



Liberté . Égalité . Fraternité

REPUBLIQUE FRANCAISE

**Ministère de la santé,
de la famille,
et des personnes handicapées**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous- Direction des affaires financières
Bureau du financement de l'hospitalisation
publique et des activités spécifiques de soins
pour les personnes âgées - F2
Affaire suivie par : Marcelle Féliès
Tel : 01.40.56.43.73
Télécopie : 01.40.56.47.11

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE
Sous-Direction du financement du système de soins
Bureau des établissements de santé – 1A
Tel : 01.40.56.75.51

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 régions
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(*pour information*)

Mesdames et Messieurs les Préfets de départements
Directions départementales des affaires sanitaires et
sociales (*pour information*)

CIRCULAIRE DHOS-F2-O / DSS-1A - 2004 / N° 36 du 2 février 2004 relative à la campagne budgétaire pour 2004 des établissements sanitaires financés par dotation globale.

Date d'application : immédiate

Pièces jointes : 3 tableaux
7 annexes

Textes de référence :

- 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°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment les articles 25 à 34 et l'article 54;
- Instruction DHOS/F2 n°2003/579 du 12 décembre 2003, relative à la campagne budgétaire 2004 des établissements financés par dotation globale

L'instruction du 12 décembre 2003 vous a présenté le déroulement de la campagne budgétaire 2004 et les modalités particulières de construction de vos dotations régionales, marquant le passage à un nouveau mode de financement des établissements de santé, la tarification à l'activité. La présente circulaire a pour objet de vous notifier les dotations régionales de dépenses hospitalières à partir desquelles vous devrez approuver les budgets primitifs 2004 des établissements sanitaires financés par dotation globale et de vous en préciser les modalités de gestion.

La réforme du mode de financement des établissements de santé constitue un axe majeur de la modernisation du système hospitalier engagée par le plan « Hôpital 2007 ». Les autres grands chantiers de cette modernisation sont d'ores et déjà lancés : l'investissement hospitalier bénéficiera sur 5 ans d'un effort exceptionnel de 10 milliards d'euros ; l'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003 a assoupli les règles d'organisation de l'offre de soins et fourni de nouveaux outils juridique pour la réalisation des investissements ; la concertation sur la réforme de la gouvernance vient d'aboutir. Dans ce cadre, l'application de la tarification à l'activité à la campagne budgétaire 2004, dans les conditions que vient de fixer la loi de financement de la sécurité sociale, constitue la première étape de l'instauration progressive d'un mode de financement prenant mieux en compte l'activité médicale et le service rendu dans les établissements publics comme dans les établissements privés et garantissant en conséquence une allocation plus équitable des ressources.

Comme le prévoit la loi de financement de la sécurité sociale, la tarification à l'activité s'applique en 2004 dans le cadre budgétaire et financier inchangé de l'encadrement des dépenses et du financement par la dotation globale. Toutefois, pour la dernière campagne budgétaire se déroulant dans ce cadre, le mode de calcul des dépenses encadrées et de la dotation globale est profondément modifié pour les établissements entrant dans le champ de la réforme, ces éléments étant, pour chaque établissement, déterminés dans les mêmes conditions et avec les mêmes paramètres que le seront les composantes du futur système de financement qui sera applicable à partir de 2005 (dotation annuelle complémentaire, tarifs de prestations et enveloppes missions d'intérêt général pour l'activité de court séjour, dotations annuelles pour les autres activités). Ainsi, dès 2004, c'est l'activité réelle des établissements qui sera financée à hauteur de 10% des tarifs cibles. De même, les dépenses réelles correspondant aux médicaments et dispositifs médicaux coûteux dont la liste est annexée à la présente circulaire seront intégralement financées.

Cet objectif de financement de l'activité réelle des établissements conduit à réaliser par la présente circulaire une première allocation de ressources qui doit vous permettre d'attribuer aux établissements les moyens nécessaires au déploiement de leur activité en début d'exercice, dans l'attente de la connaissance de son évolution réelle au cours de l'année 2004. Les dotations régionales de dépenses hospitalières qui vous sont ainsi notifiées sont destinées à être révisées dans le courant de l'année, en hausse ou en baisse, en fonction des résultats d'activité constatés. Afin de limiter le plus possible les ajustements à la baisse, cette première allocation est nécessairement limitée au regard de la progression des dépenses encadrées autorisée (+ 4,45% en métropole) en application de l'ONDAM voté par le Parlement.

Cette nouvelle logique, dans laquelle les moyens dont disposeront les établissements ne seront plus déterminés a priori mais dépendront du volume de leur activité, modifie profondément la nature de la circulaire budgétaire de début de campagne. L'évolution des moyens qui en résulte ne peut, pour cette raison, être comparée à celle fixée au début des campagnes

budgétaires précédentes. Vous veillerez à sensibiliser les établissements aux objectifs et aux conséquences de ce changement de perspectives.

La composition des dotations régionales initiales de dépenses hospitalières vous est détaillée ci-dessous.

I. L'évolution des dotations hospitalières.

1. L'évolution des dépenses d'assurance maladie

Dans un contexte très difficile pour l'assurance maladie, le financement des établissements sous dotation globale a été préservé, le taux de progression des dépenses d'assurance maladie pour ce secteur ayant été fixé à 4,12%, alors que les dépenses de l'ensemble des lignes de l'ONDAM doivent évoluer de 4%. Sous réserve de la signature de l'arrêté prévu à l'article L174-1-1 du code de la sécurité sociale, l'objectif des dépenses d'assurance maladie, après prise en compte des transferts entre lignes de l'ONDAM, pour les établissements financés par dotation globale en 2004 est de 45,454 milliards d'euros (hors soins de longue durée et hors hôpitaux militaires et Institut National des Invalides).

En ce qui concerne les départements d'outre-mer, la progression des dépenses d'assurance maladie a été fixée à + 6% par rapport à 2003, permettant ainsi la poursuite de la politique de rattrapage menée en faveur de ces départements.

2. L'évolution des dépenses hospitalières encadrées.

L'objectif des dépenses hospitalières encadrées pour les établissements cités ci-dessus a été fixé en métropole à 48,9 milliards d'euros, soit une progression de **4,45%** et dans les départements d'outre-mer à 1,52 milliards d'euros, soit une progression de **6,33%**.

Les dépenses hospitalières encadrées progresseront ainsi en 2004 à un rythme plus rapide que les dépenses d'assurance maladie en raison de l'augmentation attendue des produits de l'activité hospitalière (recettes de groupe 2, principalement forfait journalier et ticket modérateur) facturés aux patients.

Le Gouvernement a en effet pris deux mesures qui entraîneront une forte augmentation de ces recettes en 2004 :

- le décret N° 2003-1207 du 18 décembre 2003 modifie et précise le régime des exonérations de ticket modérateur liées à des actes, dont la cotation à la NGAP est égale ou supérieure à 50, qui avait été appliqué au fil du temps de manière extensive et inégale. L'exonération est désormais réservée aux actes les plus coûteux et les consultations externes qui précèdent ou qui sont postérieures aux séjours hospitaliers devront désormais être facturés selon le droit commun ;
- l'arrêté du 18 décembre 2003 augmente le montant du forfait journalier hospitalier, dont la dernière revalorisation remontait à 1996. A compter du 1^{er} janvier 2004, ce montant est porté à 13 euros (soit une augmentation de 2,33 euros). Toutefois pour ne pas pénaliser les patients hospitalisés en psychiatrie bénéficiaires d'une ALD, dont beaucoup alternent séjours à l'hôpital et retours en ville, le forfait hospitalier pour ces patients a été ramené à 9 euros (soit 1,67 euros de moins que précédemment).

L'augmentation de recettes liée à ces deux mesures a été évaluée à 169 millions d'euros en métropole et 5,16 millions d'euros dans les départements d'outre-mer, **ce qui représente une augmentation des recettes de groupe 2 de 5,84%¹ et un différentiel de 0,36 % entre le taux de progression de l'objectif de dépenses hospitalières exprimé en dépenses d'assurance maladie ou en dépenses autorisées des établissements.** La progression des dépenses hospitalières fixée pour 2004 en tient compte, c'est pourquoi vous devez veiller à ce que les budgets que vous approuverez intègrent une augmentation des recettes de groupe 2 compatible avec ce différentiel, l'attribution de l'intégralité des mesures nouvelles prévues dans la campagne 2004 étant conditionnée par la réalisation effective de la recette supplémentaire. Il est donc impératif que vous procédiez aux recalages nécessaires dès l'approbation des budgets primitifs des établissements concernés. Si la recette de groupe 2 supplémentaire dépend naturellement de la nature et du volume de l'activité de chaque établissement, vous devez néanmoins impérativement constater à l'échelon régional une augmentation prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie (somme des dotations globales que vous aurez arrêtées) inférieure à celle des dépenses hospitalières autorisées (somme des dépenses encadrées résultant des budgets primitif arrêtés). Sauf dans les cas où la répartition entre les activités de court-séjour et les activités de psychiatrie s'écarte sensiblement de la moyenne nationale, ce différentiel devrait être de l'ordre de 0,36%. Enfin, vous voudrez bien inciter les établissements à un effort particulier pour veiller à l'émission et au recouvrement adéquat de ces recettes propres. L'annexe 1 détaille l'ensemble de ce mécanisme.

II. Composition et gestion des dotations régionales des dépenses hospitalières

1. La détermination des bases régionales pour 2004

Toutes les mesures allouées en 2003 ont été prises en compte dans les dotations régionales qui vous ont été notifiées par la circulaire du 3 décembre dernier. Vos bases régionales pour 2004 ont donc été calculées à partir des montants des crédits alloués à titre reconductible en 2003 indiqués dans la circulaire précitée corrigés des effets de champ effectués en fin d'exercice entre les différentes lignes de l'ONDAM tels qu'ils vous ont été communiqués par messagerie électronique fin décembre 2003. Le tableau 1 retrace le calcul de vos bases régionales à partir de ces éléments.

2. La détermination des dotations régionales selon le modèle tarification à l'activité

Les dotations régionales qui vous sont notifiées ont été calculées en intégrant les résultats du modèle d'allocation de ressources de la tarification à l'activité. Plus précisément, votre dotation régionale peut être décomposée en deux grandes catégories, la première constituée des ressources calculées en fonction de l'activité et la seconde des financements ne dépendant pas de celle-ci. Le tableau 2 détaille votre dotation régionale.

2.1. Les ressources dépendant de l'activité

La première catégorie regroupe les ressources calculées en application du modèle d'allocation de la tarification à l'activité et dont le montant évoluera au cours de la campagne, à proportion de l'évolution de l'activité des établissements. En 2004, la part des ressources allouée en fonction de l'activité représente, ainsi, en début de campagne, 8,9% des dotations régionales en métropole et 7,7% dans les DOM. Ce pourcentage encore limité permet cependant d'opérer

¹ Estimation à partir des données GEODE 2003

d'ores et déjà des redistributions significatives entre les régions, fondées sur l'efficacité relative des établissements, marquant la **poursuite de l'effort de correction des inégalités de ressources, opéré désormais directement entre établissements.**

Ces ressources recouvrent trois sous-ensembles :

- **la valorisation de l'activité 2002 des établissements entrant dans le champ de la réforme sur la base des tarifs 2004** (ces tarifs intègrent donc à hauteur de 10% l'impact des mesures nouvelles dont le financement relève de tarification à l'activité). Pour tenir compte des surcoûts, notamment en matière d'immobilier et de coût de personnel, les tarifs appliqués pour calculer le montant des ressources liées à l'activité ont été majorés² de 10% pour les établissements de Paris et de sa petite couronne, de 5% en Corse, de 25% pour les départements français d'Amérique et de 30% à la Réunion. Cette majoration constitue une première approche des surcoûts géographiques. Ces derniers feront l'objet en 2004 de travaux complémentaires et approfondis afin d'une mise en œuvre étendue en 2005. Le montant intégré à votre dotation régionale est égal à la somme des montants calculés par établissement. Les données d'activité 2003, puis 2004, seront prises en compte pour financer les ajustements budgétaires infrannuels (cf. III.1).

Les consultations, actes externes et forfaits techniques ont été valorisés sur la base des tarifs de la NGAP ou des forfaits techniques à partir de l'activité 2002. En ce qui concerne les examens ou les diagnostics effectués par les caméras à positons, le forfait technique est provisoirement fixé à 1000 euros et s'agissant d'une activité dont le développement est très récent, elle a été valorisée sur la base d'une activité moyenne annuelle par appareil de 1500 examens.

Par ailleurs, certains tarifs ont bénéficié de **revalorisations particulières importantes** correspondant aux crédits alloués pour le financement de mesures spécifiques. Le calcul des tarifs des GHS de radiothérapie a intégré les crédits destinés à financer le renforcement des équipes. De même les crédits correspondant au coût de la mise aux normes des activités de périnatalité en 2004 (33,5 millions d'euros en métropole et 4 millions d'euros dans les DOM) ont été inclus dans le calcul des tarifs de maternité et de néonatalité. Le montant des tarifs 2004 des GHS est joint en annexe 4.

De même, les tarifs de prestation de l'interruption volontaire de grossesse sont revalorisés de 29% par rapport aux tarifs précédents. Un arrêté fixant ces nouveaux tarifs est en cours de signature.

- **la valorisation des forfaits annuels urgences et de coordination des prélèvements d'organes.** Ces montants ont également été calculés par établissement en fonction des données d'activité que vous avez communiquées (passages aux urgences) ou fournies par l'EFG (nombre de prélèvements). Je vous rappelle que les forfaits annuels financent dès 2004 l'intégralité de l'activité concernée.

Cette valorisation intègre les mesures nouvelles issues du plan urgences propres aux services d'accueil et de traitement des urgences. Un montant supplémentaire de 64,87 millions d'euros est ainsi alloué aux services d'urgences, se traduisant par une augmentation des forfaits annuels des services d'urgence de 12 % en moyenne, différenciée selon la tranche de

² Ces majorations s'appliquent également aux tarifs des passages aux urgences et un montant des forfaits annuels.

fréquentation du service, par rapport au montant retenu pour le calcul des bases budgétaires en tarification à l'activité. Là encore, le montant régional est égal à la somme des montants calculés par établissement.

- **le financement des médicaments et dispositifs médicaux implantables coûteux dont la liste figure en annexe.** La base « médicaments et dispositifs médicaux implantables » représente 930 millions d'euros (France entière). Les montants alloués en début d'exercice sont égaux à 80% des dépenses déclarées par les établissements au titre de l'année 2003 (dépenses estimées) au cours de l'enquête réalisée cet été (cf :circulaire DHOS/F1 du 28 juillet dernier). L'application d'un coefficient de 0,8 a pour but d'éviter le risque de devoir procéder en cours d'année à un ajustement négatif du budget de l'établissement (voir paragraphe III.1). La mise en œuvre de ce dispositif de précaution ne pénalisera pas les établissements, qui recevront au cours de l'année, par le moyen des décisions modificatives, les crédits correspondant à **la totalité des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux implantables coûteux, correspondant aux produits figurant sur les listes jointes en annexe 2 et 3.** La constitution d'une réserve au niveau national au titre du plan cancer ou pour le financement de nouvelles molécules ou dispositifs innovants tient compte de la progression très rapide de ce poste de dépenses.

J'appelle votre attention sur la nécessité pour les établissements de s'engager dès à présent dans une démarche de bon usage de ces médicaments et dispositifs médicaux coûteux. Comme le prévoit en effet la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, leur financement intégral ne sera maintenu en 2005 que pour les établissements qui auront conclu avec vous un contrat de bon usage dont le contenu et les modalités de mise en œuvre vous seront précisés prochainement.

Pour l'ensemble de ces ressources, les moyens attribués aux établissements au budget primitif résultent mécaniquement de l'application du modèle sans possibilité de modulation par l'ARH. Les moyens alloués au titre de l'activité et des consommations de médicaments et DMI feront l'objet d'ajustements budgétaires en cours d'année selon des modalités décrites au paragraphe III.1.

L'outil ayant permis le calcul de ces éléments établissement par établissement vous sera remis sur support électronique en même temps que la présente circulaire. Il vous donnera pour chaque établissement concerné la part de sa dotation à attribuer au titre de l'activité et vous permettra également si vous le souhaitez de répartir les autres mesures dans la logique de la réforme de la tarification.

2.2. Les ressources ne dépendant pas de l'activité

La deuxième catégorie de ressources correspond à la partie de la dotation qui reste calculée hors activité. Elle repose sur une base constituée de l'ensemble des autres ressources disponibles en base 2004 avant attribution des crédits nouveaux 2004. Il s'agit donc de votre base budgétaire régionale dont ont été soustraites les ressources calculées en application du modèle de tarification à l'activité. Pour les établissements du champ (établissements MCO ayant produit en 2002 des données PMSI et des retraitements comptables), les montants correspondants sont décomposés en sous-ensembles virtuels reprenant les différents éléments constitutifs du modèle de la tarification à l'activité : dotation annuelle complémentaire, MIGAC, enveloppes Soins de Suite et Réadaptation et psychiatrie. Pour les établissements hors champ de la tarification à l'activité en 2004, les ressources correspondant à leur base 2004 sont regroupées en un seul ensemble. En 2004, les établissements du champ de la

réforme qui n'ont pas produit les éléments nécessaires sont exceptionnellement classés avec les établissements hors champ. Il vous appartient de rappeler à ces établissements qu'ils doivent impérativement fournir les éléments nécessaires à leur entrée dans la réforme en 2005. Vous pourrez éventuellement recourir à l'emploi de mécanismes incitatifs en ce sens lors de la campagne budgétaire en cours. Cette partie de vos dotations régionales reste nettement la plus importante en 2004 puisqu'elle représente en base moyenne 91,1% de vos dotations en métropole et 92,3% dans les DOM.

Les crédits supplémentaires qui peuvent être alloués au titre de la présente campagne budgétaire ont vocation à être alloués en fonction des règles et procédures habituelles. Par construction, ils ne peuvent être affectés qu'en majoration des ressources de la deuxième catégorie. Si vous pouvez les allouer par établissement de manière globale en début de campagne, il vous est rappelé qu'un travail par sous-enveloppe devra ensuite être engagé en cours d'année, afin d'évaluer précisément pour 2005 le montant des sous-enveloppes par région (cf IV). Cette partie de votre dotation a donc été déterminée en fonction des priorités nationales et locales en matière de politique sanitaire. Sa répartition entre les établissements reste de votre responsabilité en fonction du schéma régional d'organisation sanitaire, des contrats d'objectifs et de moyens et de l'analyse de la situation particulière de chaque établissement. J'appelle cependant votre attention sur le fait que la répartition à laquelle vous allez procéder doit respecter la logique de la réforme de la tarification. Vous devez tout particulièrement veiller à préparer les établissements à s'adapter à leur niveau de ressources futur.

3. La poursuite nécessaire des efforts d'optimisation des ressources

Les établissements doivent poursuivre la recherche de mesures d'économies qui pourront être atteintes par la mise en place de 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 » établi à partir des données de la base de comptabilité analytique gérée par le 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, les travaux réalisés par la DHOS et la mission ministérielle sur le médicament à l'hôpital sur la consommation et le prix d'achat des médicaments les plus coûteux de même que les premiers résultats travaux de la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) sur les achats hospitaliers révèlent les marges d'économie importantes à attendre d'une meilleure organisation de la fonction achat et d'un regroupement des acheteurs hospitaliers. L'assouplissement des règles de la commande publique introduit par le décret du 7 janvier 2004 portant code des marchés publics, notamment l'allègement des conditions de fonctionnement des groupements de commande, l'introduction des centrales d'achats publiques, la liberté d'organisation interne des acheteurs et la place plus grande donnée à la négociation, permettra aux établissements de bénéficier pleinement des effets positifs de cette meilleure organisation.

De même, les établissements disposent, avec les nouveaux outils de réalisation des investissements hospitaliers introduits par l'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003, d'instruments favorisant une allocation optimale des moyens. Ainsi, les modalités d'externalisation de la réalisation des opérations d'investissement doivent conduire les établissements à exprimer leurs besoins en termes de fonctionnalités et de performances attendues, y compris vis-à-vis des coûts d'exploitation des équipements, et à imposer au prestataire une conception des ouvrages économe en moyens de fonctionnement. Le recours à des marchés globaux de conception, réalisation et maintenance, que l'ordonnance a considérablement assoupli pour les établissements de santé, doit également permettre, par l'association du concepteur et du constructeur dès la genèse du projet, de prendre en compte au plus tôt les contraintes de réalisation et d'exploitation des ouvrages afin d'en minimiser les coûts.

Afin de déterminer les secteurs d'activité et les établissements méritant un suivi particulier ainsi que les objectifs d'amélioration de la gestion, vous pourrez utiliser, à titre indicatif :

- les données de l'Analyse de la Gestion Hospitalière Nationale (AGHN) au niveau régional ou l'échelle de coûts PMSI qui donnent des bases de référence pouvant être comparées dans les établissements au moyen d'éléments de la comptabilité analytique ;
- les ratios par fonction issus de la base de comptabilité analytique gérée par le CHU d'Angers qui 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 économiques 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 résultats des audits et les références et recommandations de bonne gestion hospitalière publiés par la MEAH, qui devraient vous permettre d'élaborer des pistes d'amélioration de la productivité. La MEAH poursuivra notamment, en 2004, les travaux engagés en 2003 sur les achats hospitaliers avec l'objectif de réalisation immédiate d'économies sur six catégories de biens ;
- les données collectées, pour l'ensemble des postes de dépenses comportant des achats, comme pour le poste médicaments évoqué ci-dessus, qui 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 pourrait apporter la constitution de groupements d'achats. La vigilance sur les conditions d'achats doit donc être maintenue et accrue.

J'appelle 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...

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 inter hospitalière élargie, voire, si nécessaire au travers de réorganisations structurelles.

4. Les mesures financées dans le cadre de la campagne

La progression du taux des dépenses hospitalières encadrées s'explique par le financement de trois séries de mesures : l'augmentation du coût des facteurs en raison de mesures relatives au personnel (salariales et catégorielles) et à l'inflation, la poursuite du plan hôpital 2007 et le lancement de quatre grands plans de santé publique, dont deux ne sont pas définitivement finalisés. Les mesures financées en début de campagne (par le biais des tarifs ou sous forme traditionnelle) correspondent à une progression moyenne des dotations régionales de 2,61% en métropole et de 3,03% dans les DOM. Le tableau 3 regroupe les mesures nouvelles par grande catégorie.

4.1 Les mesures en faveur des personnels

a) Les mesures de personnel générales progressent en moyenne de 0,35% pour tenir compte de l'augmentation des traitements dans la fonction publique de 0,5 % à compter du 1^{er} janvier 2004 et son éventuelle transposition au secteur privé. Les crédits alloués ont été calculés en fonction du poids des dépenses de personnel réelles des établissements publics par région, issues des données de la DGCP, corrigé pour tenir compte du poids relatif des établissements privés. Les résultats de la dernière enquête « coûts et carrières » disponible montrent que le taux de GVT est actuellement nul, c'est pourquoi aucun crédit n'a été alloué à ce titre.

b) Les dotations régionales 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).

Afin de vous permettre de tenir les engagements triennaux pris auprès des établissements, ces crédits ont été intégrés en totalité dans la dotation « hors tarifs » et leur affectation est laissée à votre libre appréciation. Je vous demande toutefois d'appeler l'attention des établissements sur le fait qu'à partir de 2005 le financement de ces postes ne sera plus intégralement garanti, une partie des dépenses devant être couverte par les tarifs.

Concernant les personnels non médicaux, les dotations régionalisées comprennent les crédits destinés au financement de la dernière tranche de créations d'emplois (372,716 millions d'Euros), soit la totalité des emplois de jour (6560 ETP) et de nuit (3264), ce qui porte le cumul d'emplois financés sur trois ans à **34 600 ETP**.

Concernant les personnels médicaux, les dotations régionales sont majorées, d'une part de l'enveloppe initialement prévue au titre du financement du volet 2003 des créations de postes destinés à la mise en œuvre de la RTT et, d'autre part, de l'intégration des gardes dans le

temps de travail, soit 69,42 millions d'euros. Cette première enveloppe comprend **le financement de 750 postes** (répartis en 579 pour la RTT et 171 ETP pour permettre l'intégration d'une partie des gardes dans le temps de travail) et le financement des indemnités de sujétion qui seront versées aux personnels nouvellement recrutés au titre de l'intégration des gardes dans le temps de travail.

D'autre part, des crédits supplémentaires vous sont alloués (54.38 millions d'euros) afin de financer la revalorisation des plages additionnelles effectuées la nuit, les dimanches et jours fériés ou de permettre l'intégration d'un plus grand nombre de gardes dans le temps de travail selon la situation des établissements. 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 123,8 millions d'Euros.

L'ensemble des crédits distribués depuis 2003 au titre de l'intégration des gardes, y compris la dotation exceptionnelle de 82 millions d'euros attribuée en fin d'année 2003³, doit permettre aux établissements d'intégrer les gardes dans les obligations de services.

Il est rappelé par ailleurs que les droits à congés acquis au titre de la RTT en 2002 et 2003 par les personnels non médicaux et en 2002, 2003, 2004 par les personnels médicaux, qui n'ont pu être pris ou portés dans un compte épargne temps, seront financés par le fonds pour l'emploi hospitalier.

Suite au décret n°2004-73 du 19 janvier 2004, relatif au financement du CET par le FEH, les arrêtés fixant la répartition régionale des crédits seront publiés prochainement. Des instructions vous préciseront leurs modalités d'utilisation.

c) Le taux de cotisation des employeurs à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), est passé depuis le 1^{er} janvier 2004 de 26,50% à 26,90% (cf. article 1^{er} du décret n° 2003-51 du 17 janvier 2003). Les crédits nécessaires au financement de cette mesure vous ont été alloués en fonction du poids des dépenses de personnel des établissements publics.

d) L'article 37 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu que les aides-soignants de la fonction publique hospitalière bénéficient à partir du 1^{er} janvier 2004, de la prise en compte de la prime spéciale de sujétion, dans la limite de 10% de leur traitement indiciaire, pour le calcul de la pension de retraite ainsi que pour les retenues pour pension. Les collectivités employeurs supportent pour ces personnels une contribution supplémentaire. Cette mesure sera mise en place progressivement sur cinq ans dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat en cours de préparation. Les crédits alloués correspondent donc au cinquième du coût estimé de la mesure.

e) Les autres mesures relatives au personnel non médical intégrées dans vos dotations régionales correspondent à des financements en année pleine ou à de nouvelles tranches de mesures financées en 2003 (protocole filières du 14 mars 2001, promu-promouvables, rémunérations des étudiants sage-femmes, transposition du protocole filières pour la convention collective nationale de 1951). Les moyens nécessaires au renforcement des instituts de formation en soins infirmiers à la suite de l'augmentation du quota à la rentrée de

³ Je vous rappelle la nécessité de transmettre rapidement à la DHOS (SD M) le bilan de l'intégration des gardes dans vos régions, suite à cette attribution de crédits exceptionnels, comme le mentionnait la circulaire du 3 décembre dernier.

2003, qui avaient été financés à titre exceptionnel sur des crédits du FMES l'an passé sont désormais intégrés dans vos dotations régionales.

f) les mesures relatives au personnel médical sont également des effets report (redéploiement de postes d'universitaires et création de postes de consultants) ou une nouvelle tranche de mesures antérieures (transformation des postes de praticiens adjoints contractuels en postes de praticiens hospitaliers et rénovation du statut des attachés). Cette dernière mesure a été étalée à part égale sur 3 ans à partir de 2003, mais la comptabilisation de l'ancienneté acquise durant la montée en charge du dispositif n'intervenant qu'en 2005 je vous invite à demander aux établissements qui n'utiliseraient pas tous les crédits distribués à ce titre en 2004 de les provisionner en prévision de 2005.

4.2. L'effet prix

L'inflation constatée en 2003 sur les dépenses de groupe 3 a été prise en compte dans le calcul de vos dotations régionales, une majoration de 0,05% vous étant accordée à ce titre.

4.3. Le volet investissement du plan Hôpital 2007

La modernisation de l'hôpital passe d'abord par la poursuite de la relance sans précédent de l'investissement hospitalier. En dégageant un financement supplémentaire de 6 milliards d'euros d'ici 2007 (pour la réalisation de 10 Md€ d'investissements), le Gouvernement a amplifié de près d'un tiers le rythme naturel des investissements hospitaliers. Cet effort d'investissement permet d'accompagner les priorités sanitaires nationales (cancer, urgences et périnatalité) et toutes les autres priorités de santé publiques, telles que la prise en charge des personnes âgées ou la psychiatrie.

Après une première tranche en 2003 de plus d'un milliard d'euros financée par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) (300 millions d'euros) et par la dotation globale des établissements (70 millions d'euros), cet effort est poursuivi en 2004.

L'attribution des crédits 2004 est subordonnée au bilan de la réalisation de la tranche 2003. Toutefois pour favoriser la mise en œuvre rapide des opérations un « acompte » représentant 50% de l'enveloppe prévue pour 2004 vous est alloué dès maintenant. A partir des informations qu'il vous a été demandé de transmettre pour le 15 février prochain (courrier DHOS/MAINH de janvier 2004), le bilan 2003 et les perspectives de réalisation 2004 seront examinés lors d'une rencontre ARH/DHOS/MAINH. Le complément de la dotation allouée au titre du plan Hôpital 2007 vous sera notifié à l'issue de cette réunion.

De même 50% de la tranche 2004 des crédits FMESPP qui vous ont été notifiés par lettre du 12 septembre 2003 vous seront prochainement alloués par une notification spécifique. Comme les crédits intégrés dans vos dotations régionales, le montant définitif pour 2004 de votre allocation de crédits FMESPP sera fixé après examen de l'exécution de la tranche 2003 de votre programme régional.

4.4. Les plans de santé publique

Quatre grands plans de santé publique, impliquant majoritairement l'hôpital, doivent être mis en œuvre en 2004. Deux d'entre eux : le plan cancer et le plan urgence ont été lancés, les deux autres : le plan périnatalité et le plan santé mentale sont en cours de finalisation.

4.4.1. Le plan cancer, annoncé par le Président de la république le 24 mars 2003 prévoit, pour ce qui concerne l'hôpital, des moyens spécifiques consacrés d'une part à des mesures visant à renforcer les moyens des équipes médicales et soignantes, à améliorer l'accès aux traitements innovants et coûteux et à favoriser une meilleure coordination des soins pour le patient ainsi que, d'autre part, à des mesures de remise à niveau des équipements lourds, intégrés dans l'appui spécifique apporté par le plan Hôpital 2007. L'ensemble des mesures fait l'objet d'un financement pluriannuel sur 5 ans (2003/2007). Le plan cancer privilégie également les mesures d'organisation et de coordination des soins en cancérologie : elles feront l'objet d'une actualisation de la circulaire de 1998.

En 2004, les moyens alloués, dont vous trouverez en annexe 6 le détail pour les mesures déléguées dès le début de campagne à l'hôpital, doivent permettre aux ARH, aux établissements de santé et aux réseaux de cancérologie d'accompagner la mise en œuvre concrète du plan cancer dans leur région et de répondre à l'augmentation régulière des besoins de soins en cancérologie. Les mesures suivantes seront prioritairement accompagnées :

Mesures nouvelles, introduites par le plan national de lutte contre le cancer 2003-2007

a) Renforcement des moyens médicaux et soignants de coordination : l'identification de moyens humains spécifiques, soignants et médicaux, dédiés, totalement ou en partie, à la coordination des soins a pour objectif d'améliorer et de simplifier le parcours des patients au sein du système de soins et de soulager les équipes curatives en leur redonnant plus de temps. Cette mesure fera l'objet d'une déléation en mi-campagne.

b) Renforcement de la cancérologie pédiatrique : ce renforcement accompagnera, à partir de 2004, l'identification par les ARH des centres spécialisés en cancérologie pédiatrique. La circulaire d'organisation des soins en cancérologie pédiatrique est en cours de finalisation : elle apportera aux ARH des éléments pour identifier les centres qui répondent au cahier des charges et pourront bénéficier de moyens nouveaux. L'évaluation des moyens nécessaires à la mise à niveau de la cancérologie pédiatrique sera réalisée régionalement, voire à un niveau interrégional, et pourra faire l'objet d'une montée en charge sur 2 à 3 campagnes budgétaires, en s'appuyant sur les recommandations de la circulaire. Cependant, les équipes les plus en difficulté devront être prioritaires dès 2004. Cette mesure fera l'objet d'une déléation en mi-campagne.

c) Amélioration de l'accès aux traitements innovants et coûteux : le dispositif de financement de la tarification à l'activité prévoit le financement, en sus des GHS, des médicaments onéreux sur la base d'une liste de médicaments disposant de l'AMM. Les ATU nominatives ou de cohorte relèvent d'un financement spécifique. Chaque région devra se doter d'un système d'évaluation permettant de suivre les consommations des molécules inscrites sur la liste et d'évaluer les prescriptions réalisées dans le respect des bonnes

pratiques. Ces éléments seront précisés dans le cadre du contrat de bon usage des médicaments.

d) Appui à la mise en place des nouveaux équipements lourds de cancérologie : les TEP qui seront installés en 2004 dans les six régions qui en sont dépourvues et les machines supplémentaires de radiothérapie, qui seront mises en fonctionnement en 2004, bénéficieront d'un appui spécifique pour renforcer les ressources humaines des établissements de santé concernés. Les plans régionaux pluriannuels d'investissement que vous avez arrêtés identifient ces équipements.

e) Appui à la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein : les établissements agréés pour participer au dépistage et ayant reçu un avis favorable de l'ARH bénéficieront d'un financement à compter de 2004 pour cette activité nouvelle, comme précisé dans la note conjointe DHOS/DGS du 3 novembre 2003. Cette mesure fera l'objet d'une délégation en mi-campagne.

f) Indemnisation du stage des radiophysiciens : les établissements de santé, qui participent à la formation des radiophysiciens, reçoivent une dotation pour permettre l'indemnisation des stagiaires présents en 2003-2004. Cette mesure vise à renforcer l'attractivité de la filière et à favoriser le recrutement dans les établissements de santé des radiophysiciens, dont les effectifs sont globalement insuffisants.

g) Appui à la création de postes d'internes, chefs de clinique et hospitalo-universitaires : l'augmentation des capacités d'encadrement des services formateurs en cancérologie a pour objet de favoriser la formation d'un plus grand nombre de professionnels compétents dans la prise en charge du cancer. Cette mesure fera l'objet d'une délégation en mi-campagne.

Mesures reconduites en 2004 pour poursuivre le renforcement des actions

a) Développement du soutien psychologique : les patients atteints de cancer et leurs proches doivent pouvoir bénéficier de consultations de soutien. Un état des lieux de la psycho-oncologie est en cours au sein de la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. Il devrait être disponible à compter de la mi février et vous sera alors adressé.

L'effectivité du renforcement en psycho-oncologie est une des priorités du plan cancer. Les moyens mis à disposition dès cette campagne budgétaire seront poursuivis jusqu'en 2007 mais doivent très clairement permettre des recrutements dès 2004 et contribuer à acter la réalisation concrète de cette mesure.

b) Renforcement des équipes de radiothérapie : La mise à niveau des plateaux techniques de radiothérapie a pour objectif à la fois de rendre effective et rapidement opérationnelle l'augmentation attendue du parc d'accélérateurs, pour réduire les délais d'attente et permettre l'accès à des techniques de traitement plus modernes, mais aussi de mettre à niveau les équipes des centres de radiothérapie.

Les ARH bénéficient d'une vision actualisée, qui s'appuie sur les SROS arrêtés en 2003, l'activité PMSI et les travaux régionaux menés dans le cadre d'Hôpital 2007. Tous les professionnels intervenant en radiothérapie sont concernés par ce renforcement :

radiothérapeutes, radiophysiciens et manipulateurs d'électroradiologie. La circulaire du 3 mai 2002 donne des recommandations en terme d'équipes qui permettront aux ARH de cibler concrètement les besoins et d'accorder les moyens nécessaires. Ces renforcements sont d'autant plus attendus qu'ils doivent permettre de contrebalancer une situation tendue au sein des centres de radiothérapie dans de plus en plus de régions. Deux éléments supplémentaires sont à prendre en compte dans la priorité accordée aux demandes des établissements : les centres de radiothérapie où les temps d'attente sont supérieurs à la moyenne régionale et la nécessaire promotion de l'accès aux techniques innovantes et spéciales.

c) Développement des soins palliatifs : L'effort de développement des soins palliatifs doit être poursuivi notamment dans les établissements de santé, en lien avec le domicile, en identifiant des lits de soins palliatifs, là où cette activité est importante, et en créant ou en renforçant des équipes mobiles de soins palliatifs qui doivent à terme assurer la couverture du territoire. De plus quatre régions, actuellement dépourvues d'unités de soins palliatifs, bénéficient d'un financement à ce titre. La création de ces unités dans les pôles régionaux de référence en cancérologie permettra d'assurer une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

Le développement des soins palliatifs à domicile sera impulsé par la création de nouveaux réseaux et par le développement de la prise en charge de ces malades dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

d) Développement des structures de lutte contre la douleur : la poursuite de la création de consultations de prise en charge de la douleur chronique rebelle s'inscrit en cohérence avec le plan quadriennal de lutte contre la douleur (2002-2005), qui a permis l'identification de 169 structures. Pour remédier aux disparités régionales, la dotation 2004 permettra de financer la création d'une consultation de prise en charge pluridisciplinaire dans les 16 départements qui en sont aujourd'hui dépourvus.

e) Renforcement de l'oncogénétique : la structuration de cette discipline se poursuit en 2004 et concerne :

- les laboratoires : un nouvel appel à projets, d'un montant de 2 millions d'euros, concernant les laboratoires des établissements de santé sous dotation globale qui effectuent des examens d'oncogénétique moléculaire constitutionnelle sera lancé en 2004, afin de parfaire et de compléter l'action entreprise en 2002 et 2003. Une première analyse de l'activité des laboratoires précédemment soutenus sera effectuée à partir des rapports adressés par les établissements le 31 janvier 2004.

- les consultations : un appel d'offres national 2004 d'un montant d'1 million d'euros, complètera les financements alloués en 2003. Il sera lancé mi 2004 et permettra de lisser les écarts inter régions, d'assurer en intra régional un maillage plus important, et d'expérimenter des filières de soins spécifiques aux pathologies rares.

Ces deux mesures feront l'objet d'une délégation en mi-campagne.

f) Renforcement des tumorothèques : Cette mesure d'un montant prévisionnel de 4,25 millions d'euros en 2004, a fait l'objet d'un appel à projet (cf : circulaire DHOS-OPRC/2003 n°334 du 7 juillet 2003). Les établissements devront déposer leurs dossiers de candidature avant le 1^{er} mars 2004, selon les modalités figurant dans la circulaire précitée.

Les établissements déjà soutenus lors des phases précédentes pourront déposer un nouveau dossier, dans la mesure où ils démontreront une montée en charge substantielle de leur activité prévisionnelle ou une extension à de nouveaux champs. L'objectif poursuivi est de disposer dans notre pays de 80 tumorothèques réparties sur le territoire national, et d'encourager en lien avec les cancéropoles, les structures gérées en commun par les CHU et les Centres de lutte contre le cancer, et dans la mesure du possible avec les autres établissements fortement impliqués par les analyses moléculaires en matière de cancérologie. Une étude sera entreprise auprès de tous les établissements soutenus depuis 2001, afin de faire le bilan des actions menées à bien. Cette mesure fera l'objet d'une délégation en mi-campagne.

g) Renforcement des consultations de tabacologie

Les mesures gouvernementales de lutte contre le tabagisme et la mise en œuvre du plan cancer ont eu pour conséquence une demande accrue d'aide au sevrage chez les fumeurs. Un grand nombre de consultations hospitalières de tabacologie rencontrent des difficultés à répondre à la demande et leur délai de premier rendez vous de consultation s'est considérablement rallongé. Les crédits 2004 vont permettre d'installer au moins une consultation par département et de mettre en place à titre expérimental 20 sites d'accueil sans rendez-vous dans des consultations de tabacologie.

4.4.2. Le plan urgences :

L'amélioration du fonctionnement des urgences, dont l'épisode dramatique de la canicule a mis en évidence les difficultés, appelle une réponse globale. Le plan urgences, dont vous trouverez le détail en annexe 7, annoncé par le Ministre le 30 septembre 2003, prévoit donc des moyens spécifiques consacrés à des mesures prises pour assurer un maillage médical du territoire et optimiser le recours aux urgences en assurant une meilleure coordination avec la médecine de ville et les différentes structures de soins du territoire de santé. Le plan vise également à améliorer le fonctionnement interne des urgences et à mieux organiser la fluidité des passages, notamment par l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

Les objectifs nationaux du plan ont été déclinés régionalement, mesure par mesure, selon les critères développés en annexe 7. Il est ainsi obtenu des objectifs régionaux prévisionnels pour la mise en œuvre du plan en 2004, tant pour les mesures financées par la T2A que pour celles financées par les MIGAC et la DAC.

La répartition des moyens doit tenir compte des orientations retenues par les travaux préparatoires à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Dans cette perspective, les ARH veilleront à soutenir les organisations opérationnelles participant à améliorer la prise en charge des urgences pré-hospitalières et hospitalières.

En particulier, vous vous assurez que les moyens supplémentaires issus du plan urgences sont effectivement attribués aux services concernés et vous ferez un état de la situation au 15 mars 2004 selon le tableau défini en annexe 7 en justifiant les écarts entre les crédits alloués et les objectifs prévisionnels définis pour votre région (cf. annexe 7).

Pour ce faire, vous adresserez une instruction aux établissements de votre région précisant les modalités de déclinaison du plan par établissement et pour l'ensemble des mesures. Pour les mesures dont vous assurez les notifications (MIGAC et hors T2A), il conviendra de déléguer les crédits dès le budget primitif et que les établissements engagent immédiatement les actions prévues. Pour les mesures financées par la T2A, les

forfaits urgences ont été calculés de manière à financer les mesures concernant les services des urgences. Il conviendra d'engager les établissements à ce que les moyens obtenus grâce à l'activité des services des urgences bénéficient effectivement à ces derniers.

Mesures financées dans le cadre de la TAA (MIGAC)

- SAMU

La régulation médicale est un élément essentiel de l'organisation de l'accès aux soins non programmés et urgents. Les SAMU ont connu ces dernières années une progression importante de leur l'activité, qui va s'amplifier du fait, d'une part, de la mise en place de la garde ambulancière régulée par le SAMU et d'autre part, de la mise en place de la régulation des appels relevant de la permanence des soins en médecine ambulatoire par les médecins libéraux, installés dans la mesure du possible dans les locaux du SAMU. Ces missions impliquent de renforcer ces services par des praticiens hospitaliers et des permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM).

Les postes devront être prioritairement attribués aux établissements dont les services sont caractérisés par un faible ratio activité (nombre d'appel et nombre d'affaires traitées) / effectif médical et non médical. A ce critère sera ajouté la population du département. Vous veillerez également à renforcer en PARM les SAMU dans lesquels les médecins libéraux participent, au cours des périodes où la permanence des soins ambulatoires doit être organisée, à la régulation des appels relevant de la médecine de ville.

- SMUR

L'implantation des SMUR doit permettre de garantir un accès aux soins en tout point du territoire. Le regroupement des plateaux techniques génère une activité supplémentaire des SMUR. Les SMUR connaissent des besoins en personnels soignants qui justifient un renforcement des équipes en personnel non médical.

Le renforcement bénéficiera aux établissements dont l'activité et les besoins justifient notamment de conforter une seconde ligne de SMUR.

Mesures financées dans le cadre de la TAA (forfaits annuels urgence)

- Equipes d'organisation interne dans les services d'urgences

L'organisation interne des urgences incluant l'accueil, les soins et examens et l'unité d'hospitalisation de courte durée doit pouvoir être gérée par une équipe composée par exemple d'un médecin sénior, d'un infirmier et d'un travailleur social. En effet, l'amélioration du fonctionnement des services d'urgences passe d'abord par une organisation plus opérationnelle de l'accueil des patients qui permette l'orientation adaptée de chaque patient.

Cette mesure est financée dans le cadre du forfait urgences et est attribuée de façon modulée aux établissements connaissant une activité supérieure ou égale à 17 500 passages.

- Renforcement des capacités logistiques

Il est essentiel que les équipes soignantes se consacrent aux patients et non comme cela est souvent le cas, à la recherche de lits d'hospitalisation. A cette fin, le fonctionnement des services d'urgences sera facilité par l'appui logistique de secrétaires médicales.

Tous les services d'urgences, quelle que soit leur autorisation (SAU / UPATOU / POSU) bénéficient de cette mesure, incluse dans le forfait annuel.

- Personnels de remplacement

Pour adapter les effectifs à l'activité, dont les variations sont importantes, les services d'urgences pourront renforcer les équipes en remplaçant les personnels absents ou en accordant des heures supplémentaires.

Cette mesure est financée dans le cadre du forfait urgences.

Les postes non médicaux attribués au titre de cette mesure bénéficient à tous les services d'urgences, quelle que soit leur autorisation (SAU / UPATOU / POSU).

Les postes médicaux bénéficient de manière modulée aux services d'urgences connaissant une activité égale ou supérieure à 17 500 passages.

- Zones de surveillance de très courte durée

Les zones de surveillance de très courte durée ont été rendues obligatoires par le décret du 9 mai 1995. Dans les faits, ces zones ne sont pas toujours opérationnelles, soit qu'elles n'aient pas été créées, soit qu'elles ne soient pas situées à proximité du service des urgences. Il vous appartient de vous assurer de la mise en place effective de ces zones dans tous les services d'urgences.

Cette mesure est incluse dans le forfait urgences et sera attribuée à tous les services d'urgences quelle que soit leur autorisation (SAU / UPATOU / POSU).

Mesures non financées dans le cadre de la TAA

- HAD

Le développement de l'hospitalisation à domicile est un des axes du plan urgences et doit désormais se traduire par une augmentation significative de places d'ici 2005 pour atteindre le doublement des capacités actuelles soit 8 000 places.

En terme organisationnel, ce développement, que vous pilotez, s'appuie sur les orientations ministérielles données par circulaire.

En terme d'accompagnement budgétaire, la somme de 66 millions d'euros est consacrée à ce développement selon le schéma suivant : 16 millions d'euros en 2004 et 50 millions d'euros en 2005, ce qui permet la création de plus de 1200 places.

Précisément, les 16 millions d'euros doivent prioritairement permettre de créer ou renforcer des structures d'HAD dans les zones actuellement dépourvues ou sous-dotées (33

départements en 2002 ne comptent encore aucune place d'HAD) afin d'assurer une couverture équitable de la population et renforcer les prises en charge de proximité.

Cet objectif de renforcement ou « rattrapage » des régions sous équipées se traduit dans la répartition régionale pour 2004 qui se fonde sur 1) l'équipement existant, 2) les projets 2004 (qui sont ou vont passer en CROSS en 2004).

Le nouveau cadre légal et réglementaire de l'HAD, la nouvelle tarification, la circulaire d'orientation pour les prochains SROS produiront leurs pleins effets en fin d'année 2004 : de nombreux projets sont ainsi à échéance de 2005. Par conséquent, l'ensemble des régions participera pleinement à ce développement sur la base des 50 millions d'euros identifiés en 2005 : les résultats de l'étude régionale de besoins en HAD conduite actuellement à titre expérimentale, permettra de disposer de critères de répartition régionale plus prospectifs.

- Création de lits de Soins de suite et de réadaptation

Le vieillissement de la population et la prise en charge des personnes âgées dans des conditions satisfaisantes impliquent de développer le nombre de lits de soins de suite. Ainsi, le plan urgences prévoit la création de 15000 lits de soins de suite médicalisés (dont 8000 dans le secteur sous dotation globale) pour assurer la fluidité de l'organisation et éviter l'encombrement des services d'urgences.

Ces lits pourront être créés ex nihilo mais surtout par reconversion de lits occupés actuellement par des patients ne relevant pas du secteur sanitaire et par transformation de lits de chirurgie pour le secteur public (1000 environ). L'enquête GAIN de l'assurance maladie identifie en effet 25 000 lits de SSR inadéquats sur l'ensemble du territoire, la charge en soins des patients ne justifiant pas cette prise en charge. La reconversion des lits occupés par des patients ne relevant pas du secteur sanitaire suppose que soient transférés vers le secteur médico-social les moyens nécessaires à la création des structures adéquates. Le nombre de forfaits soins, correspondant aux places qui doivent être créées les 5 prochaines années dans le secteur médico-social, à financer à partir des crédits mal utilisés aujourd'hui dans le secteur sanitaire, a été évalué à 17 500 pour l'ensemble des établissements sous dotation globale soit une moyenne annuelle de 3 500.

Ces crédits représentent 29.7% du coût net lié à la création des lits : lorsque vous financez, grâce à ces crédits, 100 euros de lits SSR, vous devez faire 71,3 euros d'économies générées par ces transformations. En d'autres termes, chaque euro qui vous est délégué doit vous permettre, grâce à l'effet de levier de la transformation des lits, de mobiliser un peu plus de trois euros pour la création de lits SSR.

Seules ces transformations et transferts permettront de créer le nombre de lits nécessaire au désengorgement de l'aval des urgences.

Les crédits qui vous sont alloués pour la médicalisation de lits de soins de suite représentent le solde net entre le coût des lits médicalisés à créer et les économies réalisées à partir de la suppression des lits occupés de manière inadéquate après transfert vers le secteur médico-social des financements nécessaires aux forfaits soins des places créées dans ce secteur.

Vous veillerez à répartir les lits médicalisés en fonction des besoins estimés, notamment au vu des files d'attente des services de soins de suite et de réadaptation. Le cas échéant, il vous appartient de réviser l'indice régional ou, si l'indice est déjà saturé et que des besoins sont

avérés, d'utiliser la procédure des besoins exceptionnels prévue à l'article L.6122-2 du code de la santé publique, qui vous permet de déroger à l'indice fixé dans la carte sanitaire.

Par ailleurs, il vous appartient de veiller à ce que les SSR disposent d'un **niveau de présence médicale** en cohérence avec leurs missions de prise en charge globale du patient.

- Hôpitaux locaux

Le développement des hôpitaux locaux fait l'objet d'un plan pluriannuel sur la période 2004-2007 intégrant des mesures budgétaires pour un montant total de 88,8 millions d'euros.

L'objectif est de re-médicaliser ces établissements, notamment en réintroduisant des lits de court séjour de médecine, afin de leur permettre d'assurer un rôle de premier niveau de prise en charge de proximité, en application de la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

Précisément, les 88,8 millions d'euros doivent permettre de :

- Renforcer la présence soignante, **prioritairement** en Infirmiers diplômés d'Etat et dans les hôpitaux locaux qui comptent un service de médecine. Il y a 0,26 ETP d'IDE en service de médecine à l'hôpital local contre 0,43 dans un service de médecine d'un centre hospitalier de taille moyenne. Or, les profils de patients accueillis dans un service de médecine en hôpital local et en centre hospitalier sont les mêmes. C'est pourquoi, il est prévu sur la période 2004-2007, de renforcer chaque hôpital local qui compte un service de médecine, (soit 247 sur 350), d'1 ETP d'IDE.

Le rythme de création des 247 postes est le suivant : 82 ETP en 2004 et 2005, 83 en 2006. Ainsi en 2004 ce sont 3,3 millions d'euros qui sont consacrés à cette mesure. Le critère de répartition de ces crédits est le poids de chaque région en hôpitaux locaux par rapport à la capacité nationale.

- Créer des lits de médecine **prioritairement** dans les hôpitaux locaux qui en sont actuellement totalement dépourvus (soit 103). La montée en charge est progressive et tient compte de la capacité d'émergence des projets. Les forums régionaux des hôpitaux locaux organisés en 2004 (cf. instructions du 21/11/03) ont d'ailleurs pour objet de favoriser de tels projets.

Cette mesure représente 5,5 millions d'euros en 2004 et 73,2 millions sur 2005-2007. Le critère de répartition des crédits en 2004 est le poids régional des hôpitaux locaux sans médecine, par rapport au poids national.

- Personnes âgées

Au-delà des mesures relatives à l'hôpital local, à l'Hospitalisation à domicile et aux soins de suite et de réadaptation, le plan urgences, repris par le plan dépendance (vieillesse et solidarités), justifie, dans la continuité de la circulaire du 18 mars 2002, la poursuite et l'amplification d'un effort engagé depuis 2002, afin d'améliorer la filière de soins gériatriques.

Deux axes d'amélioration sont particulièrement visés :

- l'accélération et l'aboutissement, en 2004, du programme de développement du court séjour gériatrique dans les établissements sièges de SAU, initialement prévu jusqu'en 2005, par redéploiement et renforcement de moyens en moyens spécialisés. Cet objectif s'inscrit également en cohérence avec les orientations de la circulaire du 16 avril 2002 relative à la prise en charge des urgences.
- le déploiement de la compétence gériatrique dans une logique de proximité des soins. Il s'agit de la première tranche d'un programme quinquennal, visant à :
 - développer des équipes mobiles de gériatrie dans les établissements sièges de SAU ;
 - renforcer le dispositif ambulatoire d'évaluation fondé soit sur des consultations gériatriques avancées, soit sur des pôles d'évaluation gériatriques, auxquels les médecins généralistes peuvent adresser les patients vivant à domicile qui le nécessitent ;
 - favoriser l'accès à des compétences gériatriques, au-delà des seuls établissements sièges de SAU, notamment dans les établissements disposant de lits de médecine, dans une logique de proximité des soins. Les moyens humains mis à disposition doivent ainsi permettre de constituer des équipes pluridisciplinaires composées de personnels médical, paramédical et social, formés à la gériatrie.

En 2004, ces deux mesures relatives aux personnes âgées sont financées dans le cadre des MIGAC, pour les établissements rentrant effectivement dans le champ de la TAA.

4.4.3 Autres mesures de santé publique

Les personnes détenues : les crédits nécessaires au fonctionnement des nouvelles UCSA et des UHSI dont l'ouverture est prévue avant la fin du premier trimestre ont été intégrés à vos dotations régionales. Des notifications individuelles vous donneront les précisions nécessaires à leur attribution effective.

III. Les phases ultérieures de la campagne 2004

1. Les ajustements budgétaires liés à l'activité

Outre la détermination des budgets primitifs, les données d'activité et les consommations de médicaments et dispositifs médicaux figurant en annexe sont pris en compte pour fixer le niveau des ajustements budgétaires infra annuels (article 34 – C de la LFSS pour 2004).

Les données sont transmises trimestriellement à l'ARH un mois après la fin du trimestre considéré :

- Pour les données PMSI (RSA), leur contenu et les modalités de leur transmission sont fixées dans l'arrêté du 31 décembre 2003 (référence...)
- Pour les données d'activité autre que celles issues du PMSI (actes et consultations externes y compris les forfaits techniques scanner, IRM et PET-SCAN, passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation dans une unité MCO de l'établissement et IVG),

ainsi que pour les consommations de médicaments et dispositifs médicaux leur contenu et les modalités de leur transmission sont indiqués dans l'annexe 5.

Pour exploiter les données transmises par les établissements un logiciel sera mis à votre disposition par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) avant le 30 juin 2004⁴. Cet applicatif dérivé de MAHOS assurera la valorisation des données d'activité et procédera à une extrapolation sur l'ensemble de l'année de l'activité et des consommations de médicaments et DMI.

Les données d'activité 2004 collectées par cet outil et centralisées par l'ATIH seront utilisées pour déterminer les majorations de vos dotations régionales correspondant à l'activité produite. Il est donc essentiel que vous vous assuriez auprès des établissements de votre région de la production des informations demandées aux échéances prescrites.

A partir de la comparaison entre le montant inscrit au BP et le résultat de l'extrapolation, il vous appartiendra de demander ou pas à l'établissement de vous soumettre une décision modificative, **dans la limite de vos dotations régionales.**

En pratique, deux, voire trois, échéances peuvent être d'ores et déjà annoncées :

- Après la transmission à l'ARH du compte administratif 2003, soit au plus tard le 30 juin 2004, il vous sera possible de prendre en compte les données PMSI de l'ensemble de l'année 2003 qui vous auront été transmises avant le 1^{er} mars 2004 en application des dispositions de l'arrêté du 31 décembre 2003. Si la valorisation de l'activité fait apparaître un écart positif significatif avec l'activité 2002 prise en compte pour l'élaboration du BP, une décision modificative pourra être proposée. En revanche, dans la mesure où vous ne disposerez à ce moment que d'un trimestre de consommation de médicaments et DMI, il ne vous sera pas possible de construire à partir de ces seules données une extrapolation annuelle fiable.
- A partir du 1^{er} septembre 2004, une deuxième décision modificative pourra être adoptée portant sur l'activité 2004 (deux trimestres étant à ce moment disponibles pour fonder une extrapolation annuelle fiable) et sur les consommations de médicaments et DMI.

Enfin, le cas échéant, une troisième décision modificative pourra intervenir en fin d'année sur la base des données d'activité et de consommation des trois premiers trimestres.

2. Les mesures intégrées ultérieurement

Comme les années précédentes, certaines mesures ne peuvent être attribuées dès le début d'année :

- les éventuelles mesures de revalorisation salariale pour lesquelles nous ne disposons d'aucun élément à ce jour et les mesures catégorielles pour lesquelles les textes réglementaires ne sont pas encore pris.
- les mesures du plan cancer qui concernent la cancérologie pédiatrique la coordination des soins, le dépistage hospitalier du cancer du sein, les soins palliatifs, les PU-PH et internes.

⁴ Pour l'exploitation à des fins de contrôle et d'analyse de l'activité, une version de MAHOS intégrant la version 9 de la classification des GHM vous sera livrée début mars 2004.

- les mesures relatives aux deux plans de santé publique en cours de préparation (plan périnatalité et plan santé mentale).
- les mesures du plan urgences relatives à la revalorisation des PARM et à l'informatisation des services.
- le complément de la tranche 2004 du plan d'investissement Hôpital 2007

Par ailleurs les effets reports des mesures ponctuelles qui vous ont été accordées l'an passé et les nouvelles tranches du PHRC et du programme innovations diagnostiques et thérapeutiques qui vous ont déjà été notifiés seront intégrés dans une circulaire ultérieure.

IV. Le suivi de campagne

Comme chaque année, un suivi de la campagne par mesure sera réalisé à partir des remontées d'informations saisies dans GEODE. Cette saisie doit être faite sans délai, dès lors que les crédits sont notifiés aux établissements. Une nouvelle version de l'application GEODE, disponible dans les régions au plus tard le 15 février 2004, doit permettre également de suivre les ajustements infra-annuels liés à l'activité et à la consommation des médicaments et Dispositifs médicaux implantables et leur impact sur les dotations régionales. Dès la livraison de l'applicatif dérivé de MAHOS, une interface entre cet outil et la nouvelle version GEODE sera activée afin d'alimenter automatiquement la base de données GEODE et de limiter les saisies successives.

Pour les besoins propres de la tarification à l'activité, une remontée d'information devra être organisée afin de préparer la deuxième phase de mise en œuvre de la réforme. Celle-ci consistera en effet en 2005 à distinguer des enveloppes de financement distinctes constituant autant d'agrégats de l'ONDAM : objectif de dépenses d'activité et de forfaits annuels commun aux secteurs public et privé, enveloppe des dotations annuelles complémentaires, enveloppe des dotations annuelles de financement et enveloppe de financement des MIGAC. Pour ce faire, vous serez amenés à indiquer pour chaque établissement les modifications éventuelles apportées au découpage de sa base 2004 et la répartition des crédits nouveaux attribués en 2004 pour chacune des sous-enveloppes citées au-dessus.

La remontée des données à la DHOS s'opérera sur la base d'un tableau de reporting qui vous sera communiqué ultérieurement. Cependant, pour vous permettre d'identifier dès maintenant les différentes enveloppes auxquelles il conviendra de rattacher les mesures nouvelles octroyées en 2004, un projet de tableau figure dans les trois derniers onglets du fichier *Excel* destiné au calcul des BP qui vous a été transmis parallèlement.

Le reporting de l'affectation des mesures nouvelles sur les différentes sous-enveloppes nécessitant également la collaboration des établissements, qui seront seuls en mesure de préciser l'affectation de certains crédits, il conviendra de les sensibiliser à cette opération dès la notification du budget primitif. Dans la perspective de construction des enveloppes 2005, un groupe de travail, comportant des représentants des ARH, des services déconcentrés, de l'ATIH et de l'administration centrale, a parallèlement été créé fin 2003, afin de rénover le guide des retraitements comptables et d'adapter ceux-ci au passage à la tarification à l'activité. Les outils utilisés jusqu'à présent pour effectuer les retraitements comptables vont

évoluer de façon importante. Il est donc indispensable que les établissements attendent la transmission du nouveau guide, avant de commencer à retraiter leur compte administratif.

La réforme de la tarification engagée avec la campagne budgétaire 2004 est un enjeu majeur de la modernisation de l'hôpital et je compte sur votre engagement pour en faciliter sa mise en œuvre auprès des établissements. Vous voudrez me tenir informé, sous le présent timbre, des difficultés que vous pourriez rencontrer à l'occasion de cette campagne budgétaire.

Tableau I:
Etablissements publics et privés
participant au SPH
Bases pour 2004

Les montants sont en milliers €

| Régions | Dotations au 1/12/03 | dont crédits reconductibles | Effets de champs sur 2003 | Transferts interrégionaux | Dotations régionales finales 2003 | dont crédits reconductibles | Effets de champs au 01/01/04 | Base pour 2004 | réintroduction médicaments coûteux NR en 2003 | Bases pour 2004 corrigées |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|--------------------------------|------------------------------------|----------------------|--|------------------------------|
| Alsace | 1 626 766,57 | 1 619 579,20 | -43,45 | 56,78 | 1 626 779,91 | 1 619 592,54 | -1 290,15 | 1 618 302,39 | - | 1 618 302,39 |
| Aquitaine | 2 133 721,02 | 2 127 221,45 | -50,47 | | 2 133 670,56 | 2 127 170,98 | -355,52 | 2 126 815,46 | 15,60 | 2 126 831,06 |
| Auvergne | 1 065 630,84 | 1 062 171,27 | 0,00 | -98,57 | 1 065 532,27 | 1 062 072,70 | -286,41 | 1 061 786,29 | 197,85 | 1 061 984,14 |
| Bourgogne | 1 186 632,60 | 1 183 268,08 | -183,53 | -144,22 | 1 186 304,85 | 1 182 940,32 | -668,17 | 1 182 272,15 | 244,91 | 1 182 517,07 |
| Bretagne | 2 359 939,70 | 2 355 114,85 | -338,81 | 74,85 | 2 359 675,74 | 2 354 850,89 | 3 394,86 | 2 358 245,75 | 179,19 | 2 358 424,93 |
| Centre | 1 593 586,75 | 1 588 404,05 | -777,63 | -12,45 | 1 592 796,68 | 1 587 613,98 | -2 782,05 | 1 584 831,92 | 191,13 | 1 585 023,05 |
| Champagne-Ardenne | 1 006 396,59 | 1 004 105,99 | 0,00 | | 1 006 396,59 | 1 004 105,99 | -1 163,15 | 1 002 942,84 | - | 1 002 942,84 |
| Corse | 195 145,62 | 188 635,67 | 0,00 | | 195 145,62 | 188 635,67 | 0,00 | 188 635,67 | - | 188 635,67 |
| Franche-Comté | 915 546,80 | 912 196,91 | -535,01 | | 915 011,79 | 911 661,91 | 307,72 | 911 969,63 | 768,40 | 912 738,02 |
| Ile-de-France | 10 182 756,10 | 10 134 065,87 | 521,86 | 3 913,00 | 10 187 190,96 | 10 138 500,72 | 1 309,00 | 10 139 809,72 | 4 876,83 | 10 144 686,56 |
| Languedoc-Roussillon | 1 606 857,94 | 1 598 679,91 | -715,21 | -3 926,00 | 1 602 216,74 | 1 594 038,71 | -396,69 | 1 593 642,02 | 318,56 | 1 593 960,57 |
| Limousin | 674 375,99 | 672 932,97 | -938,28 | 66,92 | 673 504,64 | 672 061,61 | 990,00 | 673 051,61 | - | 673 051,61 |
| Lorraine | 2 097 406,80 | 2 092 849,24 | -2 737,74 | | 2 094 669,06 | 2 090 111,50 | 491,09 | 2 090 602,59 | 71,67 | 2 090 674,27 |
| Midi-Pyrénées | 1 866 172,75 | 1 853 699,55 | 38,22 | | 1 866 210,97 | 1 853 737,77 | -2 098,90 | 1 851 638,86 | - | 1 851 638,86 |
| Nord-Pas-de-Calais | 2 956 298,99 | 2 948 351,60 | 1 300,33 | | 2 957 599,33 | 2 949 651,93 | 0,00 | 2 949 651,93 | 761,45 | 2 950 413,38 |
| Basse-Normandie | 1 223 754,96 | 1 220 677,15 | -470,40 | | 1 223 284,57 | 1 220 206,75 | 440,87 | 1 220 647,61 | 399,39 | 1 221 047,00 |
| Haute-Normandie | 1 224 047,87 | 1 220 066,63 | 0,00 | 69,36 | 1 224 117,23 | 1 220 135,99 | 0,00 | 1 220 135,99 | - | 1 220 135,99 |
| Pays-de-la-Loire | 2 176 647,65 | 2 169 439,91 | 127,15 | 25,45 | 2 176 800,25 | 2 169 592,50 | 1 199,96 | 2 170 792,46 | 874,00 | 2 171 666,45 |
| Picardie | 1 456 658,44 | 1 453 742,62 | -239,82 | | 1 456 418,63 | 1 453 502,80 | -715,67 | 1 452 787,13 | 275,86 | 1 453 063,00 |
| Poitou-Charentes | 1 209 970,65 | 1 207 510,98 | -1 020,26 | -25,13 | 1 208 925,26 | 1 206 465,59 | -3 651,69 | 1 202 813,90 | 470,00 | 1 203 283,90 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 3 593 498,95 | 3 574 577,35 | 563,54 | | 3 594 062,48 | 3 575 140,88 | 5 280,51 | 3 580 421,39 | 2 414,92 | 3 582 836,32 |
| Rhône-Alpes | 4 464 926,32 | 4 440 904,95 | -11 527,72 | | 4 453 398,60 | 4 429 377,23 | 1 829,21 | 4 431 206,45 | 1 851,38 | 4 433 057,83 |
| France métropolitaine | 46 816 739,94 | 46 628 196,18 | -17 027,22 | 0,00 | 46 799 712,72 | 46 611 168,96 | 1 834,82 | 46 613 003,78 | 13 911,14 | 46 626 914,93 |
| Guadeloupe | 329 434,09 | 321 880,44 | 0,00 | | 329 434,09 | 321 880,44 | 0,00 | 321 880,44 | - | 321 880,44 |
| Guyane | 151 342,75 | 146 577,75 | 0,00 | | 151 342,75 | 146 577,75 | 0,00 | 146 577,75 | - | 146 577,75 |
| Martinique | 402 407,38 | 400 240,38 | 0,00 | | 402 407,38 | 400 240,38 | 0,00 | 400 240,38 | - | 400 240,38 |
| Réunion | 483 469,94 | 479 013,44 | 0,00 | | 483 469,94 | 479 013,44 | 0,00 | 479 013,44 | - | 479 013,44 |
| DOM | 1 366 654,16 | 1 347 712,01 | 0,00 | 0,00 | 1 366 654,16 | 1 347 712,01 | 0,00 | 1 347 712,01 | - | 1 347 712,01 |
| France entière | 48 183 394,09 | 47 975 908,19 | -17 027,22 | 0,00 | 48 166 366,88 | 47 958 880,97 | 1 834,82 | 47 960 715,79 | 13 911,14 | 47 974 626,93 |

Tableau II :
Campagne budgétaire 2004
Dotations Régionales

| Régions | Montant total non soumis aux fluctuations de l'activité | | | | | Montant total soumis aux fluctuations de l'activité | | | | Dotations régionales (10)=(4)+(5)+(9) |
|------------------------------|---|--------------------------|---|--|-------------------------------|---|----------------------|---------------------------|---|--|
| | D.A.C (90%) (1) | Base MIGAC totale (2) | Etablissements ou Activités hors T2A (3) | Montant total non soumis à l'activité (4)=(1)+(2)+(3) | Mesures Nouvelles 2004 (5) | Activités 2004 (hors forfaits, médicaments et DMI) (6) | Forfaits 2004 (7) | Médicaments et DMI (8) | Montants soumis à l'activité (9)=(6)+(7)+(8) | |
| Alsace | 979 151,41 | 115 034,69 | 360 354,44 | 1 454 540,54 | 36 806,64 | 109 144,53 | 20 330,86 | 29 542,30 | 159 017,69 | 1 650 364,87 |
| Aquitaine | 1 182 876,76 | 139 766,95 | 606 624,30 | 1 929 268,01 | 50 769,29 | 135 485,34 | 24 075,08 | 35 613,50 | 195 173,91 | 2 175 211,21 |
| Auvergne | 570 644,59 | 75 309,81 | 319 404,77 | 965 359,17 | 25 515,95 | 65 158,68 | 13 095,68 | 17 039,14 | 95 293,50 | 1 086 168,62 |
| Bourgogne | 687 879,52 | 84 143,90 | 296 796,65 | 1 068 820,08 | 31 086,73 | 80 906,10 | 16 820,30 | 17 438,56 | 115 164,96 | 1 215 071,77 |
| Bretagne | 1 252 089,97 | 140 903,97 | 753 263,60 | 2 146 257,53 | 54 054,92 | 147 082,31 | 30 785,83 | 36 244,75 | 214 112,89 | 2 414 425,34 |
| Centre | 909 991,23 | 108 367,50 | 409 067,31 | 1 427 426,04 | 40 165,31 | 104 089,29 | 25 885,52 | 26 461,05 | 156 435,86 | 1 624 027,20 |
| Champagne-Ardenne | 590 585,83 | 94 335,87 | 216 963,29 | 901 884,99 | 27 278,62 | 66 457,81 | 15 679,63 | 16 966,56 | 99 104,01 | 1 028 267,62 |
| Corse | 103 373,80 | 7 680,63 | 60 271,13 | 171 325,56 | 6 072,41 | 9 977,22 | 2 968,11 | 2 492,10 | 15 437,43 | 192 835,41 |
| Franche-Comte | 505 501,96 | 73 477,85 | 243 708,83 | 822 688,63 | 23 331,52 | 60 064,07 | 12 565,15 | 17 928,63 | 90 557,85 | 936 578,00 |
| Ile-de-France | 5 601 390,59 | 1 019 579,65 | 2 583 789,82 | 9 204 760,06 | 222 050,81 | 565 345,88 | 141 526,04 | 154 233,79 | 861 105,72 | 10 287 916,59 |
| Languedoc-Roussillon | 864 805,36 | 140 169,92 | 445 817,80 | 1 450 793,08 | 36 861,28 | 97 688,83 | 17 629,75 | 25 056,80 | 140 375,38 | 1 628 029,73 |
| Limousin | 363 446,47 | 53 568,25 | 195 380,32 | 612 395,04 | 23 312,40 | 42 744,96 | 6 542,90 | 11 415,70 | 60 703,56 | 696 411,01 |
| Lorraine | 1 227 392,42 | 124 107,83 | 545 969,53 | 1 897 469,78 | 47 522,82 | 135 264,67 | 21 019,51 | 30 153,93 | 186 438,11 | 2 131 430,71 |
| Midi-Pyrenees | 996 166,45 | 159 468,35 | 536 508,05 | 1 692 142,84 | 42 552,08 | 104 978,79 | 22 606,16 | 22 580,78 | 150 165,73 | 1 884 860,65 |
| Nord-Pas-de-Calais | 1 677 846,50 | 160 572,93 | 832 940,81 | 2 671 360,24 | 72 625,40 | 189 539,81 | 41 943,74 | 44 307,94 | 275 791,50 | 3 019 777,13 |
| Normandie-Basse | 712 321,08 | 89 957,55 | 297 171,67 | 1 099 450,30 | 31 595,58 | 76 863,94 | 15 317,77 | 21 116,15 | 113 297,86 | 1 244 343,74 |
| Normandie-Haute | 682 910,53 | 112 555,22 | 306 217,48 | 1 101 683,24 | 34 481,73 | 79 850,28 | 19 381,86 | 20 052,07 | 119 284,20 | 1 255 449,17 |
| Pays de la Loire | 1 140 106,42 | 146 096,00 | 690 939,43 | 1 977 141,85 | 51 815,49 | 133 624,49 | 28 175,53 | 34 142,12 | 195 942,15 | 2 224 899,48 |
| Picardie | 786 087,36 | 88 831,87 | 449 327,86 | 1 324 247,09 | 39 250,70 | 84 770,58 | 21 799,88 | 17 551,10 | 124 121,56 | 1 487 619,35 |
| Poitou-Charentes | 693 142,37 | 63 869,00 | 327 081,91 | 1 084 093,28 | 31 080,80 | 77 917,59 | 16 190,03 | 21 896,85 | 116 004,48 | 1 231 178,55 |
| Provence-Alpes-Cote-d-Azur | 2 108 800,47 | 289 529,98 | 818 647,38 | 3 216 977,83 | 77 837,07 | 232 728,36 | 53 940,64 | 66 398,61 | 353 067,60 | 3 647 882,50 |
| Rhône-Alpes | 2 423 469,49 | 399 255,92 | 1 211 548,41 | 4 034 273,81 | 99 917,93 | 268 686,91 | 58 017,76 | 61 993,30 | 388 697,96 | 4 522 889,70 |
| France Métropolitaine | 26 059 980,57 | 3 686 583,62 | 12 507 794,80 | 42 254 358,99 | 1 105 985,48 | 2 868 370,42 | 626 297,74 | 730 625,74 | 4 225 293,90 | 47 585 638,37 |
| Guadeloupe | 162 219,44 | 42 758,91 | 92 663,80 | 297 642,15 | 9 192,04 | 16 483,79 | 5 079,27 | 1 290,63 | 22 853,69 | 329 687,87 |
| Guyane | 0,00 | 0,00 | 146 577,75 | 146 577,75 | 3 644,58 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 150 222,33 |
| Martinique | 228 063,74 | 34 337,87 | 103 182,91 | 365 584,52 | 12 195,74 | 21 695,12 | 4 909,89 | 3 885,36 | 30 490,37 | 408 270,63 |
| Reunion | 326 372,58 | 23 695,34 | 77 339,53 | 427 407,45 | 12 764,52 | 37 507,73 | 8 995,27 | 5 788,45 | 52 291,46 | 492 463,43 |
| DOM | 716 655,75 | 100 792,12 | 419 763,99 | 1 237 211,87 | 37 796,89 | 75 686,64 | 18 984,43 | 10 964,44 | 105 635,51 | 1 380 644,27 |
| France Entière | 26 776 636,33 | 3 787 375,74 | 12 927 558,80 | 43 491 570,86 | 1 143 782,36 | 2 944 057,06 | 645 282,17 | 741 590,18 | 4 330 929,41 | 48 966 282,64 |

Les montants sont en milliers d'euros

Tableau III:
Campagne budgétaire 2004
Synthèse des mesures nouvelles

| Régions | Base budgétaire totale | Base budgétaire (hors partie soumise à l'activité) | Mesures d'évolution du coût des facteurs | Plan Cancer (première délégation de crédits hors molécules coûteuses) | Plan Urgences (hors revalorisation des forfaits) | Autres mesures (UHSI et H2007) | Total des mesures nouvelles (hors partie soumise à l'activité) | Dotation régionale (hors partie soumise à l'activité) | Dotation régionale (incluant la partie soumise à l'activité) |
|------------------------------|------------------------|--|--|---|--|--------------------------------|--|---|--|
| Alsace | 1 618 302,39 | 1 454 540,54 | 31 423,87 | 987,51 | 3 122,41 | 1 272,85 | 36 806,64 | 1 491 347,18 | 1 650 364,87 |
| Aquitaine | 2 126 831,06 | 1 929 268,01 | 42 320,06 | 952,75 | 4 843,54 | 2 652,95 | 50 769,29 | 1 980 037,30 | 2 175 211,21 |
| Auvergne | 1 061 984,14 | 965 359,17 | 21 433,53 | 684,16 | 2 458,58 | 939,69 | 25 515,95 | 990 875,12 | 1 086 168,62 |
| Bourgogne | 1 182 517,07 | 1 068 820,08 | 25 704,70 | 251,81 | 4 080,64 | 1 049,58 | 31 086,73 | 1 099 906,81 | 1 215 071,77 |
| Bretagne | 2 358 424,93 | 2 146 257,53 | 46 852,31 | 489,52 | 4 845,78 | 1 867,31 | 54 054,92 | 2 200 312,45 | 2 414 425,34 |
| Centre | 1 585 023,05 | 1 427 426,04 | 34 937,81 | 1 334,85 | 2 507,14 | 1 385,51 | 40 165,31 | 1 467 591,34 | 1 624 027,20 |
| Champagne-Ardenne | 1 002 942,84 | 901 884,99 | 23 250,32 | 366,04 | 2 484,18 | 1 178,07 | 27 278,62 | 929 163,61 | 1 028 267,62 |
| Corse | 188 635,67 | 171 325,56 | 4 626,28 | 117,32 | 1 164,29 | 164,52 | 6 072,41 | 177 397,97 | 192 835,41 |
| Franche-Comté | 912 738,02 | 822 688,63 | 19 558,88 | 261,79 | 2 748,40 | 762,45 | 23 331,52 | 846 020,15 | 936 578,00 |
| Ile-de-France | 10 144 686,56 | 9 204 760,06 | 194 183,18 | 1 790,44 | 15 657,75 | 10 419,44 | 222 050,81 | 9 426 810,87 | 10 287 916,59 |
| Languedoc-Roussillon | 1 593 960,57 | 1 450 793,08 | 30 595,95 | 1 141,26 | 3 660,81 | 1 463,26 | 36 861,28 | 1 487 654,35 | 1 628 029,73 |
| Limousin | 673 051,61 | 612 395,04 | 19 326,06 | 1 232,29 | 1 985,02 | 769,04 | 23 312,40 | 635 707,45 | 696 411,01 |
| Lorraine | 2 090 674,27 | 1 897 469,78 | 39 747,50 | 410,31 | 4 922,77 | 2 442,24 | 47 522,82 | 1 944 992,60 | 2 131 430,71 |
| Midi-Pyrénées | 1 851 638,86 | 1 692 142,84 | 36 136,91 | 1 113,03 | 3 719,70 | 1 582,45 | 42 552,08 | 1 734 694,93 | 1 884 860,65 |
| Nord-Pas de Calais | 2 950 413,38 | 2 671 360,24 | 57 243,57 | 683,67 | 6 456,47 | 8 241,69 | 72 625,40 | 2 743 985,63 | 3 019 777,13 |
| Normandie-Basse | 1 221 047,00 | 1 099 450,30 | 25 812,13 | 384,06 | 4 349,97 | 1 049,42 | 31 595,58 | 1 131 045,88 | 1 244 343,74 |
| Normandie-Haute | 1 220 135,99 | 1 101 683,24 | 27 717,58 | 1 844,29 | 3 895,30 | 1 024,55 | 34 481,73 | 1 136 164,97 | 1 255 449,17 |
| Pays de la Loire | 2 171 666,45 | 1 977 141,85 | 45 280,29 | 670,95 | 3 910,37 | 1 953,88 | 51 815,49 | 2 028 957,34 | 2 224 899,48 |
| Picardie | 1 453 063,00 | 1 324 247,09 | 32 267,37 | 861,79 | 4 166,94 | 1 954,61 | 39 250,70 | 1 363 497,79 | 1 487 619,35 |
| Poitou-Charentes | 1 203 283,90 | 1 084 093,28 | 26 294,76 | 897,98 | 3 033,40 | 854,66 | 31 080,80 | 1 115 174,08 | 1 231 178,55 |
| Provence-Alpes-Cote-d-Azur | 3 582 836,32 | 3 216 977,83 | 65 468,39 | 1 977,82 | 6 308,47 | 4 082,38 | 77 837,07 | 3 294 814,90 | 3 647 882,50 |
| Rhône-Alpes | 4 433 057,83 | 4 034 273,81 | 83 875,37 | 1 653,24 | 6 416,37 | 7 972,95 | 99 917,93 | 4 134 191,74 | 4 522 889,70 |
| France Métropolitaine | 46 626 914,93 | 42 254 358,99 | 934 056,82 | 20 106,88 | 96 738,29 | 55 083,49 | 1 105 985,48 | 43 360 344,47 | 47 585 638,37 |
| Guadeloupe | 321 880,44 | 297 642,15 | 7 718,70 | 289,60 | 925,31 | 258,44 | 9 192,04 | 306 834,18 | 329 687,87 |
| Guyane | 146 577,75 | 146 577,75 | 2 626,56 | 155,02 | 655,79 | 207,21 | 3 644,58 | 150 222,33 | 150 222,33 |
| Martinique | 400 240,38 | 365 584,52 | 9 674,35 | 1 284,39 | 872,61 | 364,39 | 12 195,74 | 377 780,26 | 408 270,63 |
| Reunion | 479 013,44 | 427 407,45 | 10 566,13 | 484,08 | 1 239,31 | 475,00 | 12 764,52 | 440 171,97 | 492 463,43 |
| DOM | 1 347 712,01 | 1 237 211,87 | 30 585,74 | 2 213,09 | 3 693,02 | 1 305,04 | 37 796,89 | 1 275 008,75 | 1 380 644,27 |
| France Entière | 47 974 626,93 | 43 491 570,86 | 964 642,55 | 22 319,97 | 100 431,32 | 56 388,53 | 1 143 782,36 | 44 635 353,22 | 48 966 282,64 |

Les montants sont en milliers d'euros