesures de santé publique et d'organisation des soins, ce qui implique la disparition de la notion de dotation « incompressible » telle qu'elle avait été mise en place depuis 2 ans, mais qui ne signifie nullement que la place de ces mesures soit moindre.

Cette responsabilisation accrue des agences régionales doit avoir pour contrepartie un suivi régulier et une évaluation par le niveau national des mesures prises au niveau régional. A cet effet, la nouvelle version du programme GEODE devrait permettre un reporting plus précis et harmonisé entre les régions, comme cela est exposé en dernière partie. Par ailleurs, la contractualisation dès 2003 entre le ministre et les directeurs d'ARH devra bien entendu concerner la conduite de votre politique budgétaire et reposer sur la définition d'un certain nombre d'objectifs précis.

3. Composition des dotations régionalisées

3.1. La réduction des inégalités entre régions reste un objectif du Gouvernement

Dans l'attente de la tarification à l'activité dont la mise en œuvre sera engagée dès 2004, la réduction des inégalités d'accès aux soins repose désormais sur le seul critère d'efficacité économique que constitue la valeur régionale du point ISA. Ceci a naturellement pour conséquence de limiter l'exercice de réduction des inégalités aux seules dépenses afférentes aux disciplines de MCO.

Ce nouveau modèle de péréquation interrégionale permet d'alléger de façon très significative l'effort de péréquation pour les régions contributrices qui est divisé par trois. Les pertes de recettes, pour les régions qui bénéficiaient d'un apport de péréquation plus favorable en 2002, font l'objet d'un mécanisme de compensation partielle qui limite la perte à 0,19 % de la masse budgétaire régionale.

Nous vous rappelons que les crédits accordés au titre de la réduction des inégalités doivent être impérativement employés à l'amélioration du dispositif régional de soins et contribuer à la réduction des inégalités dans l'accès aux soins. Ils peuvent notamment accompagner le financement des mesures prévues à ce titre dans les contrats d'objectifs et de moyens.

Chaque région doit consentir en son sein un effort de solidarité au moins comparable à celui mis en œuvre au niveau national, pour contribuer à la réduction des inégalités de ressources entre établissements. Il est en effet particulièrement important, pour garantir la cohérence de la politique de correction des inégalités dans l'accès aux soins, que l'allocation régionale de ressources prolonge le dispositif de péréquation interrégional et s'appuie sur les mêmes critères. Une attention particulière doit être apportée à ce titre à l'évolution de l'activité des établissements ainsi qu'à leur efficacité réelle pour déterminer leurs enveloppes budgétaires.

3.2. La construction des dotations régionales intègre un effort de productivité de 0,3 % qui devra être négocié avec les établissements

Le taux d'évolution de vos dotations intègre l'impact des économies qui doivent résulter de la poursuite de l'amélioration de la gestion des établissements. En effet, malgré l'importance du taux d'évolution des dépenses de l'assurance maladie décidé dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, le financement du progrès médical et de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ne peut être assuré pleinement que par une meilleure utilisation des moyens déjà disponibles.

La mise en œuvre des mesures prévues par les programmes de santé nationaux et les schémas locaux n'est possible que si des financements supplémentaires sont dégagés par des mesures d'économies régionales ou locales. Une économie estimée à 0,3 % des dotations hospitalières devra être réalisée par les établissements. Cette économie représente environ 1,3 % des dépenses des groupes 2 et 3. Elle devra être atteinte par la mise en place de quelques mesures de rationalisation de la gestion identifiables par les acteurs.

Les efforts faits par le monde hospitalier depuis plusieurs années ont déjà largement porté leurs fruits, ils nécessitent cependant d'être prolongés localement dans certains secteurs ou pour certaines activités : à titre indicatif, le rapport « calcul des coûts par activité du groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique du CHU d'Angers » met en effet en évidence des écarts de coûts plus ou moins marqués sur certaines fonctions et pour certains établissements, méritant une étude afin d'identifier d'éventuels gisements d'économies (fonctions logistiques et administratives par exemple).

Par ailleurs, le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a réalisé une enquête auprès des établissements de santé publics et privés sous dotation globale, sur la consommation et le prix d'achat des médicaments les plus coûteux en termes de montant global d'achats. Cette enquête vise à mieux appréhender l'évolution et la structure de la consommation de médicaments à l'hôpital et à faire apparaître la disparité des prix d'achats des médicaments. Ses résultats, qui feront l'objet d'une diffusion prochaine à l'ensemble des établissements, révèlent des écarts de prix d'achat très importants et soulignent l'existence de marges d'économies significatives qui pourraient être obtenues grâce, par exemple, à la constitution de groupements de commande. L'action résolue que le ministère entreprend, dans le cadre du plan Hôpital 2007, pour assouplir les règles de la commande publique permettra à brève échéance, de mettre en place de tels groupements dans des conditions de fonctionnement allégées et simplifiées.

Pour soutenir les établissements dans l'amélioration de la gestion hospitalière, il a été décidé de créer une mission d'expertise et d'audit hospitaliers, placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et qui sera chargée de coordonner la réalisation d'audits d'établissements et de produire et diffuser des guides de bonnes pratiques et des recommandations à l'ensemble des établissements de santé.

Un objectif régional d'effort de productivité vous a été assigné. En liaison avec les hospitaliers de votre région, il vous appartient de le décliner entre vos établissements, en fonction des situations et des potentialités locales. Vous pourrez utiliser à cette fin, à titre indicatif :

- les données de l'AGHN au niveau régional ou l'échelle de coûts PMSI donnent des bases de référence qui peuvent être comparées dans les établissements au moyen d'éléments de la comptabilité analytique ;
- les ratios par fonction issus de la comptabilité analytique du CHU d'Angers peuvent également vous servir de référentiels. L'analyse comparée de certaines activités est ainsi de nature à impulser des économies substantielles dans certains établissements. Sous réserve des spécificités locales que vous êtes à même d'apprécier, il vous est demandé d'attirer l'attention des établissements sur les fonctions caractérisées par un coefficient de variation très élevé et de demander aux établissements une analyse détaillée justifiant des écarts constatés afin de dégager des pistes économies à concrétiser par des plans d'action, dans un calendrier qu'il vous appartiendra de préciser. Si les informations fournies sont délibérément « économiques », et n'ont pas prétention à indiquer un coût de référence pour un niveau de qualité donné, elles doivent constituer des pistes de travail en vue d'une efficacité accrue permettant les redéploiements nécessaires sur d'autres postes de dépenses prioritaires ;
- les références et recommandations de bonne gestion hospitalière, qui seront élaborées par la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers à partir des audits d'établissements menés dans vos régions, devraient vous permettre d'élaborer des pistes d'amélioration de la productivité ;
- les données collectées, pour l'ensemble des postes de dépenses comportant des achats, comme pour le poste médicaments évoqué ci-dessus, devraient permettre entre autres d'analyser les disparités de prix entre les établissements de santé, soit dans leur ensemble, soit en tenant compte des catégories d'établissements et d'analyser les prix et les volumes de manière à repérer les marges potentielles d'économies que pourraient apporter la constitution de groupements d'achats. La vigilance sur les conditions d'achats doit être donc maintenue et accrue.

J'attire votre attention sur l'importance de la concertation avec les professionnels de santé, seule de nature à identifier les gisements d'économies, qu'il s'agisse d'exploiter les études menées localement ou d'animer une réflexion partagée entre hospitaliers sur ces sujets au travers de groupes de travail thématiques, rencontres professionnelles... Je vous engage à mener une démarche souple et pragmatique, de proximité, tenant compte de la diversité des situations locales et de l'autonomie de gestion des établissements, dans le cadre d'un dialogue social rénové.

Ces outils doivent permettre de favoriser d'une part des principes de réorganisation interne des établissements autour de la logique de pôles fonctionnels interdisciplinaires, de restructuration de plateaux techniques, mais également de redéfinition de l'offre de soins, notamment dans le cadre d'une coopération interhospitalière élargie, voire, si nécessaire au travers de réorganisations structurelles.

Un dispositif de reporting sera parallèlement mis en place, afin d'avoir une vision détaillée de l'effort qui a été impulsé dans vos régions, et vous sera communiqué très prochainement.

3.3. Les mesures de personnel

Mesures salariales générales et GVT

Vos dotations intègrent l'effet report des mesures salariales générales intervenues en 2002 (0,6 % au 1er mars 2002 et 0,7 % au 1er décembre 2002), y compris pour les établissements du secteur privé non lucratif.

Les augmentations de la valeur du point fonction publique susceptibles d'intervenir en 2003 n'étant pas, à ce jour, connues, l'effet masse de telles mesures est intégré dans la provision de 0,86 % de vos dotations.

Le GVT des personnels médicaux et non médicaux est également intégré dans vos dotations, à hauteur de 0,63 % de la masse salariale des établissements publics et privés. Ce pourcentage très élevé, si l'on se réfère aux résultats de l'enquête « coûts et carrière » réalisée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en 2001 qui fait apparaître un GVT de 0,1 % pour le personnel non médical, doit permettre de prendre en compte l'augmentation plus rapide du GVT du personnel médical et les éventuelles évolutions récentes du GVT.

*Vos dotations intègrent des mesures catégorielles
pour le personnel médical et non médical*

En ce qui concerne le personnel non médical, sont pris en compte les effets reports de la revalorisation des filières professionnelles de la fonction publique hospitalière (filière administrative, filière technique et ouvrière, filière soignante CII et cadres de santé). En revanche, vos dotations n'intègrent pas en début de campagne les crédits destinés à financer la transposition aux établissements privés non lucratifs des mesures du protocole « filières ».

Vos dotations comprennent également les effets report des créations de postes de moniteurs liées au renforcement des quotas des IFSI, du financement du ratio promu/promouvable, de la rémunération des étudiants sages-femmes, des frais de scolarité des élèves infirmiers (stages et frais de déplacement) suite à l'augmentation du nombre des étudiants en soins infirmiers et de la formation des emplois-jeunes. La seule mesure nouvelle intégrée dans vos dotations régionales est la hausse de 0,4 % de la contribution employeur à la CNRACL.

En ce qui concerne le personnel médical, les mesures à financer dès le début d'année sont essentiellement des effets reports de mesures déjà financées les années précédentes (indemnité d'engagement de service public exclusif, mesures concernant les internes et les résidents, créations et redéploiements d'emplois hospitalo-universitaires).

Par ailleurs, depuis l'année 2000, 1 815 praticiens adjoints contractuels (PAC) ont réussi les épreuves du concours national de praticien des établissements publics de santé. Aussi, vous devrez poursuivre en 2003 l'effort engagé depuis deux ans et financer les transformations de postes de PAC en postes de PH, dès lors que ces transformations sont reconnues cohérentes avec les orientations de votre schéma régional de l'organisation sanitaire. Au niveau national au moins 700 postes devraient pouvoir être ainsi transformés. Afin que ces transformations puissent être prises en compte au tour de recrutement des praticiens temps plein du printemps 2003, le nombre et la localisation des transformations à réaliser dans chaque région doivent être arrêtés très rapidement.

Vos dotations comprennent une provision de 0,86 %

Certaines des mesures qui vont affecter les montants des budgets des établissements de santé en 2003 ne sont pas actuellement définitivement arrêtées, c'est pourquoi une provision de 0,86 % a été constituée au sein de vos dotations régionales des dépenses hospitalières. C'est notamment le cas de l'augmentation des rémunérations des agents de la fonction publique en 2003. Les crédits qui seront

nécessaires pour couvrir les éventuelles revalorisations des rémunérations des personnels des établissements publics et privés de santé sont donc inclus dans vos provisions.

La provision prévoit également le financement de certaines mesures catégorielles concernant les personnels non médicaux et médicaux qui font actuellement l'objet de négociations avec les organisations représentatives.

Pour les personnes non médicaux, il s'agit principalement de mesures découlant du protocole de mars 2001.

Pour les professions médicales, la mesure la plus importante sera très probablement l'élaboration d'un nouveau statut des praticiens attachés auquel s'est personnellement engagé le ministre dans un courrier récent au syndicat des attachés. Il convient de prévoir également de financer l'octroi d'une prime d'engagement de service public exclusif pour les praticiens hospitaliers universitaires temporaires et de la prime multi-établissements pour les hospitalo-universitaires titulaires. La provision qui vous a été déléguée intègre également quelques autres mesures, dont le contenu n'est pas suffisamment élaboré, pour être précisées dès maintenant.

Les crédits délégués dans le cadre de la provision peuvent être utilisés partiellement dès à présent sous votre responsabilité. Nous vous demandons cependant la plus grande prudence dans la gestion de cette provision, puisque aucun crédit nouveau ne sera accordé en cours d'année pour financer les mesures déjà prévues au sein de celle-ci. Par ailleurs, si elle a été calibrée à partir des coûts prévisibles des mesures, dont la plupart sont mentionnées ci-dessus, il est envisageable que certaines d'entre elles soient reportées, différées ou aient un impact financier inférieur à la prévision. Dans ce cas, la provision qui vous a été accordée pourrait couvrir, comme cela a été le cas les années précédentes, de nouvelles mesures décidées en cours d'année et non prévues initialement, ou les réajustements qui pourraient être décidés dans le cadre du contrat d'assouplissement de la mise en œuvre de la RTT. Des précisions vous seront apportées sur ce dernier point dès le début de 2003.

Pour ces raisons, il vous est recommandé de ne pas procéder, dans le cadre de la fixation des budgets primitifs, à l'affectation de plus de la moitié de cette provision, et de préciser aux établissements la hauteur de cette provision, et la nature des mesures qu'elle est destinée à financer, mesures salariales générales et catégorielles, qui relèvent exclusivement du groupe 1 de dépenses en personnel (non-médical et médical).

3.4. La montée en charge de la réduction du temps de travail

Les dotations régionalisées comprennent les crédits nécessaires à la poursuite de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière et pour les personnels médicaux des établissements publics de santé, conformément aux protocoles des 27 septembre 2001 (personnels de la fonction publique hospitalière) et 22 octobre 2001 (personnel médical) et à l'ensemble des décrets parus en 2002.

Ces protocoles prévoient, au bénéfice des établissements publics de santé hors USLD, la création de 34 600 emplois non médicaux en trois ans (2002-2004), dont 31 336 personnels de jour, et de 3 500 postes médicaux en quatre ans (2002-2005), pour la RTT et la mise en œuvre des directives européennes.

Concernant les personnels non médicaux, vos dotations régionalisées intègrent les crédits destinés au financement de la deuxième tranche de créations d'emplois (517,75 millions d'euros), soit 50 % des emplois de jour (15 668 ETP), ce qui porte à près de 80 % le cumul d'emplois financés sur deux ans (soit 24 777 ETP). En revanche l'enveloppe relative au financement des heures supplémentaires qui avait été attribuée à titre non reconductible en 2002 a été retirée de vos dotations de 2003. Les montants attribués au titre de la RTT constituent donc un solde. Par ailleurs, le coût moyen d'un ETP a

été revalorisé pour 2003, conformément à la lettre ministérielle du 31 octobre 2001, puisque celui-ci est porté en métropole de 36 207 EUR en 2002 à 37 350 EUR en 2003.

En ce qui concerne les personnels médicaux, vos dotations régionalisées sont majorées du financement du volet 2003 des créations de postes au titre de la RTT (771 ETP), et au titre de l'intégration des gardes dans le temps de travail (229 ETP), auxquelles s'ajoutent les financements (46 millions d'euros) destinés aux plages additionnelles (300 EUR non chargés) et indemnités de sujétion (250 EUR non chargés). Ces crédits ont été répartis entre les régions selon les mêmes critères qu'en 2002. Il vous appartient de les notifier aux établissements avant le début février au plus tard, en même temps que vous procéderez aux notifications définitives des crédits 2002, en réallouant sous forme de crédits pérennes les crédits non reconductibles que vous avez alloués pour le paiement exceptionnel de cinq jours RTT non pris en 2002. Les modalités de paiement éventuel en 2003 de jours RTT non pris et non versés au CET vous seront précisées dès la fin de la négociation en cours sur le contrat d'assouplissement de la RTT.

En revanche, les crédits correspondant au financement de l'indemnité d'engagement pour les assistants ainsi que ceux relatifs à la revalorisation des déplacements effectués dans le cadre d'une astreinte à domicile, ne donnent pas lieu à une nouvelle majoration des bases, puisqu'ils ont été intégrés dans vos dotations régionales en 2002.

Au total le montant des crédits attribués au titre de la RTT et de l'intégration des gardes dans le temps de travail s'élève à 122,65 millions d'euros.

Concernant le compte épargne temps, la loi de financement de la sécurité sociale prévoit d'étendre les missions du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) au financement des droits à congés acquis au titre de la RTT non pris ou portés dans un compte épargne temps en raison de la réalisation progressive des recrutements. Seuls les droits acquis en 2002 et 2003 par les personnels non médicaux et en 2002, 2003, 2004 par les personnels médicaux, seront financés par le fonds.

Au titre de 2002 et 2003, le FEH est abondé 721 millions d'euros, dont 664 millions d'euros pour le CET des personnels médicaux et non médicaux des établissements publics de santé hors USLD. De même que pour les dispositions prises à l'issue des négociations en cours sur le contrat d'assouplissement de la RTT, les modalités d'utilisation de ces crédits vous seront précisées dès le début 2003.

3.5. La santé publique Des mesures fongibles

La promotion de l'excellence du système de soins rend plus que nécessaire une mobilisation sur des objectifs de santé publique, de sécurité sanitaire et d'adaptation aux évolutions technologiques et scientifiques du secteur de la santé. Une dotation de « santé publique et d'organisation des soins » a été constituée au sein de vos dotations régionales pour que vous puissiez mettre en œuvre les priorités définies par le gouvernement. Pour vous permettre de tenir compte au plus près de la situation locale, cette dotation est pour la plus grande part globalisée et fongible.

La globalisation des crédits de santé publique dans une dotation régionale traduit la volonté de donner aux régions les moyens d'adapter les efforts financiers en fonction des priorités régionales. Seuls 6,5 % des crédits de santé publique sont impérativement fléchés.

En contrepartie de la globalisation et de la fongibilité des crédits, les objectifs de santé publique doivent être clairement identifiés au sein des régions et un retour d'information sera demandé sur les montants mobilisés au regard des résultats attendus pour ces priorités. Des indicateurs de résultat vont donc être élaborés et servir de support à la contractualisation qui interviendra entre le ministre et les directeurs d'agences. Une évaluation sera conduite en lien avec les ARH en cours d'année 2003 sur

l'ordre des priorités régionales retenues, le niveau de l'effort régional consacré à ces mesures, les résultats attendus en fonction de l'état des lieux régional et leur mise en œuvre à la fois sur les plans quantitatif et qualitatif.

Vous devrez porter une attention particulière à la prise en compte de mesures prioritaires :

- la lutte contre le cancer, un des grands chantiers présidentiels pour le quinquennat, demeure un domaine sur lequel doivent porter prioritairement vos efforts. Outre les crédits à attribuer pour le financement des molécules innovantes et les mesures fléchées au niveau national (caméra à position, consultations d'oncogénétique) vous devrez poursuivre l'amélioration du dispositif de prévention et de prise en charge des patients atteints de cancer déjà engagée ces dernières années.

La périnatalité demeure un secteur sensible notamment sur le volet de la sécurité et qualité des soins de la mère et du nouveau né. Un examen attentif de la situation de chaque établissement autorisé en obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale en termes de personnel médical et non médical est indispensable afin de prévoir les créations de postes là où la situation est la plus critique en matière de continuité de soins.

Afin d'assurer une prise en charge adaptée des enfants aux urgences, je vous demande de prévoir des créations de postes médicaux et non médicaux dans les établissements dans lesquels les urgences pédiatriques doivent être renforcées.

Vous veillerez également à ce que les services concernés assurent une répartition équilibrée des moyens disponibles entre les différentes activités relevant de leurs missions et notamment l'IVG dont les conditions d'accès doivent être garanties.

L'hospitalisation à domicile : le souhait du gouvernement est de poursuivre et d'accélérer le développement de l'HAD. Ces modalités de prises en charge alternatives répondent incontestablement au souhait d'un nombre grandissant de patients et sont particulièrement adaptées à la prise en charge des maladies chroniques ou évolutives qui nécessitent des soins techniques entrecoupés de phase de rémission.

Parallèlement, les principaux programmes de santé publique doivent être poursuivis. Nous vous rappelons plus particulièrement ceux concernant :

La prise en charge hospitalière des addictions : un bon maillage du territoire doit être réalisé en matière de consultations de tabacologie et d'équipes de liaison en addictologie.

Le renforcement des moyens de prise en charge en milieu pénitentiaire des personnes détenues doit également être poursuivi. Il s'agit prioritairement de développer et de diversifier le dispositif de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire mais aussi de compléter les moyens des unités de consultations et de soins ambulatoires, afin de mieux faire face aux besoins de soins dentaires, de consultations spécialisées et de renforcer la prise en charge des addictions et des hépatites.

Le programme national de développement des soins palliatifs (2002-2005) met l'accent sur le développement des soins palliatifs à domicile (hospitalisation à domicile et réseaux). L'effort doit également être poursuivi au sein des établissements de santé (équipes mobiles de soins palliatifs, unités de soins palliatifs en CHU ou en établissement de référence régional, identification de lits là où l'activité le justifie).

La création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état paucirelationnel repose sur l'individualisation d'unités de six à huit lits par bassin de population de

300.000 habitants. Elles s'inscrivent dans le cadre des soins de suite et de réadaptation et sont dérogatoires en terme de durée de séjour. L'ensemble de ces unités devra être créé d'ici la fin de l'année 2005.

Les personnes âgées : il s'agit d'améliorer l'ensemble de la filière de soins gériatrique (court séjour gériatrique, consultations gériatriques avancées et pôles d'évaluation, services et unités de soins de suite et de réadaptation gériatrique).

Le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer doit être réalisé notamment par le développement des consultations mémoire (une par secteur sanitaire d'ici la fin de l'année 2005) et par des centres mémoire de ressource et de recherche à vocation régionale.

La santé mentale : il convient de poursuivre l'accompagnement de la mise en œuvre des schémas régionaux de psychiatrie selon trois priorités principales. Elles consistent à diversifier l'offre de soins au profit du dispositif ambulatoire (y compris les interventions à domicile, les alternatives à l'hospitalisation, la psychiatrie de liaison et le travail en réseau), adapter l'hospitalisation complète (développement pour la psychiatrie infanto-juvénile et meilleure adéquation pour la psychiatrie générale) et améliorer les réponses à la crise et à l'urgence psychiatrique au sein des hôpitaux généraux (création de centres d'accueil et de crise à proximité des SAU ayant une activité importante).

La lutte contre la douleur : conformément au nouveau plan de lutte contre la douleur 2002-2005, vous soutiendrez les établissements dans la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur par la création de postes infirmiers et dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique par la création et le renforcement de structures spécifiques et de consultations migraines.

La lutte contre l'hépatite C : afin d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'hépatite C, vous favoriserez la création de postes de médecins pour les consultations ainsi que celle de psychologues et d'infirmiers pour l'accompagnement psychologique et l'éducation thérapeutique des patients.

La lutte contre les affections iatrogènes : vous serez particulièrement attentifs cette année à l'organisation de programmes de gestion des risques et à la sécurisation du circuit du médicament. Vous apporterez votre soutien aux établissements hospitaliers s'engageant dans ces démarches par la création de postes de médecins, de pharmaciens et de personnel infirmier.

Pour améliorer le bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé, vous aiderez à la création de postes de médecins référents comme le précise la circulaire n° 272 du 2 mai 2002.

La prévention de la transmission des maladies infectieuses, notamment virales et à prions : il est impératif de poursuivre la mise en œuvre des différentes mesures préconisées par le ministère et par l'AFSSAPS pour améliorer la sécurité des actes de soins vis-à-vis du risque de transmission des maladies infectieuses par la création de personnel en hygiène, par le financement de dispositifs médicaux à usage unique et l'achat de produits et matériels adaptés aux nouvelles dispositions (endoscopes et lave-endoscopes).

La mise en œuvre du Programme national nutrition santé (PNNS).

L'objectif en 2003 est de poursuivre la montée en charge du recrutement des diététiciennes notamment dans les établissements qui ne disposent pas encore, à ce jour, de diététiciennes.

Pour toutes les mesures qui vous semblent prioritaires, vous devrez fixer les objectifs à atteindre dans votre région et informer régulièrement l'administration centrale des résultats obtenus selon des modalités qui seront définies prochainement et notamment dans le cadre du contrat d'objectifs à conclure entre le ministre et chaque ARH.

Je vous rappelle que vos dotations intègrent également, pour la première fois en début de campagne et à titre reconductible, les crédits destinés à financer des projets du programme « e-santé », jusqu'à présent géré au niveau national. Ces crédits vous sont donc définitivement délégués, et il vous appartient de déterminer chaque année quels sont les projets susceptibles d'être financés dans vos régions.

Par ailleurs, la dotation qui vous est accordée intègre également le financement des SDIS. L'article 124 de la loi du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité prévoit en effet que les interventions réalisées par les SDIS, à la demande de la régulation médicale du centre 15, en cas de carence des transporteurs privés, sont prises en charge financièrement par les établissements publics de santé, sièges de SAMU.

Ce financement est conditionné à un conventionnement préalable entre le SDIS et l'établissement siège de SAMU. Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de l'intérieur doit préciser prochainement les modalités de ce conventionnement. Il définira les conditions dans lesquelles la carence des ambulanciers privés est avérée et fixera les tarifs et bases de remboursement des interventions réalisées par les SDIS. Il est nécessaire d'attendre la publication de l'arrêté avant toute mise en oeuvre effective de ce dispositif. La réorganisation de la garde ambulancière qui interviendra en 2003 devrait permettre d'assurer une meilleure couverture du territoire par les ambulanciers et en conséquence limiter le nombre d'intervention des SDIS en cas de carence.

Une attention particulière doit être portée aux molécules coûteuses

La diffusion des innovations induites par les avancées de la recherche fondamentale et clinique, source de progrès médical, constitue une des priorités de cette campagne budgétaire. Un effort tout particulier est de nouveau porté en 2003 sur les molécules innovantes et/ou coûteuses, qui devraient bénéficier au total pour toute la campagne budgétaire de 200 millions d'euros. Les crédits non délégués en début de campagne correspondent au financement des médicaments nouveaux et très coûteux utilisés pour les maladies rares, telle que la maladie de Fabry. Le dispositif mis en place en 2002, pour le financement de Fabrazyme ou Replagal sera reconduit en 2003.

La part indicative des crédits consacrés en début de campagne au soutien de ces molécules représente pour la France entière un montant de 194,3 M EUR. Même si cette enveloppe n'est pas fléchée, elle sera un axe fort des contrats qui seront signés dans le courant de l'année entre le ministre et les directeurs d'agences.

Ces crédits doivent servir prioritairement en 2003 au financement des molécules susceptibles de rencontrer des difficultés de diffusion liées à leur coût.

A cet égard, une attention particulière doit être portée :

- aux molécules coûteuses en cancérologie ;

- au Remicade en extension d'indication dans la spondylarthrite ankylosante. Il faut préciser à propos des traitements par anti-TNF dans la polyarthrite rhumatoïde que l'Enbrel va prochainement être inscrit sur la liste des médicaments agréés aux collectivités, et sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux. A ce titre, on peut penser qu'un nombre important de patients suivis jusqu'à présent à l'hôpital pourront bénéficier du traitement en ville. Le potentiel de patients ainsi pris en charge au total (ville + hôpital) devrait avoisiner les 10 000 personnes. Un dispositif de suivi des prescriptions et des consommations des anti-TNF, visant notamment à s'assurer de la progression du nombre de patients pris en charge par ces traitements, est en cours d'élaboration et vous sera communiqué prochainement pour mise en oeuvre.

- à certaines molécules telles la Visudyne, le Quadramet ou le Thyrogen dont on peut craindre une diffusion encore trop confidentielle ;

- à certaines molécules innovantes dont les AMM viennent d'être obtenues ou sont susceptibles d'être obtenues très rapidement : la protéine C activée recombinante humaine (Xigris), utilisée en réanimation pour le traitement des sepsis sévères ; l'Actilyse, en extension d'indication dans les AVC ; l'AmBisome, l'Abelcet, le Cancidas (Caspofungine), le Vfend, utilisés dans le traitement d'infections fongiques invasives sévères ; le Bexxar (Tositumab) et le Zevalin (Ibrituzumab) dans le traitement des lymphomes non hodgkiniens ; le MabCampath dans le traitement des leucémies lymphoïdes chroniques à cellules B...

Cette liste bien sûr n'est pas exhaustive mais devrait faciliter vos choix régionaux dans le soutien que vous souhaiterez accorder au titre de ces molécules.

Au plan national, une nécessaire évaluation des campagnes menées régionalement sur ce sujet sera mise en oeuvre, le Parlement étant particulièrement attentif sur ce sujet lors du vote des lois de financement de la sécurité sociale.

En vue d'éclairer le législateur et les pouvoirs publics sur l'ensemble des actions régionales menées, il conviendra de me faire connaître les moyens et procédures de la politique régionale que vous souhaiterez mener sur ce sujet (mise en place d'un observatoire, coordination des professionnels, suivi des patients concernées) et de prévoir une remontée d'information, à travers divers indicateurs homogènes au plan national, qui vous seront communiqués. Cette remontée d'information, vous sera demandée à l'issue du premier trimestre et du troisième trimestre 2003.

Les mesures fléchées sont résiduelles

Le principe du fléchage en santé publique n'est retenu que pour certaines mesures qui revêtent un caractère interrégional ou national. Les crédits nécessaires au financement du produit nécessaire aux caméras à positons, aux centres de référence pour la procréation médicalement assistée pour les personnes atteintes de SIDA ou d'hépatite virale, à la mise en œuvre de la troisième tranche du plan greffe, à la prise en charge de la santé des détenus dans de nouveaux centres pénitentiaires, aux urgences médico-psychologiques pour les victimes de catastrophes et au financement des dépenses liées aux automates et aux respirateurs dont sont équipés certains établissements dans le cadre du plan « biotox », sont intégrés dès maintenant dans vos dotations. Des précisions sur les différentes mesures fléchées de votre région vous seront adressées par courrier séparé.

Vos dotations prennent en compte également les conséquences financières du décret 2002-786 du 3 mai 2002, relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux. Elles intègrent l'effet report de l'indemnisation des médecins généralistes libéraux pour leur participation à la vie institutionnelle de l'hôpital local dans lequel ils exercent. Les deux tiers de la mesure vous ont été attribués par la circulaire du 9 septembre 2002. Je vous rappelle que ne sont indemnisées que les réunions consacrées à des actions de qualité et de sécurité sanitaire à hauteur de 5 C par réunion. Elles intègrent aussi l'effet report à hauteur d'un tiers de la suppression de l'abattement de 15 % sur les rémunérations des médecins libéraux intervenant à l'hôpital local, appliqué à partir du 1er mai 2002 et financé en 2002 sur l'enveloppe « soins de ville » (les deux tiers restants de la mesure sont donc intégrés au titre des transferts). Ces mesures ont été réparties au prorata de la masse des honoraires.

4. Les mesures restant à déléguer

4.1. Les mesures fléchées de santé publique et de soutien au progrès médical

Une deuxième série de mesures fléchées de santé publique (centres référents pour les troubles de l'apprentissage du langage, pour la mucoviscidose, pour la sclérose latérale amyotrophique (SLA), pour la prise en charge des sourds, le développement de l'accueil des démunis, les consultations d'oncogénétique et l'ouverture des unités hospitalières sécurisées interrégionales) reposant sur des appels d'offres nationaux ou la continuation de plans spécifiques avec identification des sites à créer fera l'objet de financement en cours d'année. Ces mesures ne sont pas dans la dotation initiale.

Par ailleurs, les programmes nationaux en faveur du progrès médical seront poursuivis.

Une enveloppe fléchée au plan national et déléguée ultérieurement devrait permettre la prise en charge en 2003 comme en 2002 de Fabrazyme ou Replagal utilisés pour le traitement d'une maladie rare la maladie de Fabry. Un autre médicament devrait être commercialisé en 2003 pour une autre maladie rare, la mucopolysaccharidose de type I. Ce médicament, l'Aldurazyme, fera l'objet d'une remontée d'information au plan national en vue d'une prise en charge spécifique comme pour Fabrazyme ou Replagal.

Un nouveau programme hospitalier de recherche clinique sera très prochainement lancé. De même, les innovations diagnostiques et thérapeutiques bénéficieront d'un programme spécifique en 2003. Nous vous rappelons qu'il s'agit de programmes pluriannuels permettant respectivement le soutien à des projets de recherche clinique et à des innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses susceptibles d'avoir un impact important dans les établissements de santé.

Le programme de soutien aux soins coûteux rares nécessitant une régulation nationale a permis en 2002 de poursuivre le programme 2001/2002 en faveur des implants cochléaires et d'aider la technique de traitement par LDL aphasie de certaines hypercholestérolémies sévères mettant en jeu le pronostic vital. Les axes pour 2003 ne sont pas encore arrêtés.

Le soutien aux tumorothèques hospitalières devrait être poursuivi en 2003 sous réserve des propositions qui pourraient être faites dans le cadre de la commission d'orientation des cancers.

Enfin pour l'action d'aide aux laboratoires de génétique moléculaire, l'appel à projets 2002 relatifs aux laboratoires d'oncogénétique constitutionnelle vient d'être finalisé. Les orientations en 2003 seront précisées ultérieurement.

4.2. Le soutien à l'investissement dans le cadre du plan « Hôpital 2007 »

Le ministre de la santé a arrêté un plan quinquennal exceptionnel d'investissement de 6 Mds EUR pour les établissements de santé, dans le cadre du plan « hôpital 2007 », l'effort annuel d'investissement des EPS, évalué à 2,7 Mds EUR (données DGCP 2000) ne permettant pas de répondre aux enjeux de remise à niveau de leur patrimoine immobilier et mobilier. Cet effort supplémentaire fait l'objet d'un accompagnement financier en investissement et en exploitation et d'une adaptation des outils juridiques visant à faciliter une mise en œuvre rapide des opérations et, au-delà des subventions en capital de l'assurance maladie et du recours à l'emprunt, à élargir les financements à des investisseurs privés.

Le FMES, financé par des crédits d'assurance maladie hors ONDAM, est doté, en 2003, de 300 MEUR au titre de l'investissement, dont le bénéfice est ouvert à l'ensemble des établissements de santé. Dans un souci de neutralité, tout effort supplémentaire d'investissement sera accompagné du financement des surcoûts de groupe quatre correspondant. A cet effet, une enveloppe spécifique de 73 MEUR (France entière) est réservée au sein de l'ONDAM 2003. Ces crédits (FMES et surcoûts) seront délégués simultanément et ultérieurement. Seul le financement des surcoûts sera intégré à vos dotations régionales. Une circulaire précisera prochainement le plan 2007 et le dispositif financier attenant.

4.3. Quelques mesures de personnel demeurent ciblées

Des crédits vous seront notifiés prochainement pour couvrir les effets en 2003 de la transposition des mesures « filières » aux établissements privés appliquant la convention collective des CLCC et de la MGEN. En ce qui concerne la FEHAP et la Croix Rouge, ces crédits seront alloués dès lors qu'un agrément des avenants aux conventions aura été décidé. Dans l'attente d'instructions plus précises, il vous faut continuer à geler au sein de vos dotations les crédits de 2002 attribués à ces établissements à

titre non reconductible, en application de la circulaire du 27 novembre 2002. En ce qui concerne les UGECAM, les crédits réservés pour la transposition du protocole pourront être alloués ultérieurement si une mesure de revalorisation générale excédant le cadrage FPH était décidée.

Quelques mesures demandant un examen complémentaire n'ont pu être réparties immédiatement. Il s'agit notamment de l'indemnité d'éloignement dont doivent bénéficier les personnels de la fonction publique hospitalière originaires des départements d'outre-mer. Une circulaire en cours d'élaboration vous précisera prochainement les modalités de versement de cette indemnité et les crédits seront ensuite attribués en fonction des effectifs concernés dans les établissements.

La répartition de la tranche 2003 des postes de médecins du travail créés dans le cadre du protocole du 14 mars 2000 sera effectuée après exploitation du bilan des tranches précédentes, actuellement en cours.

5. Le suivi de la campagne budgétaire

La plus grande responsabilisation des agences régionales de l'hospitalisation dans la répartition des crédits doit s'accompagner d'un suivi plus précis du niveau national. Une bonne exploitation des données recueillies nécessite par ailleurs une harmonisation entre les régions, tout en laissant à chaque agence son autonomie dans la conduite de la campagne budgétaire. Les améliorations techniques du programme GEODE permettent d'envisager une remontée de vos campagnes budgétaires plus homogène entre les régions. Les travaux, engagés avec vous, ont permis d'élaborer un cadre commun adaptable à l'ensemble des campagnes budgétaires. Nous vous demandons donc de veiller à ce que la saisie de la campagne budgétaire dans GEODE reflète le plus fidèlement possible votre campagne budgétaire et s'effectue en temps réel.

L'administration centrale a toutefois besoin de recueillir certains éléments qui ne peuvent être intégrés dans GEODE, c'est pourquoi nous vous demanderons d'adresser, pour le 15 février 2003, un bilan complémentaire, portant notamment sur les crédits non répartis en début de campagne et sur l'amplitude de l'écart de l'évolution des dotations entre établissements, hors effets de champ éventuels.

*
* *

Vous voudrez nous tenir informés, sous le présent timbre, des difficultés que vous pourriez rencontrer à l'occasion de cette campagne budgétaire.

Le directeur de la sécurité sociale,
D. Libault

Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
E. Couty

Tableau 1. - Taux d'évolution des dotations régionales initiales de dépenses hospitalières pour 2003

Les données sont en milliers d'euros

RÉGIONS	BASES au 09-09- 2002	CRÉDITS de remplacement	AUTRES transferts	PÉRÉQUATION abondement et mesures nouvelles	DOTATIONS régionalisées (hors RTT)	TAUX d'évolution des dotations régionalisées (hors RTT)	RTT (personnel non médical)	RTT (personnel médical)	DOTATIONS régionalisées (y compris RTT)	TAUX d'évolution des dotations régionalisées (y compris RTT) % %
Alsace	1 542 544,78	9 881,36	1 749,67	44 463,33	1 595 139,80	3,41	16 977,77	4 000,71	1 616 118,28	4,77
Aquitaine	2 022 930,21	13 478,25	1 823,23	60 124,18	2 094 709,42	3,55	23 880,11	4 956,42	2 123 545,94	4,97
Auvergne	1 009 013,58	7 038,75	508,82	29 967,74	1 045 511,25	3,62	11 383,94	3 286,95	1 060,182,14	5,07
Bourgogne	1 118 916,31	7 821,58	548,42	35 781,80	1 161 971,27	3,85	13 902,80	3 712,36	1 179 586,44	5,42
Bretagne	2 240 549,19	15 717,98	951,75	68 154,07	2 323 469,49	3,70	25 450,30	5 627,20	2 354 546,99	5,09
Centre	1 505 638,89	10 821,91	635,11	45 666,19	1 561 491,87	3,71	19 987,32	4 983,52	1 586 462,72	5,37
Champagne- Ardenne	951 731,27	6 840,64	821,05	27 919,43	985 670,29	3,57	12 856,00	3 604,95	1 002 131,23	5,30
Corse	177 257,26	1 164,41	0,82	5 022,74	183 445,23	3,49	2 257,16	754,57	186 456,96	5,19
Franche-Comté	863 298,18	5 729,65	865,51	28 315,32	896 477,64	3,84	10 369,85	3 263,03	910 110,52	5,42
Ile-de-France	9 707 781,09	61 688,03	7 074,09	240 746,45	10 003 141,48	3,04	100 263,73	21 361,03	10 124 766,24	4,30
Languedoc- Roussillon	1 517 842,59	10 004,82	532,85	43 552,00	1 570 866,56	3,49	17 468,46	4 067,36	1 592 402,38	4,91
Limousin	636 425,49	4 584,21	712,36	20 163,91	660 461,24	3,78	7 883,71	2 432,39	670 777,33	5,40
Lorraine	1 992 533,46	13 339,92	537,68	55 986,95	2 061 322,66	3,45	20 870,56	4 597,73	2 086 790,95	4,73
Midi-Pyrénées	1 755 039,79	12 382,76	1 200,54	51 095,17	1 817 317,17	3,55	20 347,16	4 533,33	1 842 197,66	4,97
Nord-Pas-de- Calais	2 800 975,49	18 024,70	2 279,15	101 578,05	2 918 299,08	4,19	30 782,44	6 880,05	2 955 961,57	5,53

RÉGIONS	BASES au 09-09- 2002	CRÉDITS de remplacement	AUTRES transferts	PÉRÉQUATION abondement et mesures nouvelles	DOTATIONS régionalisées (hors RTT)	TAUX d'évolution des dotations régionalisées (hors RTT)	RTT (personnel non médical)	RTT (personnel médical)	DOTATIONS régionalisées (y compris RTT)	TAUX d'évolution des dotations régionalisées (y compris RTT) % %
Basse-Normandie	1 159 104,00	7 856,20	626,91	33 746,27	1 200 079,56	3,54	13 641,10	3 699,34	1 217 420,00	5,03
Haute-Normandie	1 157 903,85	7 954,18	777,16	36 829,16	1 201 910,03	3,80	14 033,65	3 748,19	1 219 691,87	5,34
Pays de la Loire	2 057 835,45	14 173,10	998,38	62 569,64	2 133 579,81	3,68	25 450,30	5 523,13	2 164 553,25	5,19
Picardie	1 370 997,61	9 183,81	991,62	54 209,36	1 433 399,15	4,55	16 650,65	4 596,27	1 454 646,06	6,10
Poitou-Charentes	1 129 255,06	7 390,19	906,07	49 351,05	1 185 090,22	4,94	14 262,64	3 822,46	1 203 175,32	6,55
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 404 335,89	19 836,82	2 363,88	92 409,84	3 514 218,66	3,23	35 918,30	7 273,21	3 557 410,17	4,50
Rhône-Alpes	4 228 581,87	28 720,52	2 804,74	116 678,39	4 371 176,05	3,37	46 386,29	9 651,94	4 427 214,27	4,70
France métropolitaine	44 350 491,29	293 633,79	29 708,20	1 304 331,03	45 918 747,92	3,54	501 024,24	116 376,13	46 536 148,29	4,93
Guadeloupe	296 429,98	2 951,92	348,52	13 718,18	312 751,56	5,51	4 515,63	1 556,83	318 824,02	7,55
Guyane	133 878,17	930,85	159,54	5 974,13	140 623,60	5,04	1 378,46	430,73	142 432,78	6,39
Martinique	371 138,24	3 668,22	362,14	16 937,82	391 382,15	5,45	5 561,35	2 007,60	398 951,10	7,49
Réunion	438 758,06	3 713,26	935,96	19 673,44	461 208,80	5,12	5 276,16	2 285,18	468 770,13	6,84
DOM	1 240 204,44	11 264,24	1 806,16	56 303,57	1 305 966,10	5,30	16 731,59	6 280,34	1 328 978,03	7,16
France entière	45 590 695,74	304 898,03	31 514,35	1 360 634,61	47 224 714,02	3,58	517 755,83	122 656,47	47 865 126,32	4,99

Tableau 2. - Mesures nouvelles intégrées aux dotations régionales hospitalières pour 2003

Les données sont en milliers d'euros

RÉGIONS	MESURES salariales générales (effet report des mesures salariales générales 2002 et GVT)	MESURES catégorielles relatives au personnel médical et non-médical	DONT transformation des postes de PAC en PH	MESURES de santé publique	DONT mesures impérativement fléchées	ET dont molécules coûteuses	PROVISION	EFFORT RÉGIONAL		TOTAL
								EFFORT de productivité	PÉRÉQUATION interrégionale	
Alsace	14 880,56	8 024,68	616,04	10 862,35	321,61	6 555,23	13 314,42	- 4 609,73	1 991,05	44 463,33
Aquitaine	19 524,23	10 838,67	683,58	15 072,09	1 241,97	8 600,87	17 469,36	- 6 048,26	3 268,09	60 124,18
Auvergne	9 745,33	5 964,73	1 087,88	7 449,44	546,27	4 293,04	8 719,66	- 3 018,93	1 107,51	29 967,74
Bourgogne	10 807,11	7 875,82	1 309,87	8 399,43	744,14	4 760,78	9 669,69	- 3 347,85	2 377,60	35 781,80
Bretagne	21 642,40	13 182,28	1 749,33	16 336,35	1 005,82	9 533,97	19 364,59	- 6 704,42	4 332,87	68 154,07
Centre	14 546,13	9 615,02	1 429,07	11 061,28	757,44	6 407,90	13 015,19	- 4 506,13	1 934,71	45 666,19
Champagne-Ardenne	9 190,74	6 450,28	717,60	6 623,47	113,15	4 048,73	8 223,44	- 2 847,13	278,62	27 919,43
Corse	1 712,17	1 096,03	224,95	1 212,97	0,14	754,25	1 531,97	- 530,40	0,00	5 022,74
Franche-Comté	8 331,04	5 534,41	1 074,08	7 082,20	1 180,86	3 670,01	7 454,22	- 2 580,80	2 494,26	28 315,32
Ile-de-France	93 681,64	51 699,73	5 934,61	69 985,32	3 625,31	41 268,90	83 821,89	- 29 020,88	- 29 421,24	240 746,45
Languedoc-Roussillon	14 656,38	6 905,38	625,05	11 312,69	930,75	6 456,47	13 113,83	- 4 540,28	2 104,00	43 552,00
Limousin	6 144,40	4 775,48	996,95	4 455,21	102,78	2 706,75	5 497,72	- 1 903,43	1 194,51	20 163,91
Lorraine	19 243,55	11 225,06	1 611,75	14 239,78	608,49	8 477,22	17 218,22	- 5 961,30	21,65	55 986,95
Midi-Pyrénées	16 948,97	9 371,25	607,41	14 333,21	2 327,29	7 466,41	15 165,14	- 5 250,49	527,08	51 095,17

RÉGIONS	MESURES salariales générales (effet report des mesures salariales générales 2002 et GVT)	MESURES catégorielles relatives au personnel médical et non-médical	DONT transformation des postes de PAC en PH	MESURES de santé publique	DONT mesures impérativement fléchées	ET dont molécules coûteuses	PROVISION	EFFORT RÉGIONAL		
Nord - Pas-de-Calais	27 029,75	16 682,76	2 951,23	19 592,29	445,59	11 907,22	24 184,94	- 8 373,33	22 461,65	101 578,05
Basse-Normandie	11 192,34	6 845,19	887,94	8 429,67	501,50	4 930,48	10 014,37	- 3 467,18	731,89	33 746,27
Haute-Normandie	11 180,32	8 992,82	2 422,94	8 507,88	588,23	4 925,18	10 003,62	- 3 463,46	1 607,98	36 829,16
Pays-de-la-Loire	19 873,77	12 930,86	1 723,56	14 846,60	768,89	8 754,85	17 782,11	- 6 156,54	3 292,83	62 569,64
Picardie	13 234,95	11 072,43	3 052,78	9 828,25	453,19	5 830,29	11 842,00	- 4 099,95	12 331,68	54 209,36
Poitou-Charentes	10 898,75	7 381,88	1 182,06	8 049,24	329,04	4 801,15	9 751,69	- 3 376,24	16 645,72	49 351,05
Provence-Alpes-Côtes d'Azur	32 836,27	14 870,39	1 174,89	25 856,09	2 596,30	14 465,13	29 380,34	- 10 172,08	- 361,17	92 409,84
Rhône-Alpes	40 826,90	21 364,77	1 684,58	30 825,46	1 905,46	17 985,18	36 529,98	- 12 647,44	- 221,28	116 678,39
France métropolitaine	428 127,71	252 699,92	33 748,16	324 361,25	21 094,20	188 600,00	383 068,39	- 132 626,24	48 700,00	1 304 331,03
Guadeloupe	2 934,65	2 040,73	360,16	2 311,36	92,35	1 364,29	2 048,72	0,00	4 382,72	13 718,18
Guyane	1 321,42	757,56	219,13	999,18	0,00	614,32	922,50	0,00	1 973,46	5 974,13
Martinique	3 674,71	2 429,27	215,76	2 780,50	1,89	1 708,34	2 565,38	0,00	5 487,96	16 937,82
Réunion	4 333,13	2 422,68	147,79	3 421,33	144,87	2 014,43	3 025,03	0,00	6 471,27	19 673,44
DOM	12 263,91	7 650,24	942,84	9 512,37	239,10	5 701,38	8 561,63	0,00	18 315,42	56 303,57
France entière	440 391,62	260 350,16	34 691,00	333 873,62	21 333,30	194 301,38	391 630,02	- 132 626,24	67 015,42	1 360 634,61

Tableau 3. - Mesures fléchées intégrées dans les dotations régionalisées

Les données sont en milliers d'euros

RÉGIONS	CAMÉRAS à positons	LUTTE contre le Sida (PMA et VIII)	PLAN greffes	UCSA	URGENCE médico- psychologique	BIOTOX	HÔPITAL local	TOTAL
Alsace	-	-	111,32	-	88,42	116,70	5,28	321,61
Aquitaine	792,35	46,50	164,64	-	88,42	92,70	57,36	1 241,97
Auvergne	457,35	-	30,49	-	-	-	58,43	546,27
Bourgogne	457,35	-	141,70	-	-	82,00	63,09	744,14
Bretagne	272,00	183,25	191,88	-	88,42	120,70	149,57	1 005,82
Centre	457,35	-	74,63	-	88,42	80,00	57,04	757,44
Champagne- Ardenne	-	-	75,03	-	-	-	38,12	113,15
Corse	-	-	-	-	-	-	0,14	0,14
France-Comté	-	-	1 145,58	-	-	-	35,28	1 180,86
Ile-de-France	1 831,00	129,60	781,92	-	353,68	512,00	17,12	3 625,31
Languedoc- Roussillon	501,00	-	107,88	-	88,42	82,00	151,45	930,75
Limousin	-	-	61,91	-	-	-	40,88	102,78
Lorraine	229,00	-	137,54	-	88,42	92,70	60,83	608,49
Midi-Pyrénées	1 064,35	-	56,73	1 027,48	-	106,00	72,73	2 327,29
Nord - Pas-de- Calais	-	-	142,04	-	88,42	198,70	16,44	445,59
Basse- Normandie	335,00	-	123,41	-	-	-	43,10	501,50
Haute- Normandie	272,00	-	111,22	-	88,42	80,00	36,49	588,23
Pays de la Loire	500,67	-	85,37	-	-	-	182,85	768,89
Picardie	272,00	-	80,73	-	-	82,00	18,47	453,19
Poitou- Charentes	292,00	-	-	-	-	82,00	18,04	329,04
Provence- Alpes- Côte d'Azur	1 164,00	-	165,61	935,78	88,42	198,70	43,79	2 596,30
Rhône-Alpes	1 214,00	-	80,73	-	88,42	286,70	235,61	1 905,46
France métropolitaine	10 048,42	359,35	3 870,21	1 963,26	1 237,88	2 212,90	1 402,17	21 094,20
Guadeloupe	-	-	-	-	88,42	-	3,93	92,35
Guyane	-	-	-	-	-	-	-	-
Martinique	-	-	-	-	-	-	1,89	1,89
Réunion	-	-	45,74	-	88,42	10,70	0,01	144,87
DOM	-	-	45,74	-	176,84	10,70	5,83	239,10
France entière	10 048,42	359,35	3 915,95	1 963,26	1 414,72	2 223,60	1 408,00	21 333,30