



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre  
de soins

Bureau de la synthèse organisationnelle  
et financière (R1)

Personne chargée du dossier :

Antoine LETIERS

E-mail : [antoine.letiers@sante.gouv.fr](mailto:antoine.letiers@sante.gouv.fr)

Téléphone : 01 40 56 58 70

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs  
généraux des agences régionales de santé  
(pour mise en œuvre)

**CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2011/125** du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011  
des établissements de santé

**Validée par le CNP le 11 mars 2011 - Visa CNP 2011-57**

Date d'application : Immédiate

NOR : ETSH1109356C

Classement thématique : Etablissements de santé

**Catégorie** : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

**Résumé** : Fixation des ressources d'assurance maladie des établissements de santé

**Mots-clés** : hôpital – clinique – établissements de santé – tarification à l'activité – dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – dotation annuelle de financement

**Textes de référence** :

- Code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-13, L.174-1, L.174-1-1, D.162-6 à D.162-8, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4, et R.174-2 ;
- Code de la santé publique, notamment les articles L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;
- Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale et

<p>notamment son article 33 modifié ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 4 ;</li> <li>○ Arrêté du 23 décembre 2009 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;</li> <li>○ Arrêté du 22 décembre 2006 pris pour l'application du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ;</li> <li>○ Arrêté du 29 octobre 2008 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;</li> <li>○ Arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;</li> <li>○ Arrêté du 29 mars 2011 fixant pour l'année 2011 les dotations régionales mentionnées à l'article L.174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation ;</li> </ul>
<p><b>Annexes :</b></p> <p>Annexe I : Montants régionaux MIGAC, DAF, USLD  Annexe II : Plans et mesures de santé publique  Annexe III : Charges de personnel et effet prix  Annexe IV : Précisions sur les règles de facturation des prestations d'hospitalisation MCO et sur les modalités de gestion du coefficient de transition et du forfait HT  Annexe V : MIGAC-MERRI  Annexe VI : La permanence des soins en établissement de santé (PDSES)  Annexe VII : Modulation des ressources des établissements ayant une activité de SSR  Annexe VIII : Taux de recours par région</p>
<p><b>Diffusion :</b> Les établissements concernés doivent être informés de cette circulaire par l'intermédiaire des ARS, selon le dispositif existant au niveau régional.</p>

**Pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM voté par le Parlement a été tenu : c'est un progrès notable, parce que la maîtrise des comptes publics s'impose à tous. C'est dans le même esprit de responsabilité que s'inscrit la campagne budgétaire pour 2011. Cette campagne peut paraître difficile : elle est à la fois réaliste et juste, parce qu'elle nous invite collectivement à un pilotage maîtrisé de l'offre de soins tout en veillant à répartir équitablement l'effort entre hôpitaux publics et cliniques privées.**

**L'enveloppe budgétaire allouée aux hôpitaux et aux cliniques va progresser de 2,8 % en 2011. Cela représente 2 milliards d'euros de moyens supplémentaires. Cet objectif devra être scrupuleusement tenu. D'ailleurs, pour nous prémunir contre tout risque de dépassement, nous mettons en réserve 400 millions d'euros.**

**Nous prévoyons une hausse du volume d'activité des établissements de 2,4 %. Les tarifs, eux, seront légèrement réduits, de 0,2 % pour le secteur public avant convergence et de 0,05 % dans le privé. Nous affichons en même temps certaines priorités : c'est la raison pour laquelle certains tarifs et notamment ceux relatifs à la prise en charge des cancers et des accidents vasculaires cérébraux seront préservés. De même, on incitera encore davantage les établissements à développer la chirurgie ambulatoire.**

**Cette réduction des tarifs, qui reste néanmoins faible, est un choix que j'assume, parce qu'il est nécessaire pour respecter l'objectif de dépenses tout en tenant compte d'un volume d'activité réaliste.**

**Ce choix permet aussi d'allouer une enveloppe en hausse pour les missions d'intérêt général des établissements de santé, qui seront préservées (Samu, actions de prévention, prise en compte de la précarité, soins aux détenus, enseignement, recherche et innovation...). Nous donnons ainsi davantage de moyens aux agences régionales de santé, qui pourront pour partie allouer cette enveloppe selon les réorganisations locales. Cette dotation atteindra 8,3 milliards d'euros cette année, soit une évolution de 3,1% pour 2011. Par ailleurs, les financements vont progresser pour les services de psychiatrie, ainsi que pour les soins de suite et de réadaptation.**

**Une telle progression doit nous conduire à piloter le recours hospitalier à l'aune de la pertinence des soins. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de substituer aux objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) des indicateurs de pilotage des schémas régionaux d'organisation des soins.**

**Je confirme qu'il ne s'agit nullement de déterminer des quotas par établissement, mais au contraire de disposer d'instruments de pilotage, avec un objectif simple : mieux répartir l'offre et la consommation de soins sur le territoire, dans le strict respect de l'ONDAM. Il ne s'agit pas de réguler autoritairement via la sanction : au contraire, dans une logique de contractualisation, nous voulons nourrir un vrai dialogue dans chaque région sur la meilleure utilisation de l'ONDAM hospitalier au service de la pertinence des soins, comme le souhaite l'ensemble des fédérations des établissements de santé.**

**Cette campagne représente un effort de la collectivité nationale et traduit la volonté de garantir aux Français un système de santé solidaire, accessible à tous et fondé sur la qualité des soins dispensés par des professionnels engagés.**

**Je sais pouvoir compter sur votre sens des responsabilités pour que chaque euro dépensé le soit pour le meilleur service aux patients, et pour que chaque acte dispensé et chaque prise en charge assurée réponde aux critères que je partage avec vous, la qualité et la pertinence des soins.**

## **1. Les grands équilibres de la campagne 2011**

### **1.1. Les objectifs hospitaliers pour 2011**

Le constat de la forte sur-exécution de l'ONDAM hospitalier 2010 sur la partie financée à l'activité, a nécessité d'opérer un rééquilibrage de l'ODMCO. Un transfert de 200 millions d'euros de la dotation d'aide à la contractualisation (AC) a ainsi été effectué au profit de la part tarif.

Au terme de ce rééquilibrage et après prise en compte des opérations de fongibilité, les quatre objectifs issus de l'ONDAM 2011 évoluent comme suit :

- L'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) de + 2,75 % (45.596 M€) ;
- La dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) de + 3,10 % (8.294 M€) ;
- L'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) de + 2,20% (15.768 M€), dont 5.805 M€ au titre des activités de soins de suite et réadaptation, 8. 631 M€ au titre des activités de psychiatrie et 1.040 M€ pour les USLD ;
- L'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation (OQN) de + 3,35% (2.444 M€), dont 1.826 M€ au titre des activités de soins de suite et réadaptation et 619 M€ au titre des activités de psychiatrie.

Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), est quant à lui doté de 347,7 M€.

### **1.2. Les mesures d'économies**

L'évolution tendancielle des charges des établissements de santé pour 2011 a été évaluée à 3,3%, soit un besoin de financement complémentaire de 2 340 millions d'euros par rapport à l'objectif 2010. Des mesures d'économie à hauteur de 365,7 M€ ont par conséquent été rendues nécessaires dans le cadre de la construction de l'ONDAM 2011 pour garantir le taux d'évolution de l'ONDAM voté par le Parlement à 2.8 %. Ces économies portent sur :

- La convergence ciblée (150M€) ;
- La liste en sus (45,7M€) ;
- Des mesures d'économie générale (100M€), imputées sur les MIGAC (54M€) ainsi que sur l'ODAM et l'OQN (46M€) ;
- Le passage de 91€ à 120€ du seuil d'application du forfait de 18€ (70M€).

### **1.3. La nécessité de mieux réguler l'activité hospitalière**

L'évolution de l'ODMCO de 2,75% permet d'abonder la masse tarifaire de 951 M€. Ce taux a été construit sur la base d'une prévision volume de 2,4% de la part activité, qui regroupe l'ensemble des prestations d'hospitalisation et des consultations et actes externes.

L'hypothèse de volume de la part activité est supérieure à celle retenue les années précédentes et ce, afin de tenir compte du dynamisme de l'activité des établissements MCO constaté, notamment sur l'exercice 2010.

La nécessité de respecter strictement l'ONDAM arrêté par le Parlement implique de votre part une constante vigilance sur l'évolution de l'activité dans votre région, une mobilisation de l'ensemble des outils de régulation mis à votre disposition et le souci d'un dialogue de gestion approfondi avec les établissements de santé.

De nouvelles modalités de régulation de l'activité hospitalière entreront en vigueur au cours de l'année 2011 avec une substitution des objectifs de répartition de l'offre de soins (OROS) aux objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS). Un objectif d'évolution de l'activité des établissements de votre région vous sera assigné, dans le cadre de la révision de votre CPOM. La nouvelle démarche devant vous conduire à décliner des objectifs de répartition de l'offre de soins sera applicable dès la publication des SROS-PRS.

## **2. La campagne MCO : objectif de stabilité du modèle de financement**

### **2.1. Les principales évolutions en matière de classification et de définition des prestations**

En termes de classification des GHM, les principales évolutions sont liées à la révision des listes des comorbidités associées (CMA), révision régulière qui constitue une maintenance technique et nécessaire à la classification.

Seule l'activité de radiothérapie fait l'objet d'une évolution significative avec la mise en place d'une nouvelle classification. En effet, les évolutions de la CCAM relatives à la radiothérapie et applicables depuis le 1er mai 2010 ont conduit à élaborer une nouvelle classification des GHM de radiothérapie pour les établissements ex-DG à partir du 1er mars 2011. Les tarifs de radiothérapie associés à ces nouveaux GHM ont donc été revus afin, notamment, de

mieux valoriser les techniques innovantes dont la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité et les préparations aux irradiations.

Dans un souci de cohérence avec la mise en place de la CCAM tarifante en radiothérapie, je tiens à vous informer dès aujourd'hui que ces tarifs seront très probablement amenés à évoluer lors de la campagne tarifaire 2012.

Enfin, dans le cadre du décret « prestations MCO », il a été créé une nouvelle prestation d'hospitalisation permettant l'administration de dispositifs médicaux en environnement hospitalier, dont les modalités de facturations sont définies par l'arrêté « prestations MCO ». De plus, la facturation des chambres particulières pour exigence particulière du patient est désormais ouverte au secteur ambulatoire (article R.162-32-2 du code de la sécurité sociale). Je vous invite à consulter l'annexe IV qui détaille les nouvelles modalités de facturation.

## **2.2. Les grands axes de la construction tarifaire**

J'ai souhaité que la ligne directrice de cette campagne garantisse une stabilité et une visibilité accrue du modèle de financement pour les établissements de santé.

De ce fait, il a été décidé de ne pas procéder au recalcul de l'ensemble des tarifs, contrairement aux années précédentes, mais de procéder à des modulations tarifaires en partant des tarifs 2010.

La construction tarifaire 2011 répond ainsi aux grands axes suivants :

### **- L'incitation au développement de certaines activités spécifiques**

- La chirurgie ambulatoire : outre le maintien des mesures initiées en 2009, avec la mise en place d'un tarif unique entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète pour 19 GHM dont la pratique est substituable, il a été décidé en 2011 d'étendre les incitations tarifaires en faveur de ce mode de prise en charge. En effet, il s'agit de favoriser son développement en procédant à une revalorisation de tous les tarifs de chirurgie ambulatoire à hauteur de leurs coûts ajustés<sup>1</sup>, par redéploiement à partir des tarifs d'hospitalisation complète dont le tarif est supérieur au coût ajusté.
- La dialyse hors centre : afin d'encourager la pratique de la dialyse hors centre, une mesure de convergence vers le tarif le plus bas est appliquée, conformément à la possibilité ouverte dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Ainsi, le tarif de l'hémodialyse en centre du secteur ex-OQN (honoraires inclus) sera ramené à hauteur de celui du secteur ex-DG, sachant que la masse financière ainsi dégagée permettra de revaloriser les tarifs de la dialyse hors centre du secteur ex-OQN.

### **- La poursuite des politiques en matière de santé publique**

Les tarifs des séjours pour les AVC et les activités lourdes dans les deux secteurs hospitaliers sont maintenus par rapport à 2010.

Dans le domaine des soins palliatifs, les tarifs du secteur ex-DG sont également maintenus et ceux du secteur ex-OQN sont augmentés (tarifs sous-valorisés au regard des coûts ajustés).

Enfin, dans le domaine du cancer, il est procédé à la revalorisation, à hauteur de leurs coûts ajustés, des séjours en hospitalisation complète et à une légère baisse tarifaire des séances de chimiothérapie, tout en conservant sur le GHM de chimiothérapie, l'écart entre les

---

<sup>1</sup> Coûts ajustés : le périmètre des coûts est ajusté à celui couvert par les tarifs afin que la masse représentée par les coûts ajustés soit directement comparable à la masse distribuée par les tarifs.

secteurs public et privé tel qu'issu de la convergence ciblée de 2010 (taux de rapprochement de 25%).

### **2.3. La convergence ciblée : poursuite de l'effort d'économie à hauteur de 150M€**

La campagne 2011 est marquée par la poursuite du processus de convergence intersectorielle ciblée.

En 2010, 150M€ d'économies ont été réalisées sur une liste restreinte de 35 GHM comparables en termes de prise en charge médicale. 150 M€ d'économies au titre de la convergence ciblée doivent également être réalisées en 2011.

La démarche de sélection des activités soumises à convergence est cependant différente de celle retenue en 2010. En effet, une concertation avec les fédérations hospitalières a été mise en place dès l'automne 2010 afin de déterminer le périmètre le plus pertinent de la convergence inter-sectorielle. En sont exclues toutes les activités relevant de politiques publiques (chirurgie ambulatoire, soins palliatifs, activités lourdes, cancer et AVC) afin de ne pas engendrer des effets contradictoires entre les différentes mesures.

Au total, 193 GHS sont ainsi concernés par la mesure de convergence ciblée 2011.

Afin de définir le taux de rapprochement de ces GHM, une étude a été effectuée en vue de répartir les GHM en cinq classes en fonction de l'homogénéité des durées moyennes des séjours (DMS). Ce classement permet de proposer des taux de convergence distincts selon les classes, à savoir un taux de 10% pour la classe la plus hétérogène en terme de DMS jusqu'à un taux de 35% pour les deux classes les moins hétérogènes.

### **2.4. Aboutissement du processus de convergence intra-sectorielle**

Dans le cadre de la poursuite d'un processus de convergence linéaire, j'ai décidé, pour la campagne 2011, de fixer le taux moyen régional de convergence à hauteur de 100%, commun aux deux secteurs, soit la totalité de l'effort résiduel pour atteindre la cible.

Vous trouverez en annexe IV, des éléments détaillés relatifs aux modalités de la convergence intra-sectorielle ainsi qu'à la dernière année de fixation du forfait de haute technicité pour les établissements ex-OQN.

## **3. Evolutions de modalités de financement de certaines activités en MIGAC**

Au global, la dotation MIGAC augmente de 3,1% en 2011. Pour autant, je vous rappelle que l'allocation des dotations doit être justifiée et répondre notamment à des enjeux de politiques publiques soumis à évaluation.

S'agissant des plans de santé publique détaillés à l'annexe II, l'identification des moyens budgétaires correspond à des objectifs de résultats sur lesquels vous êtes appelés à rendre compte d'où la nécessité de contractualiser les engagements avec les établissements de santé au travers des CPOM.

En ce qui concerne les aides à la contractualisation, c'est-à-dire l'accompagnement d'un établissement de santé dans une démarche d'adaptation aux besoins de soins, je précise que les crédits doivent être accordés en non reconductible.

### **3.1. Les MERRI**

Les évolutions apportées en 2011 visent une dynamisation de la répartition des crédits, vers une logique de résultat accrue et une meilleure évaluation du service rendu afin d'assurer l'efficacité du système. A ce titre, 78% (2,2 Mds€) des crédits annuels sont répartis sur des indicateurs de résultat, sur des structures évaluées, sur des activités mesurées ou sur des appels à projets.

Il convient par ailleurs de noter l'élargissement du périmètre des missions financées. En effet, dès cette année le financement des internes sera effectué au sein de la part variable au titre de l'enseignement (voir le point 3.2).

Enfin, la totalité des montants relatifs aux MERRI sont dorénavant notifiés au premier euro, afin d'assurer une meilleure lisibilité des activités et structures.

Plus de détails sur la composition de l'enveloppe MERRI 2011 et sa logique d'attribution sont donnés dans l'annexe V.

### **3.2. Les internes**

Le financement de la rémunération des internes était, depuis 2006, assuré partiellement en sus des tarifs, de manière à accompagner l'augmentation rapide du nombre d'internes du fait de l'évolution du numerus clausus. Ce mode de financement ayant trouvé ses limites, j'ai souhaité mettre en place un nouveau dispositif à la fois plus simple et plus transparent, tout en augmentant de 143 à 320 M€ les crédits affectés à cette action.

Cette clarification des modalités de financement de l'accueil des internes doit s'accompagner de votre part d'une particulière attention quant au respect par les établissements de leurs missions d'accueil et de formation des internes. Je vous demande d'être particulièrement vigilants aux risques de pratiques d'accueil sélectif d'internes alors même que des terrains de stage sont labellisés et vacants.

### **3.3. La Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDSES)**

#### ***La Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDSES)***

L'année 2011 est une année de transition entre le dispositif antérieur de financement de la permanence des soins hospitalière (PDSH) en MIG, réservé aux établissements ex-DG, et la mise en place des schémas cibles de permanence des soins, une fois les SROS-PRS arrêtés au niveau régional. Cette période transitoire est marquée par l'intégration, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2011, des lignes de garde et d'astreinte des praticiens libéraux, jusqu'alors rémunérées dans le champ conventionnel, dans un dispositif de financement, désormais commun aux secteurs public et privé. Ce dispositif s'appuie sur une enveloppe MIG « permanence des soins en établissements de santé » (PDSES) unique et fongible. Un effort d'optimisation est attendu sur cette ligne, dans le cadre de l'exercice de réorganisation que vous engagez.

Compte tenu de la bascule des contrats de pratique professionnelle en MIG au 1<sup>er</sup> juillet 2011, les dépenses engagées par l'assurance maladie sur l'ONDAM soins de ville, dans le cadre des CPP conduiront, en 2011, à une annulation à due concurrence de l'enveloppe MIG-PDSES restant à déléguer.

Ces éléments sont détaillés dans l'annexe VI.

### **3.4. La MIG Cancer**

La MIG « action de qualité transversale des pratiques des soins en cancérologie » a fait l'objet d'une forfaitisation et d'une allocation fléchée par établissement, de manière à rendre son allocation plus transparente, en fonction des missions et de la file active des établissements. Les modalités de cette forfaitisation sont présentées en détail en annexe V.

## **4. La campagne SSR, psychiatrie et USLD**

### **4.1. Le champ des SSR : une nouvelle année de modulation des ressources fondée sur un modèle IVA stabilisé**

Compte tenu des travaux menés sur le dispositif cible de financement, qui est prioritaire, j'ai décidé de stabiliser le modèle « IVA » (Indice de Valorisation de l'Activité), utilisé pour moduler les ressources des établissements SSR. Aussi, l'indice de modulation IVA utilisé pour la campagne tarifaire 2011 correspond, dans son modèle, à celui ayant servi à la modulation des ressources des établissements de santé lors de la campagne 2010. Seules les données utilisées pour calculer cet indice, sur la composante « activité », sont actualisées.

S'agissant du rythme de modulation, j'ai décidé de poursuivre la dynamique engagée en 2010 en conservant le taux de modulation à hauteur de 5% de la dotation pour les établissements sous DAF, et à hauteur de 0,51%, soit l'intégralité du taux d'évolution moyen des tarifs, pour les établissements sous OQN.

De surcroît, pour le secteur sous OQN, au vu de la dispersion tarifaire actuellement constatée, j'ai décidé de rééquilibrer plus rapidement les tarifs des établissements dont l'indice IVA est inférieur à l'indice national. Aussi, la répartition entre les régions du taux d'évolution moyen national des tarifs a été réalisée de la manière suivante :

- Un taux d'évolution moyen des tarifs nul pour les établissements dont l'indice IVA est supérieur à l'indice national ;
- Une ventilation de la marge disponible, en fonction du positionnement IVA des établissements dont l'indice IVA est inférieur à l'indice national.

Dans le cadre de la conduite de votre campagne tarifaire régionale, je vous invite à appliquer en priorité la méthode retenue au niveau national, dans le respect de vos dotations ou taux d'évolution moyen régional. Toutefois, j'insiste sur la nécessité d'adapter ces taux de modulation en fonction des situations spécifiques d'établissements, dans la mesure où l'indice IVA ne peut tenir compte du contexte particulier dans lequel se trouvent certains établissements.

L'annexe VII rappelle les conditions de modulation des ressources des établissements de santé SSR depuis la mise en œuvre du modèle « IVA » et précise les modalités techniques retenues pour la conduite de la campagne SSR 2011.

### **4.2. Les ex-MECS (maisons d'enfant à caractère sanitaire du secteur) OQN autorisées à exercer une activité de soins de suite et de réadaptation**

Dans l'attente de la mise en place de modalités de facturation adaptées au titre du dispositif cible de financement à l'activité en SSR, les ex-MECS continuent, à titre dérogatoire, à pouvoir facturer à l'assurance maladie un prix de journée comprenant le montant des forfaits



thermaux, à charge pour elles de reverser les sommes correspondantes aux établissements réalisant les soins thermaux.

Dans le cadre de la campagne tarifaire, les modulations sont appliquées aux tarifs du prix de journée duquel aura été préalablement déduit le montant du forfait thermal.

#### **4.3. La psychiatrie et la santé mentale : le déploiement des mesures de santé publique**

La campagne 2011 se caractérise par un taux d'évolution de 2,31% dans le secteur sous dotation globale (DAF psychiatrie). Par ailleurs, des mesures nouvelles ont été prévues afin de renforcer l'amélioration de la prise en charge psychiatrique des détenus, les processus de sécurisation en psychiatrie avec le développement d'unités pour la prise en charge de malades difficiles, la prévention et la prise en charge des addictions, et la prise en charge médicale des troubles envahissants du développement et de l'autisme (Cf annexe II : mesures et plans de santé publique).

Pour le secteur sous OQN, j'ai décidé d'appliquer, comme l'année précédente, un taux uniforme pour l'ensemble des régions, fixé à 0,93%, tenant compte de l'activité de ce secteur.

#### **4.4. Les USLD : la poursuite du mécanisme de convergence introduit en 2010**

L'arrêté du 8 décembre 2010 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévoit, pour 2011, pour les établissements dont le tarif afférent aux soins est supérieur au tarif plafond, un taux de convergence de 16,66%. Il convient de noter que la valeur annuelle du point pour 2011 n'a pas encore été arrêtée. Une régularisation des crédits à déléguer interviendra ultérieurement.

Dans un objectif de mise en adéquation des besoins régionaux et en cohérence avec le SROS, je vous rappelle que vous avez la possibilité d'adapter le rythme de convergence des établissements concernés. A cette fin, vous disposez des crédits issus de l'application du taux de convergence pour 2011. Toutefois, l'établissement, dont le rythme de convergence serait revu à la baisse, doit s'engager, dans le cadre de sa convention tripartite, à augmenter ses capacités ou à mettre en adéquation le niveau de soins médicaux et techniques des patients qu'il accueille avec sa dotation.

Aussi, pour les établissements auxquels vous n'appliqueriez pas le rythme de convergence fixé, je vous invite, de nouveau, à veiller à ce que les engagements pris soient réalistes. Ils ne doivent pas avoir pour effet de différer l'effort de convergence pour l'appliquer uniquement sur les dernières années de la période, ce qui serait difficilement supportable financièrement pour les établissements.

Par ailleurs, j'appelle votre attention sur la réalisation d'une nouvelle coupe Pathos dans les 32 000 lits en 2011. Pour régulariser les montants des dotations notifiées aux établissements dont le rythme de convergence est inférieur à 16,66%, je vous demande, d'ici le 30 juin 2011, de renseigner un fichier spécifique qui vous parviendra prochainement.

### **5. Travaux 2011 : ex hôpitaux locaux et T2A SSR**

#### **5.1. Ex hôpitaux locaux**

Comme l'indiquait la circulaire n°177 du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la

santé et aux territoires (loi HPST) a supprimé la catégorie juridique des hôpitaux locaux. Ces établissements seront par conséquent soumis, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012<sup>2</sup>, à la tarification à l'activité (T2A) pour leurs activités de médecine et, le cas échéant, d'hospitalisation à domicile. Dans cette perspective, l'ATIH proposera une décomposition de leurs bases budgétaires en 4 enveloppes : une enveloppe tarifée à l'activité, une enveloppe visant à financer les consommations éventuelles de molécules onéreuses, une enveloppe correspondant aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), une dotation annuelle de financement (DAF) pour les activités de SSR. Des précisions vous seront communiquées prochainement sur les premiers résultats obtenus.

Dans l'attente, je vous demande de vous assurer de l'exhaustivité et de la qualité des données transmises via les outils adaptés (ARBUST pour les allocations budgétaires, le PMSI et les fichiers associés pour les données d'activité et les molécules onéreuses, et le retraitement comptable notamment pour les activités spécifiques) et de suivre très attentivement la situation de chaque établissement afin d'accompagner contractuellement ceux qui rencontreront des difficultés d'adaptation. Vous voudrez bien faire remonter à la DGOS toute information, demande complémentaire ou difficulté relative à ce sujet.

## **5.2. T2A en SSR : une année de préparation à la mise en œuvre de la T2A**

Le modèle cible de la T2A en SSR comprendra quatre compartiments : l'activité, compartiment principal, et trois autres compartiments donnant lieu à des financements supplémentaires pour les dépenses ne pouvant être prises en compte à travers le compartiment activité : les molécules onéreuses, les plateaux techniques spécialisés et certaines MIG/MERRI.

La T2A sera progressivement mise en place avec, dès 2012, le financement de deux compartiments relatifs aux molécules onéreuses et aux MIG/MERRI, puis en 2013 ceux relatifs aux plateaux techniques spécialisés et à l'activité. Au vu du périmètre définitif du compartiment activité, le périmètre des MO et des MIG/MERRI sera également ajusté en 2013.

S'agissant du compartiment activité, de nombreux travaux sont en cours au sein de l'ATIH. Ils se poursuivront durant les années 2011 et 2012. Ils concernent principalement le catalogue des actes et la classification. La nouvelle étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCc) lancée en 2010 sera exploitée au cours de l'année 2011.

Pour cerner les autres compartiments et identifier les dépenses qui pourraient y être inscrites, une base de connaissances actualisée s'avère nécessaire. Trois enquêtes vont être prochainement lancées : la première concerne les plateaux techniques et une partie des dispositifs médicaux (mars 2011), la deuxième les molécules onéreuses (avril 2011), la troisième certaines MIG et MERRI (avril 2011). Pour l'ensemble de ces enquêtes, votre validation des données et de la cohérence globale des déclarations des établissements sera essentielle. Des instructions spécifiques vous seront très rapidement adressées.

## **6. Maîtrise des prescriptions sur l'enveloppe de ville**

### **6.1. Transports sanitaires**

La maîtrise des dépenses de transports sanitaires prescrites par les établissements de santé sur l'enveloppe soins de ville figure parmi les dix chantiers prioritaires nationaux retenus au

---

<sup>2</sup> Loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

titre de la gestion du risque (GDR). L'importance de cette maîtrise est soulignée par l'évolution récente des dépenses en ce domaine au cours de l'année 2010.

Plusieurs outils disposés notamment par l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 sont mis à votre disposition afin de juguler cette augmentation de la dépense :

- La fixation par arrêté d'un taux annuel national des dépenses de transports sanitaires en soins de ville : fixé à 4% pour l'année 2010, il fera l'objet d'un nouveau chiffrage, précisé d'ici la fin du mois de mars 2011. C'est sur la base de ce taux que s'effectuera le ciblage des établissements pouvant par la suite faire l'objet d'une contractualisation, comme indiqué dans l'instruction CNP N°2010-294 du 17 décembre 2010.
- La mise en place de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports sanitaires : prévues par la loi à titre expérimental et pour une durée n'excédant pas cinq ans, sous la responsabilité des établissements de santé en faisant le choix, ces nouvelles modalités organisationnelles doivent permettre de renforcer l'efficacité de la prescription médicale de transport. Elles induisent de la part des établissements volontaires la rationalisation de leurs pratiques de prescription, dans le sens d'une plus grande efficacité au regard de l'état de santé du patient et d'un meilleur contrôle de la dépense.

Les précisions concernant ces nouvelles modalités d'organisation vous seront prochainement précisées par voie de circulaire.

## **6.2. Prescriptions hospitalières exécutées en ville**

Les prescriptions hospitalières sont à l'origine de 70% de la croissance des dépenses de médicament délivrés en officine. Afin de mieux maîtriser cette dépense dynamique, la LFSS pour 2010 a introduit dans son article 47 un dispositif de régulation fondé sur un taux prévisionnel national d'évolution de ces dépenses dont le dépassement permet aux ARS de conclure avec les établissements concernés un contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins.

Ces contrats comportent un objectif d'évolution de ces dépenses ainsi que des objectifs d'amélioration des pratiques hospitalières afférentes. En 2011, les ARS seront conduites à proposer de tels contrats aux établissements dont le taux d'évolution des prescriptions médicamenteuses exécutées en ville a dépassé +6% en 2010.

La LFSS pour 2011 a élargi le périmètre de ce dispositif à l'ensemble des établissements de santé du champ MCO ainsi qu'aux prescriptions de dispositifs médicaux. Un décret en conseil d'Etat ainsi qu'un arrêté fixant le taux national d'évolution pour 2011 sur ce nouveau périmètre doivent préciser les conditions de mise en œuvre de ces nouvelles dispositions.

## **7. La mise en œuvre et le suivi de la campagne**

### **7.1. Les mises en réserve**

En vue de garantir le respect de l'ONDAM 2011, 400 millions d'euros sont mis en réserve dès le début de cette campagne.

Cette réserve se décompose en :

- Marge AC régionale : 300M€.
- Marge AC nationale : 50 M€
- Crédits issus de la déchéance du FMESPP : 50M€

Les 300 M€ de mises en réserve opérées sur vos marges de manœuvre seront effectuées au prorata de votre marge, déduction faite des plans et des crédits nationaux d'investissement. Les crédits ainsi mis en réserve pourront être délégués, sous réserve du respect de l'ONDAM, en fin de campagne. C'est pourquoi je vous invite à effectuer un suivi très vigilant de l'activité hospitalière de vos régions. Le dégel éventuel tiendra compte de la dynamique observée par région sur l'activité hospitalière, corrigée par l'évolution démographique et compte tenu du niveau relatif de consommation de soins (mesuré par les taux ajustés de recours à l'offre de soins).

## **7.2. Le suivi mensuel de l'activité et des dépenses des établissements de santé publics et privés à but non lucratifs**

Pour assurer un meilleur pilotage de l'ONDAM et disposer d'informations conjoncturelles sur les établissements de santé publics et privés à but non lucratif, un dispositif de suivi statistique mensuel des données financières et d'activité est mis en place sur la base d'un échantillon d'établissements (31 CHU, 21 CLCC, 39 CH et 20 ESPIC). Des conventions quadripartites (DGOS-ARS-ATIH-Etablissement) contractualisent la transmission mensuelle de ces données. Elles donnent lieu à indemnisation des établissements, en contrepartie de leur implication dans la transmission de données de qualité, exhaustives et dans le respect des délais.

## **7.3. La péréquation**

Depuis la création de la dotation nationale de financement des MIGAC, l'un des objectifs poursuivis en matière de gestion des MIGAC a été de réduire les disparités régionales et de modéliser le financement des MIG. Le guide d'aide à la contractualisation résume les travaux réalisés.

A compter de 2008, une politique de rééquilibrage interrégional a été initiée au travers de la répartition des mesures nouvelles de crédits d'aide à la contractualisation. En 2009 et en 2010, cette politique de redistribution interrégionale a été élargie à une partie des dotations MIG et, s'agissant des marges de manœuvre régionales, il a été procédé à un rééquilibrage des bases régionales de crédits d'aide à la contractualisation.

Cette nécessaire politique de rééquilibrage interrégionale est poursuivie en 2011, selon des modalités précisées dans l'annexe V.

## **7.4. Le financement de l'investissement**

Les investissements dans le cadre du plan Hôpital 2012 feront l'objet d'une délégation de crédits lors d'une prochaine circulaire, à l'issue des revues de projets d'investissement organisées par la DGOS tout au long du 1<sup>er</sup> semestre 2011.

En conclusion, et compte tenu de l'importance des financements affectés à l'activité, la présente circulaire délègue 95,5% des dotations annuelles (hors FMESPP) allouées dans le cadre de la campagne 2011.

S'agissant des dotations de financement des missions d'intérêt général et des dotations annuelles de financement, je vous demande de les arrêter dès que possible à un niveau

suffisant pour permettre aux établissements d'assurer leur activité prévisible dans les meilleures conditions.

S'agissant de la part des montants régionaux que vous entendez réserver au financement d'engagements particuliers des établissements dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, en particulier de contrats de retour à l'équilibre financier, je vous demande d'allouer les soutiens en crédits non reductibles après vous être assurés du respect de ces engagements.

Enfin, compte tenu des enjeux liés notamment au respect de l'ONDAM, le suivi de la campagne 2011 fera l'objet d'une attention particulière. Aussi, je vous demande de veiller rigoureusement à l'exhaustivité et à la qualité des informations saisies dans l'outil Arbust de suivi de campagne, outil mis à votre disposition par l'ATIH.

La transparence sur vos délégations et sur l'utilisation des moyens alloués est la contrepartie de l'octroi de marges de manœuvre régionales, et votre suivi rigoureux, la condition d'un éventuel dégel des mises en réserve effectuées en début d'exercice.

Le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé

**signé**

Xavier BERTRAND

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Bases 2011	Rééquilibrage MIG à caractère régional (MIG) (R)	Redéploiement interrégional AC (AC) (R)	Transferts interrégionaux (R)	Base 2011 après transferts et fongibilité	Effort d'économies (AC) (R)	Mesures de reconstruction (Mesures salariales et effets prix) (MIG) (R)	Consultants (MIG) (NR)	Rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie (semestre de printemps 2011) (JPE)	Rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie (semestre d'automne 2011) (JPE)	Recrutement apprentis préparateurs en pharmacie (AC) (NR)	Création postes assistants spécialistes partagés (AC) (NR)	Formation chef de pôle (MIG) (R)	PDES (MIG) (JPE)
Alsace	100 768,23				100 768,23	-859,66	461,15		5 677,33	5 988,76	42,00	57,60	154,74	26 208,78
Aquitaine	160 972,10			95,40	161 067,50	-988,30	842,17		6 799,31	8 241,56	36,00	144,80	265,96	35 594,32
Auvergne	78 931,58	-1 235,73			77 695,85	-457,81	435,57		3 900,77	4 593,46	18,00	225,87	114,85	15 097,70
Bourgogne	91 777,09	-1 332,19	-688,02		89 756,88	-717,31	464,17		4 191,26	4 472,71	42,00	458,93	154,74	20 496,68
Bretagne	151 667,11	2 853,12			154 520,23	-996,71	765,18		7 794,27	8 495,02	42,00	466,93	251,45	37 225,92
Centre	147 124,14				147 124,14	-772,13	693,24		4 013,94	4 234,01	48,00	410,93	238,15	26 515,01
Champagne-Ardenne	95 840,27		-828,05		95 012,22	-605,43	426,15		4 125,52	4 318,20	30,00	467,20	175,29	15 808,38
Corse	24 516,91		-724,18		23 792,73	-194,56	139,20		0,00	0,00	12,00		22,97	2 675,67
Franche-Comté	65 456,73	-723,73			64 733,00	-451,21	322,74		3 912,10	4 277,01	6,00	362,67	119,68	13 741,83
Ile-de-France	739 032,33	-4 717,02	-11 824,11		722 491,20	-5 966,86	3 261,29		24 794,31	29 382,36	228,00	772,27	563,35	139 576,33
Languedoc-Roussillon	114 909,79	1 102,65			116 012,44	-887,54	566,60	276,00	5 404,03	6 822,56	48,00	96,53	164,41	25 497,63
Limousin	52 424,81	-660,73			51 764,09	-293,20	245,22	345,00	2 067,56	2 300,05	12,00	32,53	82,21	10 354,93
Lorraine	141 252,94				141 252,94	-975,74	703,90		5 846,81	6 103,52	54,00	96,53	285,30	31 183,74
Midi-Pyrénées	190 179,72	-2 354,91			187 824,81	-1 048,43	856,59		6 451,07	7 413,72	30,00	289,60	213,97	28 123,93
Nord-Pas-de-Calais	205 783,28	2 571,23			208 354,51	-1 175,14	1 100,85		11 609,43	12 106,23	162,00	1 055,47	384,43	48 146,68
Basse-Normandie	89 016,76	-2 406,69			86 610,08	-557,32	503,24	345,00	4 127,88	4 414,66	18,00	434,93	154,74	19 310,69
Haute-Normandie	106 399,54	840,74	-2 206,11		105 034,18	-805,91	482,35		5 022,05	5 171,78	42,00	346,67	134,19	18 434,10
Pays-de-la-Loire	137 165,73	4 995,50			142 161,22	-962,73	672,80		9 102,24	9 717,76	12,00	644,00	281,67	35 242,98
Picardie	112 826,61	-838,85	-2 847,88		109 139,88	-897,06	575,81		4 828,61	4 935,94	36,00	266,40	206,72	21 023,66
Poitou-Charentes	97 884,56	-1 705,27			96 179,29	-604,29	556,50		4 126,39	4 477,50	24,00	426,67	147,49	19 752,98
Provence-Alpes-Côte d'Azur	264 992,27				264 992,27	-1 738,08	1 401,52		9 433,77	11 419,41	126,00	482,67	374,76	56 571,36
Rhône-Alpes	343 072,78	2 268,25	-7 881,65	-95,40	337 363,99	-2 893,61	1 476,21	23,00	14 722,78	16 178,77	108,00	289,60	413,44	68 073,85
<b>France métropolitaine</b>	<b>3 511 995,28</b>	<b>-1 343,62</b>	<b>-27 000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>3 483 651,66</b>	<b>-24 849,02</b>	<b>16 952,45</b>	<b>989,00</b>	<b>147 951,43</b>	<b>165 065,00</b>	<b>1 176,00</b>	<b>7 828,80</b>	<b>4 904,50</b>	<b>714 657,18</b>
Guadeloupe	38 687,56	546,51			39 234,06	-585,91	111,41		717,28	840,52	18,00		15,72	4 062,93
Guyane	42 576,23				42 576,23	-286,25	282,30		239,09	280,17			15,72	2 122,53
Martinique	39 781,31				39 781,31	-534,97	115,47		882,81	1 034,48	24,00		15,72	5 692,99
Réunion	64 568,52	797,12			65 365,63	-740,07	273,29		1 397,54	1 591,34		337,87	48,36	8 484,53
<b>DOM</b>	<b>185 613,61</b>	<b>1 343,62</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>186 957,23</b>	<b>-2 147,20</b>	<b>782,47</b>	<b>0,00</b>	<b>3 236,72</b>	<b>3 746,51</b>	<b>42,00</b>	<b>337,87</b>	<b>95,50</b>	<b>20 362,99</b>
<b>Total dotations régionales</b>	<b>3 697 608,89</b>	<b>0,00</b>	<b>-27 000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>3 670 608,89</b>	<b>-26 996,23</b>	<b>17 734,92</b>	<b>989,00</b>	<b>151 188,15</b>	<b>168 811,50</b>	<b>1 218,00</b>	<b>8 166,67</b>	<b>5 000,00</b>	<b>735 020,17</b>

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Précarité - Ets ex-DG (MIG) (JPE)	Précarité - Ets ex-OQN (MIG) (JPE)	Postes assistants associés spécialistes PADHUE (MIG) (NR)	Intégration pharmaciens dans corps HU (MIG) (R)	Plan cancer - Plates formes hospitalières de génétique moléculaire (MIG) (R)	Plan cancer - Biologie moléculaire Double lecture cancers rares et lymphomes (MIG) (R)	Plan cancer - Structuration cancers rares (MIG) (R)	Plan cancer - Oncologie pédiatrique : organisations interrégionales (MIG) (R)	Plan Alzheimer (MIG) (R)	Programme soins palliatifs EMSP (MIG) (R)	Programme soins palliatifs - création postes assistants spécialistes (MIG) (R)	Plan autisme (MIG) (R)	Plan AVC (MIG) (R)	Plan addictions (MIG) (R)
Alsace	855,90	38,80	44,53		199,00	41,00			58,37	427,38	127,50	40,51	165,00	93,32
Aquitaine	3 885,26	94,08			446,00	365,00			17,51	426,01	85,00	86,26	282,00	161,82
Auvergne	957,47			20,80	156,00	15,00			23,35	120,51		29,48	55,00	67,90
Bourgogne	714,47				240,00	23,00			17,51	92,76	42,50	35,99	227,00	82,90
Bretagne					626,30	20,00			17,51	169,45	85,00	160,60	447,00	160,32
Centre	2 760,35				198,00	5,00			75,88	420,12	42,50	55,70	306,00	128,29
Champagne-Ardenne	3 880,18				164,00	42,00			46,69	395,24	42,50	29,31	141,00	67,51
Corse	356,82								11,67	381,00		6,73	86,00	15,51
Franche-Comté	1 185,92				138,00	12,00			70,04	101,41	42,50	100,64	141,00	59,05
Ile-de-France	33 954,42	2 210,48	311,68	20,80	1 802,50	533,00	1 100,00	480,50	262,65	134,98	127,50	257,30	1 114,00	592,66
Languedoc-Roussillon	6 943,22	737,59			274,00	37,00			52,53	413,64		57,21	306,00	131,78
Limousin	1 228,29			20,80	57,00				5,84	130,86		107,30	55,00	37,55
Lorraine	2 097,54				232,00	4,00			140,08	77,36	42,50	51,51	110,00	118,66
Midi-Pyrénées	5 591,64	286,86	44,53		359,33	175,00			140,08	90,35	85,00	94,87	220,00	144,81
Nord-Pas-de-Calais	17 995,20	320,67			506,33	134,00			134,24	410,56	42,50	120,30	643,00	203,39
Basse-Normandie	2 662,95				125,50	36,00			64,20	295,82		32,26	196,00	74,31
Haute-Normandie	4 325,79				231,00	22,00			46,69	173,81		56,13	196,00	92,44
Pays-de-la-Loire	4 430,11			26,00	332,00				29,18	102,09	212,50	93,61	227,00	178,76
Picardie	4 997,92								35,02	409,63		41,90	220,00	96,52
Poitou-Charentes	2 272,18	57,67		41,60	220,00	12,00			40,86	388,13		54,69	55,00	89,10
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13 894,09	838,27			510,00	140,00			70,04	416,13	127,50	139,88	110,00	248,49
Rhône-Alpes	5 470,66	59,80		41,60	683,00	381,00	200,00		105,06	131,32	212,50	151,24	392,00	311,50
France métropolitaine	120 460,37	4 644,22	400,73	171,60	7 499,97	1 997,00	1 300,00	480,50	1 464,98	5 708,55	1 317,50	1 803,44	5 694,00	3 156,58
Guadeloupe	3 729,54	625,47							11,67			8,85	55,00	20,38
Guyane	3 418,67	215,33							5,84			4,95		11,41
Martinique	5 597,98	359,11							11,67			8,75	55,00	20,15
Réunion	9 792,32	1 155,87						37,50	5,84	275,00		34,01	196,00	41,49
DOM	22 538,51	2 355,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	37,50	35,02	275,00	0,00	56,56	306,00	93,42
Total dotations régionales	142 998,88	7 000,00	400,73	171,60	7 499,97	1 997,00	1 300,00	518,00	1 500,00	5 983,55	1 317,50	1 860,00	6 000,00	3 250,00

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Programme national de lutte contre les infections nosocomiales (MIG) (R)	Renforcement des OMEDIT (MIG) (R)	MERRI part fixe (JPE)	MERRI part modulable (JPE)	MERRI part variable (hors ATU et progrès médical) (JPE)	ATU régionaux (JPE)	ATU nationaux (JPE)	Progrès médical (JPE)	Centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (JPE)	Forfaitisation des actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie (MIG) (R)	Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie (MIG) (JPE)	Programme national de lutte contre le VIH et les IST (MIG) (R)	Développement de l'éducation thérapeutique dans les établissements de santé (MIG) (R)	Mesures détenus (MIG) (R)
Alsace	51,30	21,15	20 865,26	30 148,57	16 237,55	954,97	77,04	758,00	162,28	-1 964,13	2 394,42	50,00	101,10	39,00
Aquitaine	52,90	21,15	23 965,83	49 733,25	26 233,73	1 401,27	1 029,05	2 899,00	149,51	-3 570,97	3 849,74	100,00	174,87	135,01
Auvergne	51,30	21,15	13 391,42	19 531,47	14 347,39	308,84		499,00		-1 698,86	1 811,15	50,00	73,85	30,76
Bourgogne	26,30	21,15	11 973,73	18 109,20	11 869,94	530,16	430,94	1 918,00		-1 713,72	1 875,93		90,18	89,69
Bretagne	350,40	21,15	23 281,28	34 152,28	29 093,15	1 081,59	556,55	2 795,00	144,18	-3 345,97	3 395,62	100,00	173,34	143,95
Centre	26,30	21,15	17 887,42	19 225,04	10 579,54	1 097,35	804,57	765,00		-2 459,78	2 505,58	100,00	139,32	160,73
Champagne-Ardenne	26,30	21,15	11 034,41	13 899,66	10 020,34	262,07		245,00	99,48	-1 445,71	1 467,50		73,63	85,69
Corse	76,30									-164,79	303,08		16,67	113,05
Franche-Comté	26,30	21,15	8 646,34	13 168,51	7 765,77	376,03	232,32	328,00		-662,62	1 287,26		64,05	18,81
Ile-de-France	102,90	21,15	171 907,60	346 077,76	283 746,94	27 264,81		24 122,00	420,64	-23 081,74	16 254,60		641,64	1 553,81
Languedoc-Roussillon	26,30	21,15	28 875,93	39 998,35	21 084,32	905,00		2 563,00	84,13	-879,33	3 131,59	150,00	142,08	250,66
Limousin	156,30	21,15	10 091,40	11 897,43	9 386,20	1 128,18	337,79	557,00		-1 838,82	1 146,85		40,77	17,07
Lorraine	52,90	21,15	23 609,28	25 730,44	19 073,98	1 414,50	325,27	1 031,00	76,08	-3 033,66	2 730,79	100,00	129,13	163,36
Midi-Pyrénées	26,30	21,15	25 826,23	35 724,94	25 329,19	531,41	110,42	2 258,00	55,06	-5 317,91	3 053,12		156,20	110,17
Nord-Pas-de-Calais	26,30	21,15	32 613,37	49 011,26	39 729,02	2 639,07	1 060,19	2 512,00	152,22	-4 729,66	3 868,06	150,00	221,48	183,36
Basse-Normandie	76,30	21,15	12 125,42	16 814,60	12 580,07	630,98	176,22	676,00		-2 190,28	1 864,28	50,00	80,76	226,63
Haute-Normandie	26,30	21,15	16 327,01	18 332,03	12 911,12	758,49		1 175,00		-1 910,30	1 700,92	100,00	100,47	232,75
Pays-de-la-Loire	26,30	21,15	28 654,24	44 787,38	29 771,14	1 882,96	893,97	4 522,00	82,96	-2 924,19	4 212,33	50,00	193,17	130,20
Picardie	26,30	21,15	13 401,61	13 305,73	7 778,29	237,39	880,20	443,00		-1 180,89	1 553,06	50,00	104,93	248,90
Poitou-Charentes	26,30	21,15	9 079,18	11 519,03	8 293,51	121,44	114,92	433,00		-828,92	2 009,08		96,46	180,19
Provence-Alpes-Côte d'Azur	26,30	42,35	49 962,69	70 989,70	57 902,47	1 741,65		3 273,00	201,09	-6 052,89	6 610,17	150,00	268,72	455,12
Rhône-Alpes	152,90	42,35	65 366,16	97 339,58	55 384,46	17,15	1 301,79	6 556,00	315,67	-3 111,97	7 327,92		336,65	944,57
France métropolitaine	<b>1 439,10</b>	<b>465,40</b>	<b>618 885,81</b>	<b>979 496,22</b>	<b>709 118,13</b>	<b>45 285,31</b>	<b>8 331,24</b>	<b>60 328,00</b>	<b>1 943,29</b>	<b>-74 107,09</b>	<b>74 353,06</b>	<b>1 200,00</b>	<b>3 419,46</b>	<b>5 513,48</b>
Guadeloupe	97,60	21,15	3 536,10	1 216,41	2 280,32	18,00	4,73	76,00		-52,10	316,37		22,11	117,29
Guyane	27,60	21,15			2 084,61	6,60				-49,50	57,88		12,07	23,17
Martinique	27,60	21,15	3 774,02	1 014,82	3 103,68	441,21		157,00		-211,69	507,24		21,89	14,16
Réunion	27,60	21,15	6 761,15	3 159,36	6 149,02	249,74		178,00		-1 450,71	711,50		44,48	43,51
DOM	<b>180,40</b>	<b>84,60</b>	<b>14 071,27</b>	<b>5 390,58</b>	<b>13 617,64</b>	<b>715,54</b>	<b>4,73</b>	<b>411,00</b>	<b>0,00</b>	<b>-1 764,00</b>	<b>1 592,99</b>	<b>0,00</b>	<b>100,54</b>	<b>198,12</b>
Total dotations régionales	<b>1 619,50</b>	<b>550,00</b>	<b>632 957,07</b>	<b>984 886,80</b>	<b>722 735,77</b>	<b>46 000,85</b>	<b>8 335,96</b>	<b>60 739,00</b>	<b>1 943,29</b>	<b>-75 871,09</b>	<b>75 946,05</b>	<b>1 200,00</b>	<b>3 520,00</b>	<b>5 711,60</b>



les montants sont en milliers d'euros

Régions	Médecine légale (MIG) (R)	Programme maisons des adolescent (MIG) (R)	Coopérations Internationales (MIG) (NR)	Dispositif ACCES (MIG) (NR)	Soutien aux établissements privés ex-DG (AC) (NR)	Compensation pour les maternités de niveau 3 du fait de la non révision de la CMD 14 (AC) (NR)	Mesures ponctuelles (R)	Mesures ponctuelles (NR)	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 30 mars 2011
Alsace	117,58			120,00	1 553,81	465,33			111 975,21	212 743,44
Aquitaine	117,58		10,00	120,00	1 200,31	173,43	843,00	1 136,00	166 559,41	327 626,91
Auvergne	58,79			48,00	65,71	136,77			74 079,49	151 775,34
Bourgogne	58,79		10,00	72,00	970,60	100,11		3 000,00	80 472,29	170 229,17
Bretagne	117,58			168,00	1 034,12	943,18	48,43	-5,03	149 979,05	304 499,28
Centre	117,58		20,00	72,00	16,71	263,91	50,58	904,57	91 670,55	238 794,69
Champagne-Ardenne	58,79			72,00	249,44	272,73			65 996,26	161 008,48
Corse	0,00			24,00				980,85	4 862,18	28 654,91
Franche-Comté	58,79		10,00	48,00	8,39	188,43		62,00	55 788,93	120 521,92
Ile-de-France	587,89		10,00	408,00	11 590,91	3 972,45	-395,12	769,34	1 101 489,09	1 823 980,29
Languedoc-Roussillon	176,37	156,00	10,00	96,00	562,53	360,73		4 500,00	149 155,99	265 168,43
Limousin	58,79		10,00	24,00	202,19	167,01			50 192,25	101 956,34
Lorraine	117,58			120,00	2 898,08	116,71			120 848,32	262 101,26
Midi-Pyrénées	58,79			48,00	902,54	162,04	5 867,79	177,22	144 663,56	332 488,37
Nord-Pas-de-Calais	176,37	156,00	10,00	216,00	3 479,63	591,67			225 987,62	434 342,13
Basse-Normandie	58,79		30,00	72,00	655,81	557,90			76 745,51	163 355,59
Haute-Normandie	58,79		10,00	96,00	499,49	434,53			84 844,83	189 879,00
Pays-de-la-Loire	117,58		20,00	168,00	748,82	314,05		47,34	174 061,36	316 222,58
Picardie	117,58		10,00	48,00	641,21	49,41	7,49	0,36	74 520,78	183 660,67
Poitou-Charentes	117,58	156,00	10,00	72,00	26,67	96,10			63 682,14	159 861,43
Provence-Alpes-Côte d'Azur	117,58		10,00	216,00	5 031,06	252,36		117,84	285 881,01	550 873,27
Rhône-Alpes	176,37		20,00	216,00	2 023,17	676,46			341 616,97	678 980,96
<b>France métropolitaine</b>	<b>2 645,51</b>	<b>468,00</b>	<b>200,00</b>	<b>2 544,00</b>	<b>34 361,19</b>	<b>10 295,30</b>	<b>6 422,17</b>	<b>11 690,49</b>	<b>3 695 072,80</b>	<b>7 178 724,46</b>
Guadeloupe	58,79			24,00		249,71			17 617,33	56 851,39
Guyane	58,79				363,87	54,23			8 970,22	51 546,45
Martinique	58,79			24,00		152,09			22 389,10	62 170,40
Réunion	58,79			48,00	274,94	248,67	1 000,00		40 456,07	105 821,70
<b>DOM</b>	<b>235,16</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>96,00</b>	<b>638,81</b>	<b>704,70</b>	<b>1 000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>89 432,72</b>	<b>276 389,95</b>
<b>Total dotations régionales</b>	<b>2 880,66</b>	<b>468,00</b>	<b>200,00</b>	<b>2 640,00</b>	<b>35 000,00</b>	<b>11 000,00</b>	<b>7 422,17</b>	<b>11 690,49</b>	<b>3 784 505,52</b>	<b>7 455 114,40</b>

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Bases 2011	Effort d'économies (R)	Mesures de reconduction (Mesures salariales et effets prix) (R)	Accompagnement développement d'activité (R)	Prime ASG structures 2008-2010 (R)	Prime ASG structures 2011 (R)	Formation ASG 2011 (R)	Consultants (NR)	Plan Alzheimer UCC (R)	Plan additions (R)
Alsace	427 687,21	-1 182,84	5 205,44	2 740,13	5,20	4,72	2,29		200,00	187,21
Aquitaine	673 933,67	-1 863,88	8 202,54	4 317,80	9,10	9,44	4,58		400,00	324,64
Auvergne	350 972,13	-970,67	4 271,73	2 248,63	9,10	4,72	2,29		200,00	136,21
Bourgogne	319 445,33	-883,48	3 888,01	2 046,64	9,10	4,72	2,29		200,00	166,31
Bretagne	819 087,16	-2 265,33	9 969,22	5 247,77	14,30	4,72	2,29		200,00	321,63
Centre	460 414,99	-1 273,36	5 603,77	2 949,81	14,30	4,72	2,29		200,00	257,36
Champagne-Ardenne	253 330,49	-700,63	3 083,32	1 623,05	9,10					135,44
Corse	62 571,62	-173,05	761,57	400,89	0,00					31,11
Franche-Comté	271 571,71	-751,08	3 305,34	1 739,92	5,20	4,72	2,29		200,00	118,47
Ile-de-France	2 768 264,02	-7 656,12	33 692,91	17 735,87	46,80	18,88	9,17		800,00	1 188,96
Languedoc-Roussillon	497 179,79	-1 375,04	6 051,24	3 185,36	14,30	4,72	2,29	138,00	200,00	264,37
Limousin	213 536,95	-590,57	2 598,99	1 368,10	9,10					75,34
Lorraine	594 020,28	-1 642,87	7 229,90	3 805,80	14,30	4,72	2,29		200,00	238,04
Midi-Pyrénées	615 122,00	-1 701,23	7 486,73	3 941,00	14,30	4,72	2,29		200,00	290,51
Nord-Pas-de-Calais	890 176,17	-2 461,94	10 834,45	5 703,23	23,40	4,72	2,29		200,00	408,02
Basse-Normandie	338 581,87	-936,41	4 120,93	2 169,24	9,10	4,72	2,29		200,00	149,07
Haute-Normandie	366 032,21	-1 012,33	4 455,03	2 345,12	9,10					185,45
Pays-de-la-Loire	751 628,19	-2 078,76	9 148,17	4 815,57	19,50	9,44	4,58		400,00	358,63
Picardie	473 599,53	-1 309,82	5 764,24	3 034,28	9,10					193,63
Poitou-Charentes	371 718,41	-1 028,05	4 524,23	2 381,55	14,30	4,72	2,29		200,00	178,76
Provence-Alpes-Côte d'Azur	904 904,10	-2 502,67	11 013,71	5 797,59	28,60	9,44	4,58		400,00	498,51
Rhône-Alpes	1 359 550,43	-3 760,07	16 547,27	8 710,44	28,60	9,44	4,58		400,00	624,92
<b>France métropolitaine</b>	<b>13 783 328,25</b>	<b>-38 120,20</b>	<b>167 758,74</b>	<b>88 307,78</b>	<b>315,90</b>	<b>113,26</b>	<b>55,00</b>	<b>138,00</b>	<b>4 800,00</b>	<b>6 332,59</b>
Guadeloupe	100 733,08	-278,59	1 226,04	645,38	5,20					40,88
Guyane	21 994,08	-60,83	267,69	140,91						22,88
Martinique	109 835,91	-303,77	1 336,83	703,70	5,20					40,42
Réunion	237 260,75	-656,19	2 887,73	1 520,10	5,20					83,24
<b>DOM</b>	<b>469 823,81</b>	<b>-1 299,38</b>	<b>5 718,29</b>	<b>3 010,09</b>	<b>15,60</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>187,41</b>
<b>Total dotations régionales</b>	<b>14 253 152,06</b>	<b>-39 419,58</b>	<b>173 477,03</b>	<b>91 317,88</b>	<b>331,50</b>	<b>113,26</b>	<b>55,00</b>	<b>138,00</b>	<b>4 800,00</b>	<b>6 520,00</b>

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Plan sécurisation psychiatrie (R)	Mesures détenus (R)	Programme maisons des adolescents (R)	PSGA (R)	Mesures ponctuelles (R)	Mesures ponctuelles (NR)	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 30 mars 2011
Alsace				281,23			7 443,37	435 130,58
Aquitaine				669,87		800,00	12 874,09	686 807,76
Auvergne				297,44			6 199,44	357 171,57
Bourgogne				358,05			5 791,64	325 236,98
Bretagne				619,42			14 114,03	833 201,19
Centre				511,03			8 269,93	468 684,92
Champagne-Ardenne				240,17			4 390,45	257 720,95
Corse				61,54			1 082,05	63 653,66
Franche-Comté				205,75			4 830,61	276 402,32
Ile-de-France		440,00		1 496,57		10 000,00	57 773,04	2 826 037,06
Languedoc-Roussillon				534,06			9 019,30	506 199,09
Limousin	2 800,00			193,55			6 454,51	219 991,46
Lorraine		2 640,00		401,52			12 893,70	606 913,99
Midi-Pyrénées		2 640,00		593,16			13 471,48	628 593,48
Nord-Pas-de-Calais				612,39			15 326,57	905 502,74
Basse-Normandie			156,00	296,32			6 171,27	344 753,14
Haute-Normandie				300,74			6 283,10	372 315,31
Pays-de-la-Loire				641,24	3 831,15	87,30	17 236,82	768 865,02
Picardie				298,06			7 989,49	481 589,01
Poitou-Charentes				392,44			6 670,24	378 388,65
Provence-Alpes-Côte d'Azur			104,00	997,78	203,90		16 555,44	921 459,54
Rhône-Alpes		966,83		1 011,89	44,90		24 588,79	1 384 139,22
<b>France métropolitaine</b>	<b>2 800,00</b>	<b>6 686,83</b>	<b>260,00</b>	<b>11 014,21</b>	<b>4 079,95</b>	<b>10 887,30</b>	<b>265 429,36</b>	<b>14 048 757,61</b>
Guadeloupe				48,23			1 687,13	102 420,20
Guyane				29,22			399,88	22 393,96
Martinique				53,58			1 835,95	111 671,86
Réunion				34,76			3 874,84	241 135,59
<b>DOM</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>165,79</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>7 797,80</b>	<b>477 621,61</b>
<b>Total dotations régionales</b>	<b>2 800,00</b>	<b>6 686,83</b>	<b>260,00</b>	<b>11 180,00</b>	<b>4 079,95</b>	<b>10 887,30</b>	<b>273 227,16</b>	<b>14 526 379,22</b>

Annexe I.3  
Campagne 2011  
USLD

Régions	Base 2011	Convergence (R)	Mise en adéquation des besoins régionaux en cohérence avec le SROS (NR)	Prime ASG structures 2008-2010 (R)	Prime ASG structures 2011 (R)	Formation ASG 2011 (R)	Plan Alzheimer Unités d'hébergement renforcées (R)	Mesures ponctuelles (R)	Mesures ponctuelles (NR)	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 30 mars 2011
Alsace	32 924,32	-3,40	3,40	14,30	7,29	1,78	40,00			63,38	32 987,69
Aquitaine	45 687,23	-115,46	115,46	22,10	29,17	7,14	160,00			218,41	45 905,64
Auvergne	30 759,96	-87,63	87,63	7,80	14,59	3,57	80,00			105,96	30 865,91
Bourgogne	24 192,69	-34,61	34,61	14,30	14,59	3,57	80,00			112,46	24 305,15
Bretagne	50 073,09	-244,07	244,07	22,10	21,88	5,35	120,00			169,33	50 242,43
Centre	39 933,06	-78,44	78,44	22,10	21,88	5,35	120,00			169,33	40 102,40
Champagne-Ardenne	20 306,04	-168,21	168,21	14,30	14,59	3,57	40,00			72,46	20 378,50
Corse	5 082,25	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00			0,00	5 082,25
Franche-Comté	18 128,13	-4,09	4,09	7,80	14,59	3,57	80,00			105,96	18 234,09
Ile-de-France	187 888,88	-1 903,85	1 903,85	81,90	80,22	19,63	440,00			621,75	188 510,63
Languedoc-Roussillon	44 918,98	-438,52	438,52	14,30	21,88	5,35	120,00			161,53	45 080,51
Limousin	28 404,94	-134,63	134,63	7,80	14,59	3,57	80,00			105,96	28 510,89
Lorraine	37 195,29	-140,54	140,54	7,80	14,59	3,57	80,00			105,96	37 301,24
Midi-Pyrénées	53 387,66	-240,04	240,04	37,70	29,17	7,14	160,00			234,01	53 621,67
Nord-Pas de Calais	50 802,86	-163,40	163,40	22,10	21,88	5,35	120,00			169,33	50 972,19
Basse-Normandie	20 156,31	0,00	0,00	14,30	7,29	1,78	40,00			63,38	20 219,69
Haute-Normandie	25 352,72	0,00	0,00	14,30	14,59	3,57	80,00			112,46	25 465,18
Pays de Loire	53 219,63	-230,65	230,65	22,10	29,17	7,14	160,00			218,41	53 438,04
Picardie	39 001,67	-61,63	61,63	14,30	14,59	3,57	80,00			112,46	39 114,13
Poitou Charentes	30 943,05	-185,25	185,25	14,30	7,29	1,78	40,00			63,38	31 006,43
Provence Alpes Côte d'Azur	50 986,22	-70,86	70,86	29,90	29,17	7,14	160,00			226,21	51 212,43
Rhône-Alpes	93 209,97	-551,79	551,79	44,20	43,76	10,71	240,00			338,67	93 548,64
<b>France métropolitaine :</b>	<b>982 554,96</b>	<b>-4 857,07</b>	<b>4 857,07</b>	<b>449,80</b>	<b>466,75</b>	<b>114,22</b>	<b>2 520,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>3 550,77</b>	<b>986 105,73</b>
Guadeloupe	7 437,88	0,00	0,00							0,00	7 437,88
Guyane	892,27	0,00	0,00							0,00	892,27
Martinique	6 571,49	0,00	0,00		7,29	1,78	40,00			49,08	6 620,57
Réunion	3 642,56	-114,90	114,90							0,00	3 642,56
<b>DOM</b>	<b>18 544,19</b>	<b>-114,90</b>	<b>114,90</b>	<b>0,00</b>	<b>7,29</b>	<b>1,78</b>	<b>40,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>49,08</b>	<b>18 593,27</b>
<b>Total dotations régionales</b>	<b>1 001 099,15</b>	<b>-4 971,98</b>	<b>4 971,98</b>	<b>449,80</b>	<b>474,05</b>	<b>116,00</b>	<b>2 560,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>3 599,85</b>	<b>1 004 699,00</b>

## **Annexe II. Financement 2011 des plans et mesures de santé publique**

La mise en œuvre des plans et programmes de santé publique se poursuit en 2011 pour un montant total de mesures nouvelles de 187,6 M€ décomposés entre les différentes enveloppes composant l'ONDAM (102,7 M€ au sein de la masse tarifaire ODMCO, 47,2 M€ en MIGAC, 32,3 M€ en DAF, 2,6 M€ au sein de la dotation soins USLD, et 2,9 M€ au sein de l'OQN). Sont concernés, pour leur tranche 2011, les plans engagés antérieurement, à savoir le plan cancer 2009-2013, le plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer, le programme de développement des soins palliatifs, le plan solidarité grand âge, le plan pour la prise en charge et la prévention des addictions, le plan autisme, la prise en charge de la santé des personnes détenues, le développement de l'éducation thérapeutique, le programme national de lutte contre les infections nosocomiales ainsi que le plan AVC.

Ces programmes et plans de santé publique intéressent tous les établissements éligibles, qu'ils soient publics ou privés. Ils sont financés, selon les actions concernées, par les tarifs ou par les dotations. Les actions relevant de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) sont ainsi incluses et financées selon les cas dans la masse tarifaire, ou au sein de la dotation nationale des missions d'intérêt général, tandis que celles mises en œuvre en SSR, psychiatrie et USLD font l'objet d'une répartition au sein des dotations pour le secteur financé par dotation annuelle de financement et au sein de la construction tarifaire pour le secteur sous objectif quantifié national.

### **1. Le plan cancer**

La mise en œuvre du plan cancer 2009-2013 se poursuit en 2011. Pour cela, des financements nouveaux viennent compléter les moyens déjà attribués depuis 2009.

L'enveloppe consacrée au plan cancer pour l'année 2011 représente 52,1 M€ de mesures nouvelles, dont 5 M€ pour le PHRC et la recherche translationnelle, et 47,1 M€ au titre des mesures relatives au volet « soin et social », pour lesquelles 22,6 M€ (soit 48 %) sont délégués en ce début de campagne. Il s'agit des 5 mesures suivantes du plan cancer :

#### **1.1 Accompagnement du dispositif d'autorisation et de l'augmentation d'activité en cancérologie (action 19.3 du plan cancer)**

Le plan cancer 2009-2013 prévoit dans son action 19.3 « d'accompagner la mise en place des critères d'agrément et des décrets d'autorisation du cancer ». En 2011, les établissements de santé autorisés à traiter les malades atteints de cancer doivent démontrer leur conformité avec l'ensemble des obligations prévues dans les décrets de mars 2007 et des critères d'agrément adoptés par l'INCa, et, maintenir celle-ci. A cet effet, une enveloppe de 10 M€ est inscrite dans l'ODMCO.

#### **1.2 Accompagnement social personnalisé (action 25.2 du plan cancer)**

Dans sa mesure 25.1, le plan cancer prévoit de généraliser les actions d'évaluation sociale dans le cadre du dispositif d'annonce et d'intégrer un volet social dans le programme personnalisé de soins (PPS). A cette fin, une enveloppe de 1,3 M€ est inscrite dans l'ODMCO pour l'accompagnement social personnalisé.

#### **1.3 Renforcement des plates formes de génétique moléculaire (actions 21.2 et 20.3 du plan cancer)**

- 1) Soutien aux tests de génétique moléculaire (action 21.2 du plan cancer)

Les 28 plates-formes de génétique moléculaire bénéficient d'un nouveau financement d'un montant de 7,5 M€ en MIGAC pour soutenir leur activité concernant les tests moléculaires suivants, essentiels à la prise en charge individualisée des patients :

- la détection de la mutation de l'EGFR dans les tumeurs des patients atteints de cancer du poumon, permettant ainsi d'identifier les patients les plus susceptibles de répondre aux thérapies ciblées ;
- la recherche d'une mutation de JAK2 pour contribuer au diagnostic dans les syndromes myéloprolifératifs ;
- le test MSI d'instabilité des microsatellites dans les tumeurs colorectales conduisant à l'identification des patients atteints d'une forme héréditaire de cancer colorectal ;
- la détection et le suivi de la maladie résiduelle des leucémies aiguës lymphoblastiques par clonalité B/T.

Une partie de cette enveloppe, d'un montant de 2,5 M€, cible la réalisation de la phase préanalytique de ces examens moléculaires. Elle devra soutenir directement les laboratoires d'anatomopathologie des plates-formes.

## 2) Financement des actes complémentaires de biologie moléculaire effectués dans le cadre de la double lecture des cancers rares et des lymphomes (action 20.3)

Ce renforcement de 2 M€ permet de financer les actes complémentaires de biologie moléculaire effectués dans le cadre de la double lecture des cancers rares et des lymphomes. Ces examens sont effectués par les 28 plates-formes de génétique moléculaire et concernent tout particulièrement :

- La recherche des anomalies chromosomiques dans les sarcomes ;
- La recherche des mutations de cKIT et de PDGFRA dans les tumeurs gastro-intestinales (GIST) ;
- La recherche des anomalies chromosomiques et de la clonalité B/T dans les lymphomes.

### 1.4 Cancers rares (action 23-1 du plan cancer)

- Dans le cadre de l'appel à candidature lancé en mai 2010 sur l'organisation de l'offre de soins pour les patients adultes atteints de cancers rares, le projet « thymomes malins et carcinomes thymiques » a été soutenu à hauteur de 150 000 €. En 2011, ce projet, initialement porté par l'IGR, évolue. Dès cette année, le centre expert national de référence sera réparti sur deux sites : l'Institut Gustave Roussy et les Hospices Civils de Lyon. Cette nouvelle structuration bénéficie d'un financement complémentaire de 50 000 € en MIGAC.
- Par ailleurs, le financement, d'un montant de 1,25 M€, délégué par la circulaire du 27 décembre 2010 à titre non reconductible au sein de la dotation MIGAC, est délégué en 2011 à titre reconductible.

### 1.5 Soutien de l'oncologie pédiatrique : Identification des organisations interrégionales (action 23-5 du plan cancer)

- Le financement, d'un montant de 277 500 €, délégué par la circulaire du 27 décembre 2010, à titre non reconductible à l'organisation interrégionale en cancérologie pédiatrique CANPEDIF, est délégué à titre reconductible à partir de 2011.
- Par ailleurs, dans l'attente d'une première évaluation de la mise en œuvre des missions demandées aux organisations interrégionales de recours en oncologie

pédiatrique, il est délégué à l'ARS Île de France, un financement complémentaire de 240 500 € qui pourra être délégué à l'OIR CANPEDIF, en fonction de cette évaluation.

## **2. Les plans de santé publique relatifs à la prise en charge des personnes âgées**

### **2.1 Le volet hospitalier du plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012**

#### *2.1.1. L'accompagnement du développement de l'outil de recueil d'information standardisé (banque nationale Alzheimer) dans les « consultations mémoire » et des « centres mémoire de ressources et de recherche »*

Au titre des crédits 2011 alloués aux structures de diagnostic hospitalières (consultations *mémoire* et *centres mémoire de ressources et de recherche*), 1,5 M€ est délégué aux régions. Cette somme est répartie en fonction du nombre de structures référencées en 2010 et des montants qui ont été d'ores-et-déjà délégués au titre du déploiement de cet outil de recueil de données d'information standardisé en 2009 et 2010.

#### *2.1.2. L'identification d'unités cognitivo-comportementales (UCC) en SSR*

Pour la quatrième année, l'identification d'unités cognitivo-comportementales en soins de suite et de réadaptation fait l'objet d'un financement spécifique pour un total de 4,8 M€, correspondant au financement en année pleine de 24 nouvelles unités. Ces unités sont identifiées dans les structures SSR préexistantes, quelque soit leur statut et leur mode de financement, et doivent bénéficier du financement prévu pour chacune en fonctionnement, soit 0,2 M€. Comme indiqué dans la circulaire du 15 septembre 2008 relative au volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012, ce financement a pour objet de couvrir les coûts de fonctionnement supplémentaires liés au recrutement de personnels spécifiques au SSR (1 psychomotricien / ergothérapeute, 1 assistante de gérontologie, 1 psychologue, 0,2 ETP de psychiatre pour une unité de 12 lits).

Les crédits liés à l'investissement (soit 0,2 M€ par nouvelle unité) seront délégués dans le cadre de la circulaire FMESPP.

Je vous rappelle que les modalités de financement d'unités cognitivo-comportementales reconnues au sein du secteur OQN correspondent à une majoration des tarifs existants. La totalité des crédits vous est alloué en DAF, aussi si vous souhaitez reconnaître une UCC sous OQN au sein de votre région, nous procéderons à une régularisation ex post entre les enveloppes ODAM et OQN.

#### *2.1.3. L'identification d'unités d'hébergement renforcées (UHR)*

Le plan Alzheimer 2008-2012 a prévu d'identifier au sein des USLD et des EHPAD des unités spécifiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer qui présentent des troubles du comportement dit productifs. L'instruction DGOS du 23 février 2010 a précisé les modalités de la mise en œuvre de ces unités. En 2011, 64 unités seront réparties par les ARS en France métropolitaine par voie d'appel d'offres. Les crédits attribués à chaque UHR sont de 40 000 €, destinés notamment au recrutement de personnels de rééducation. Le montant total de cette mesure s'élève à 2,56 M€.

Il est également prévu d'allouer des crédits d'investissement d'un montant de 50 000 € par unité sur des crédits FMESPP.

Les moyens relatifs au programme hospitalier de recherche clinique dans son volet Alzheimer seront délégués dans la prochaine circulaire.

## **2.2. Le plan solidarité grand âge.**

### *2.2.1. Les soins de suite gériatriques*

L'objectif poursuivi par le plan solidarité grand âge est d'offrir 3 lits de SSR gériatrique pour 1 000 habitants de plus de 75 ans. Les dotations de l'ODAM en 2011 représentent un total de 11,18 M€ et se répartissent en 5,59 M€ pour le financement en année pleine des mesures engagées en 2009 et 5,59 M€ de mesures nouvelles réparties sur un critère populationnel (estimation du nombre de personnes de plus de 75 ans en 2009).

Dans le cadre de cette mesure, les moyens affectés à l'OQN s'établissent à 2,86 M€.

### *2.2.2. Le court séjour gériatrique*

Pour les personnes très âgées plus encore que pour les autres patients, la disponibilité harmonieuse des différents volets de la filière gériatrique, dont l'activité de court séjour gériatrique est le maillon névralgique, est essentielle. L'insuffisance de lits de court séjour gériatrique se traduit par l'occupation inadéquate de lits de spécialités

La mesure consiste à poursuivre le développement des services ou des lits de court séjour gériatrique. L'objectif poursuivi est de proposer un lit de court séjour gériatrique pour 1000 habitants de plus de 75 ans. Un montant de 27,68 M€ est intégré à cet effet au sein de l'ODMCO 2011.

### *2.2.3. L'hôpital de jour gériatrique*

Le plan solidarité grand âge a fixé comme objectif 0,5 place d'hôpital de jour gériatrique pour 1000 habitants de plus de 75 ans. Une enveloppe de 13,84 M€ est intégrée dans l'ODMCO pour couvrir l'augmentation prévisionnelle de l'activité d'hôpital de jour gériatrique.

## **3. Le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012**

Je vous rappelle que les dotations MIGAC allouées au titre du programme de développement des soins palliatifs doivent exclusivement être allouées à cet effet et faire l'objet d'une contractualisation sur les engagements avec les établissements de santé.

### **3.1 Le développement des unités de soins palliatifs et des lits de soins palliatifs notamment dans les unités pédiatriques.**

En 2011, le programme national consacre 20 M€ au financement de l'activité supplémentaire liée à la création d'unités de soins palliatifs (USP) ou de lits identifiés de soins palliatifs (LISP) afin de poursuivre le développement des lits de soins palliatifs au sein des établissements de santé publics et privés de court séjour. Ces crédits sont intégrés dans la masse tarifaire de l'ODMCO.

Les USP et LISP ont fait l'objet de référentiels diffusés dans le cadre de la circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

Il est par ailleurs mobilisé sur l'enveloppe tarifaire ODMCO, au titre de la mesure n°4 du programme, 1 M€ afin d'assurer le développement de lits de soins palliatifs dans les unités pédiatriques.

### **3.2 L'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements médico-sociaux.**



La mesure n°6 du programme vise à « rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes et à diffuser la culture palliative dans les établissements médico-sociaux. » Elle doit se traduire par la création de nouvelles EMSP conventionnées avec ces établissements et le renforcement des équipes mobiles intervenant déjà au sein de ces structures.

En 2011, une enveloppe de 6 M€ est mobilisée pour :

- la création de 12 EMSP correspondant à un montant de 3,3 M€ (sur la base d'un coût unitaire de 275 000 €)
- le renforcement des équipes existantes à hauteur de 2,7 M€.

La répartition des crédits tient compte du nombre d'équipes mobiles existantes pour 200 000 habitants et vise à réduire les inégalités régionales.

### **3.3 Développement de la recherche clinique**

448 000 € sont mobilisés afin de conforter la recherche clinique en soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie.

### **3.4 Assistants soins palliatifs**

A la suite de l'annonce faite dans la 1<sup>ère</sup> circulaire budgétaire 2010, dans le cadre du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012, 31 postes d'assistants spécialistes ont été financés, pour la rentrée universitaire 2010, afin de permettre à de jeunes professionnels de préparer un DESC médecine de la douleur-médecine palliative. Une enveloppe de 1,32 M€ vous est déléguée pour compléter le financement engagé en 2010. La dotation, par poste, est calculée sur la base de 51 000 € coût brut annuel chargé d'un poste d'assistant spécialiste.

Le reliquat pour la rentrée 2011 parviendra en 2<sup>ème</sup> circulaire.

## **4. Les mesures relatives à la santé mentale**

### **4.1 La mise en œuvre en 2011 du plan Autisme**

Le plan autisme 2008-2010 s'est terminé l'année dernière. Un financement total de 1,86 M€ de crédits ODAM reste à déléguer dans le cadre de l'extension année pleine du financement des mesures financées en 2010. Ces crédits permettent d'organiser dans le cadre de trois volets distincts, le renforcement des capacités diagnostiques et de soins en faveur des troubles envahissants du développement.

1<sup>er</sup> volet : renforcement des équipes hospitalières

Les moyens des équipes hospitalières de psychiatrie intervenant en matière de diagnostic et de prise en charge de l'autisme sont renforcés à hauteur de 1,41 M€. Afin de répondre plus étroitement aux besoins de chaque région, l'allocation 2011 a été ajustée, comme en 2010, à la population de chaque région. L'allocation de ces moyens en région devra intégrer le double objectif de conforter les moyens d'intervention des équipes spécialisées dans le champ de l'autisme et de développer des réponses de proximité.

2<sup>e</sup> volet : dispositif d'annonce

Concernant l'expérimentation sur le « dispositif d'annonce du diagnostic d'autisme », elle se poursuit dans trois nouvelles régions - sélectionnées dans le cadre de l'appel à projet national mené en 2009 auprès des ARH/ARS : centre hospitalier Guillaume Rénier de Rennes (Bretagne), centre hospitalier universitaire de Besançon (Franche Comté), centre hospitalier Esquirol de Limoges (Limousin). Le solde des crédits de fonctionnement prévus, soit 225 000 € de crédits ODAM (75 000 € par région) fait l'objet d'une délégation dans cette circulaire. L'évaluation de ce dispositif sera conduite au bout d'une année, sur la base des

indicateurs définis dans le cadre de l'appel à projet et en lien avec celle des trois premiers établissements sélectionnés : centre hospitalier de Erstein (Alsace), centre hospitalier universitaire de Tours (Centre) et centre hospitalier Robert Debré de l'AP-HP (Ile de France).

3° volet : expérimentation de nouveaux modèles d'accompagnement

Concernant l'expérimentation de la mise en place de nouveaux modèles d'accompagnement social et médico-social des personnes autistes, le soutien des équipes hospitalières chargées d'assurer en tant que de besoin le suivi médical des enfants accueillis dans ces structures se poursuit. Les onze régions disposant de ce type de structures (14 structures au total) et sélectionnées en 2010 (Aquitaine, Bretagne, Haute Normandie, Limousin, Midi Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, PACA, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, La Réunion, Rhône Alpes) recevront le solde des crédits prévus soit un total de 224 000 €. Ces crédits leur sont délégués pour soutenir les équipes hospitalières impliquées.

#### **4.2 Le renforcement du dispositif spécialisé de prise en charge des addictions concernant les addictions de type jeux en ligne**

Afin d'améliorer la prise en charge des addictions de type jeu pathologique, un financement de 900 000 € est prévu cette année en ODMCO. Il s'agit de financer le poste d'1 PH par région (au niveau du CHU) avec couverture progressive du territoire.

#### **4.3 Le plan pour la prise en charge et la prévention des addictions**

La mise en œuvre de ce plan bénéficie d'un financement de 39,72 M€ dont 29,92 M€ intégrés dans la masse tarifaire ODMCO, 3,25 M€ de dotation MIGAC et 6,55 M€ sur l'ODAM.

Votre attention est attirée sur le fait qu'un montant de crédits identique à celui alloué en 2010 est prévu pour le financement de consultations et d'équipes de liaison dans les établissements autorisés en psychiatrie, qu'ils soient à activité exclusive de psychiatrie ou en activités multiples. De plus cette année, un financement est également prévu pour les unités de soins complexes reconnues au sein de ces établissements.

La déclinaison entre les différentes structures financées par le plan se décompose ainsi :

- La création ou le renforcement de consultations pour un montant de **5,94 M€**, financés par les tarifs à hauteur de 2,54 M€, les MIGAC à hauteur de 1,7 M€ et la dotation annuelle de fonctionnement à hauteur de 1,7 M€.
- La création ou le renforcement des équipes de liaison et de soins en addictologie, pour un montant de **3,07 M€**, dont 1,55 M€ au titre des MIGAC et 1,52 M€ au titre de la dotation annuelle de fonctionnement.
- La création ou le renforcement des structures de niveau 2 (**16,62 M€**) et de niveau 3 (**4,62 M€**). Pour les structures de niveau 2, une répartition est réalisée entre les établissements relevant de l'ODMCO (13,29 M€) et les établissements en dotation annuelle de fonctionnement (3,3 M€).
- Le financement des GHS soins complexes pour un montant en tarifs de **9,47 M€**.

La répartition des MIGAC et de la DAF entre régions se fait sur une base populationnelle.

#### **4.4 Plan de sécurisation des établissements autorisés en psychiatrie**

L'ouverture des 5 unités pour malades difficiles est prévue pour juin 2011 pour celle située dans la région Limousin (centre hospitalier des Pays d'Eygurande) et pour septembre 2011 pour celles situées en Champagne Ardenne (Chalons en Champagne), en Haute Normandie (centre hospitalier du Rouvray), en Midi Pyrénées (Fondation Bon Sauveur à Albi) et en Rhône Alpes (centre hospitalier du Vinatier).

Ainsi, sont délégués en première circulaire les crédits destinés au financement des charges d'exploitation de l'unité du Limousin, soit 2,8 M€.

## **5. Soins aux personnes détenues**

### **5.1 Les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)**

Les crédits délégués correspondent à la création d'UCSA dans les nouveaux établissements pénitentiaires. Compte-tenu de la modélisation du financement des UCSA (volet soins somatiques) figurant dans le guide méthodologique d'aide à la contractualisation sur les MIGAC, l'attribution se fait sous deux formes :

- Un montant de 0,912 M€ pour les soins somatiques alloués en crédits MIGAC ;
- Un montant de 0,440 M€ pour les soins psychiatrique en crédits DAF.

Il est rappelé que ces financements ne couvrent que la part des dépenses non couvertes par les tarifs des prestations. En conséquence, votre attention est attirée sur l'importance de la facturation de l'activité pour la part assurance maladie auprès des caisses de rattachement des personnes détenues et pour la part ticket modérateur auprès de l'administration pénitentiaire.

### **5.2 Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)**

Conformément aux principes arrêtés par la circulaire DHOS/O2/F2/E4/2007 n° 284 du 16 juillet 2007, plusieurs projets d'UHSA en cours de déploiement font l'objet de dotations DAF majorées, soit un total de 6,04 M€ : 0,76 M€ en région Rhône Alpes et 2,64 M€ pour chacune des régions Lorraine et Midi-Pyrénées. Ces majorations permettent de prendre en compte les coûts de fonctionnement liés à l'ouverture récente ou à venir des trois UHSA situées dans ces régions.

### **5.3 Les renforcements des équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (ELSA) pour un meilleur accès à une prise en charge des personnes détenues ayant un problème d'addiction.**

Suivant le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011, l'organisation globale de la prise en charge des addictions doit être revue pour assurer un accès à toutes les personnes détenues conformément à l'instruction N°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. Le dispositif doit donc être complété dans les établissements où n'existe pas une consultation en addictologie et où le relais de prise en charge spécialisée ne peut être assuré par un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Ainsi 32 ELSA bénéficieront d'une vacation médicale hebdomadaire de spécialiste en addictologie supplémentaire, pour un montant total de 0,256 M€.

### **5.4 Le renforcement du dépistage et de la vaccination du plan VIH-IST pour les entrants en détention**

Dans le cadre du plan VIH IST et du plan d'actions stratégiques pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues en 2010-2014, le renforcement du dépistage des hépatites B et C et du VIH, comme celui de la vaccination contre l'hépatite B va générer une dépense supplémentaire de 1,57 M€ financée par des crédits MIGAC.

### **5.5 Les chambres sécurisées**

La circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006 prévoit l'aménagement de chambres sécurisées dans certains établissements publics de santé assurant les hospitalisations d'urgence ou de moins de 48 heures des personnes détenues. Selon les préconisations du guide MIGAC (juin 2008), cette dotation vise à compenser les surcoûts non pris en charge par les tarifs de GHS et liés à l'organisation particulière de la prise en charge médicale et soignante des personnes qui y sont accueillies. Ainsi, et afin de compenser la mobilisation de ces capacités d'hospitalisation, il a été décidé d'allouer une dotation MIG de 45 600 € (montant correspondant à la modélisation de cette MIG) par chambre aux établissements dont l'aménagement des chambres a été réalisé et validé selon la procédure définie dans la circulaire visée ci-dessus. Un montant de 2,33 M€ est donc alloué pour 51 nouvelles chambres.

## **6. Médecine légale**

Dans le cadre de la mise en place de la réforme de la médecine légale (janvier 2011) dont le financement intégral relève du ministère de la justice suite à l'arbitrage du premier ministre en décembre 2008, le ministère de la santé s'est engagé à financer par le biais de l'assurance maladie, le coût de la prise en charge psychologique des victimes, à raison d'1 équivalent temps plein par structure dédiée (49), soit au total 49 équivalents temps plein de psychologue. La répartition régionale a été réalisée en multipliant le coût moyen d'un poste de psychologue (58 789 €) par le nombre de structures concernées dans la région.

## **7. Les mesures en faveur de la qualité des soins**

### **7.1 Suites du Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008**

#### *7.1.1 Renforcement des antennes régionales de lutte contre les Infections nosocomiales (ARLIN) et des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN).*

L'arrêté du 17 mai 2006 a officialisé la création dans chaque région d'une antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN), dotée au minimum des compétences d'un médecin ou pharmacien formé en hygiène et d'un infirmier ou cadre de santé formé en hygiène, et implantée dans un établissement de santé. Chaque antenne est chargée de mener des actions de proximité, dans le cadre d'un programme validé par les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN).

Sur la base de la modélisation élaborée dans le cadre du guide méthodologique de contractualisation sur les MIG :

- Depuis 2007 des mesures nouvelles ont été allouées au titre des ARLIN, pour mettre en place ou renforcer les ARLIN dans chaque région. En 2008, des transferts de crédits ont été opérés entre ARH afin que les financements des ARLIN ne transitent plus par les CCLIN ;
- En 2009 et 2010 des mesures nouvelles ont également été affectées pour renforcer les CCLIN ;
- Pour 2011, une dotation complémentaire en MIGAC à hauteur de 0,65 M€ est allouée pour les ARLIN et pour les CCLIN pour poursuivre leur renforcement.

Par ailleurs, dans le cadre de l'évolution de leurs missions en direction des établissements médico-sociaux, un financement complémentaire des CCLIN et des ARLIN à hauteur de 822 000 € a été attribué en MIGAC.

#### *7.1.2. Renforcement des Observatoires du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT).*

L'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) est une structure régionale ou interrégionale d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique placée auprès de l'agence régionale de santé. Cette structure est chargée de l'animation d'une politique coordonnée de bon usage des produits de santé et de bonnes pratiques en termes de qualité, de sécurité et d'efficacité.

Suite à la parution de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et la création des Agences Régionales de Santé (ARS), le champ de missions des OMEDIT est élargi au secteur libéral et médico social.

Leurs missions principales porteront désormais sur la qualité, la sécurité des soins et l'efficacité par un appui et un éclairage:

- De l'ARS sur l'élaboration et à l'analyse des contrats relatifs aux produits de santé (Contrat de Bon Usage des Médicaments et des Produits et Prestations (CBUMPP), rapports d'étape annuel, accords cadre locaux ville / hôpital, Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), ainsi que les Contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins(CRAQS) le cas échéant ;
- Des acteurs de santé du secteur sanitaire et médico-social par la participation au développement de la politique de bon usage, d'efficacité et de gestion des risques liés aux produits de santé et à la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.

A ce titre, 550 000 € vous sont délégués.

## **8. Le déploiement des CREX et la valorisation des RCP**

### **8.1 Les CREX**

Le comité de retour d'expérience (CREX) est une instance chargée d'analyser et d'exploiter à une fréquence régulière certains dysfonctionnements qualifiés « d'événements précurseurs ». Il analyse la chronologie de l'événement et permet de remettre en cause la solidité des barrières que l'organisation a mises en place. Il se conclut sur la définition d'actions d'amélioration en nombre limité et opérationnelles

Le CREX est aussi une instance de décision dont les spécificités sont :

- d'impliquer chaque corps de métiers de l'unité de soins dans l'identification et la mise en œuvre d'actions correctives ;
- de contribuer localement à la culture de sécurité ;
- de développer la logique de déclaration des événements précurseurs et l'écoute collective.

Un CREX réalise en moyenne :

- 8 réunions pluridisciplinaires par an et par unité de soin
- Un minimum de 10 actions correctives par an et par unité de soin

Il est constitué :

- d'un référent (qui prépare et participe au CREX) parfois secondé par une personne de son choix
- d'une personne par corps de métier du service concerné
- d'un responsable qualité, si nécessaire

En moyenne, un CREX est composé de 7 personnels différents (médical, paramédical, ingénieur qualité ...)

Un montant de 0,9 M€ a été intégré à cet effet au sein de la masse tarifaire ODMCO. Cette estimation repose sur un déploiement dans les services les plus à risque d'événements indésirables : maternité, pédiatrie, soins intensif et oncologie, pour les 20 Centres de Lutte Contre le Cancer et les 32 Centres Hospitalo-Universitaires (CHU et CHRU).

### **8.2 Les RCP**

Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique pour la prise en charge du patient, ainsi qu'un lieu d'échange de valeur pédagogique entre les professionnels. Elles doivent aboutir à la définition d'un protocole de soins personnalisé, rédigé et saisi dans le dossier du patient.

Ces RCP sont organisées par un établissement ou un groupe d'établissement, la périodicité est hebdomadaire. L'ensemble des dossiers des patients hospitalisés ou suivis en consultations y sont discutés. Les discussions portent sur la prise en charge globale du patient, tant médicale que chirurgicale ou sociale.

Les RCP sont composées de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des patients : médecin, chirurgien, biologiste, radiologue, pharmacien, nutritionniste, psychologue ...

Un montant de 1,8 M€ a été intégré au sein de la masse tarifaire ODMCO. Cette estimation repose sur un déploiement vers les centres labellisés prenant en charge les infections ostéoarticulaires et certaines maladies rares.

## **9. Le plan AVC**

### **9.1 Le développement des unités neuro-vasculaires (UNV)**

Les crédits délégués correspondent à la création d'UNV dans les établissements recevant plus de 300 AVC par an sur les données PMSI de 2008 (avec une marge de - 10% pour tenir compte de l'évolution de l'activité depuis 2008) et prennent en compte, au niveau de la région, les unités déjà existantes ainsi que l'utilisation des crédits 2010.

En 2011, une enveloppe de 2,15 M€ est mobilisée au sein de la dotation MIGAC pour financer les 25 unités prévues par le plan sur la base d'un coût unitaire de 86 000 €.

### **9.2 L'animation des filières AVC territoriales coordonnées**

Le plan prévoit une montée en charge progressive de la structuration des filières par la création de postes d'animateurs sur deux ans. Pour 2011, la répartition des postes d'animateurs de filières a été faite sur la base des UNV existantes en 2009.

En 2011, une enveloppe de 3,85 M€ est mobilisée en MIGAC pour financer les 70 postes d'animateurs prévus par le plan sur la base d'un coût unitaire de 55 000 euros correspondant à un mi-temps médical.

## **10. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014**

Les 28 comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH doivent remplir les missions définies par le décret du 15 novembre 2005 et précisées par la circulaire du 19 décembre 2005.

Les crédits délégués correspondent au soutien de l'activité des COREVIH tel que prévu dans l'instruction du 23 avril 2009. Pour 2011, une dotation MIGAC de 1,2 M€ est affectée en priorité aux régions pour lesquelles la modélisation a mis en évidence un fort besoin de renforcement en ETP de techniciens d'études cliniques (TEC) et une absence de mesures nouvelles au cours des années précédentes.

## **11. Développement de l'éducation thérapeutique dans les établissements de santé**

Pour sa cinquième et dernière année de mise en œuvre, le plan qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques a prévu d'apporter un complément de financement (MIG) à hauteur de 3,52 M€ aux activités d'éducation thérapeutique organisées au sein des établissements de santé. Au total, sur la période 2007-2011, le plan aura permis de conforter de 14,31 M€ le financement des activités hospitalières d'éducation thérapeutique.

Ces crédits devront permettre de soutenir le développement de l'activité d'ETP dans le champ des priorités définies dans les travaux régionaux d'élaboration des PRS et, parmi celles-ci, prioritairement dans les domaines encore non couverts.  
La répartition régionale de ce complément de financement est fonction de la population desservie.

## **12. Le programme « maison des adolescents »**

Dans le cadre de l'attribution de la tranche 2011 du programme "maisons des adolescents", 5 projets de maisons des adolescents peuvent être financés. Les crédits attribués sont destinés à financer les équipes médicales et paramédicales intervenant dans ces structures. Les délégations de crédits correspondantes, d'un montant de 728 000 € (468 000 € sur l'enveloppe MIGAC + 260 000 € sur l'enveloppe DAF) peuvent être effectuées en première circulaire budgétaire permettant une mise en œuvre rapide de ces projets.

Les crédits restants de la tranche 2011 du programme permettront de soutenir en seconde circulaire budgétaire les projets, d'ores et déjà transmis au niveau national, mais pour lesquels certaines précisions supplémentaires ont été sollicitées auprès des ARS.

## **Annexe III. Financement des charges de personnel et effet-prix**

### **1. Mesures de reconduction : mesures salariales générales et effet-prix**

Les mesures de reconduction qui vous sont déléguées comprennent :

- La revalorisation des charges à caractère médical, hôtelier et général afin de prendre en compte l'inflation et l'évolution des dépenses énergétiques ;
- Le financement des charges liées à l'endettement des établissements publics de santé ;
- Les mesures salariales générales, en intégrant la transposition des mesures prévues pour les personnels de la fonction publique aux autres secteurs hospitaliers. Cela concerne principalement :
  - l'effet année-pleine de l'augmentation du point de la fonction publique (0,5 % au 1<sup>er</sup> juillet 2010),
  - le « glissement vieillesse technicité » (GVT),
  - le chèque emploi service universel (CESU),
  - La mise en œuvre du protocole d'accord (LMD) du 2 février 2010 pour le personnel non médical.

#### ***Au titre du LMD :***

La reconnaissance universitaire des études en soins infirmiers, puis progressivement des autres formations paramédicales, au grade de licence selon le modèle de formation et de qualification européen L.M.D. qui prendra pleinement effet en 2012, a notamment pour conséquence l'accès des professionnels paramédicaux à la catégorie A de la fonction publique hospitalière.

Au titre de la première circulaire tarifaire, sont financés :

- L'intégration des personnels infirmiers en soins généraux en catégories A et B renouvelées suite à droit d'option soit 63 156 059 € auquel s'ajoute 13 610 000 € au titre de l'effet report, soit 76 766 609 € ;
- Le flux des personnels paramédicaux nouveaux diplômés recrutés dans les nouvelles grilles pour les 6 premiers mois soit 5 979 991 € ;
- L'augmentation du ratio promus-promouvables pour les personnels administratifs de catégorie B de la FPH, soit 1 877 118 €.

Au total 84,6 M€ sont délégués au titre du LMD dont 53,31 M€ au sein de l'ODMCO, 10,15M€ en MIGAC, 17,77 M€ en DAF, 0,85 M€ en USLD et 2,54 M€ dans l'OQN.

### **2. Mesures catégorielles**

#### **2.1. Personnel non médical**

##### **1. Les apprentis PPH (préparateurs en pharmacie hospitalière)**

Il s'agit d'une nouvelle tranche d'une mesure pluriannuelle en vigueur depuis 2004. Il est accordé pour chaque apprenti une somme de 6 000 €, soit 1,22 M€ en MIGAC.

Le surcoût engendré par le déplacement des apprentis en métropole pour les établissements recruteurs des Antilles-Guyane fera l'objet, sur demande de l'ARS, d'un abondement en 2ème circulaire.



## 2. Prime forfaitaire attribuée aux assistants de soins en gériatrie

Conformément au décret n° 2010-681 du 22 juin 2010, la prime ASG est accordée aux aides-soignants et aides médico-psychologiques exerçant la fonction d'assistants de soins en gériatrie dans les unités identifiées du plan Alzheimer (UHR et UCC), dès lors qu'ils ont achevé une formation spécifique de 140 heures. Les crédits attribués à hauteur de 1,37M€ correspondent :

- au financement de la mesure pour les unités identifiées entre 2008 et 2010 : 0,332 M€ pour les Unités cognitivo-comportementales (UCC en services de soins et réadaptation) et 0,450 M€ pour les Unités d'Hospitalisation et de Répit (UHR en Unités de soins de longue durée) ;
- au financement de la mesure pour les unités identifiées en 2011 : 0,113 M€ pour les Unités cognitivo-comportementales et 0,474 M€ pour les Unités d'Hospitalisation et de Répit.

De plus, au titre du financement de la formation des ASG, 171.000 € sont délégués dont 55.000 € en DAF pour les UCC et 116.000 € pour les UHR.

### **2.2 Personnel médical**

#### 1. La création de postes d'assistants spécialistes partagés post-internat

Afin d'encourager l'installation de jeunes médecins dans des régions déficitaires et d'offrir des lieux d'exercice de qualité aux jeunes professionnels en post internat, 400 postes d'assistants spécialistes partagés ont été attribués à 24 régions (circulaires des 26 janvier 2009 et 8 juin 2010).

En complément des dotations allouées en 2009, la présente circulaire prévoit le versement du solde du financement des postes attribués : 191 postes au titre de 2009 et 200 prévus sur 2010/2011 (8,17 M€), au coût moyen annuel chargé de 57 600 € (coût brut annuel chargé d'un poste d'assistant spécialiste + indemnité pour exercice dans plusieurs établissements<sup>1</sup>). La plupart des recrutements ayant été effectués pour deux ans, cette attribution est reconduite au titre de l'année 2010/2011.

#### 2. L'intégration des pharmaciens dans les corps hospitalo-universitaires

Cette procédure est prévue par le décret n° 2006-593 du 23 mai 2006 modifié. Les intégrations prononcées en vertu de l'article 35 de ce décret concernent des enseignants chercheurs de pharmacie, par ailleurs, praticiens hospitaliers titulaires. Aucun financement n'est attribué dans ce cas.

A l'inverse, les intégrations prononcées au titre de l'article 36, concernent des personnels qui ne sont pas praticiens hospitaliers. Aussi, un financement est alloué aux établissements concernés pour compenser le surcoût résultant des décisions d'intégration.

Pour la première vague d'intégration, un montant d'1,04 M€ a été alloué (circulaire n°2010-177 du 31 mai 2010). Huit décisions d'intégration se sont ajoutées aux 20 PUPH et 21 MCUPH intégrés à ce titre et financés. Elles sont financées (1 PUPH et 7 MCUPH) par la présente circulaire selon les mêmes modalités.

La deuxième et dernière vague d'intégration va se dérouler sur 2011. Les surcoûts liés aux décisions relevant de l'article 36 seront également financés. Enfin, parallèlement à la procédure d'intégration, un premier recrutement par concours va être organisé et pour les postes ouverts aux concours, aucun financement ne sera alloué.

---

<sup>1</sup> Le versement de cette indemnité qui n'avait pas été prévu les années précédentes doit l'être dorénavant, le principe de ces recrutements d'assistants reposant sur un exercice partagé avec le CHU et un ou plusieurs Centres Hospitaliers.

### 3. La réforme IRCANTEC

La présente mesure vise à financer l'élargissement de l'assiette de cotisation au titre de l'accompagnement des mesures prévues par le protocole du 6 juillet 2010 et la hausse générale prévue pour l'ensemble du régime suite à la réforme du régime au titre de l'accompagnement de la hausse des cotisations Ircantec. Le montant total de 18,325 M€ est intégré dans la masse tarifaire de l'ODMCO.

### 4. Le financement des consultants

Pour mémoire, le coût moyen estimé d'un consultant en année pleine s'élève à 69 000 € (montant brut annuel chargé) ; il s'agit de crédits « recyclés » accordés de façon non reconductible. Les consultants sont financés au « coût réel ».

Le cout total de la mesure s'élève à 1,127 M€ dont 0,989 M€ en MIGAC et 0,138 M€ en DAF.

### 5. La formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique

Elle est proposée dans les 2 mois suivant leur prise de fonctions. Le financement de cette mesure, soit 5 M€ en MIGAC, vise à former tous les chefs de pôle à la gestion budgétaire et financière, au pilotage médico-économique et à la performance hospitalière, aux systèmes d'information, au management des ressources humaines, à la qualité, la sécurité et la gestion des risques liés aux activités de soins, au management d'équipe et à la conduite du changement.

## **Annexe IV. Précisions sur les règles de facturation des prestations d'hospitalisation MCO et sur les modalités de gestion du coefficient de transition et du forfait HT**

L'ensemble des règles de facturation est défini au sein de l'arrêté du 19 février 2009 modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, vous pouvez trouver des compléments techniques sur la notice méthodologique relative à la campagne 2011 qui figure sur le site de l'ATIH.

### **1. Précisions sur quelques règles de facturation de prestations d'hospitalisation MCO**

#### **1.1 Infections ostéo-articulaires**

Chaque année, 2000 à 3000 patients sont atteints d'une infection ostéo-articulaire (IOA) complexe. Conformément aux programmes de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 et 2009-2013, leur prise en charge est organisée au sein de 8 centres de référence interrégionaux choisis en 2008 (un 9e centre est en constitution à Rennes pour l'inter-région Grand Ouest). Selon les densités de population inter-régionales, jusqu'à deux centres « correspondants » seront associés en 2011 à chaque centre de référence. Seuls les centres de référence ou les centres correspondants sont habilités à prendre en charge des IOA complexes et à les facturer.

A la prise en charge de ces cas complexes correspond un tarif majoré dont les modalités d'accès ont été redéfinies. Le dossier de chaque patient répondant aux critères de complexité, définis dans l'instruction DGOS/PF2/2010/466 du 27 décembre 2010, doit être examiné en réunion de concertation pluridisciplinaire. Le centre de référence en vise les conclusions et confirme ou non le critère de complexité. C'est une fois cette confirmation effectuée, que le centre, correspondant ou de référence, qui assure la prise en charge du patient pourra bénéficier du tarif majoré.

Ainsi, la production de l'un des quatre GHM concernés donnera lieu à la facturation d'un GHS majoré lorsque la complexité de l'IOA aura été confirmée en RCP et visée par le centre de référence.

#### **1.2 Précisions sur le recueil de l'indice de gravité simplifié (IGS)**

Le caractère journalier des suppléments de réanimation et de surveillance continue a pu faire naître une ambiguïté concernant le recueil de cet indice. Afin de lever cette ambiguïté, il doit être précisé que l'indice de gravité simplifié a été créé et validé sur un recueil effectué lors de la première journée. Son calcul n'est effectué qu'une fois par séjour au cours des premières 24 heures.

Les critères d'attribution des suppléments journaliers de réanimation et de surveillance continue s'appuient sur cette règle, et le critère IGS est réputé acquis dès lors que le seuil défini dans l'arrêté du 19 février 2009 modifié susmentionné, est atteint lors des premières 24 heures.

#### **1.3 Facturation des forfaits prélèvement d'organes (PO)**

En vertu des dispositions de l'arrêté du 19 février 2009 modifié, la facturation des forfaits PO est modifiée. En effet, il est désormais prévu que l'ensemble des forfaits « PO » soit facturé par l'établissement de santé au sein duquel est réalisé le prélèvement et que le forfait destiné au chirurgien préleveur soit reversé à son établissement employeur s'il s'agit d'un établissement différent. Cette modification permet de rattacher techniquement l'ensemble

des forfaits au patient prélevé et ainsi, de financer le prélèvement quelque soit l'établissement d'implantation du greffon lui-même et l'aboutissement ou non de la greffe.

## **2. Finalisation de la convergence intra-sectorielle dès 2011**

La fin de la convergence intra-sectorielle dès 2011 conduit à la disparition d'une partie des outils juridiques créés à cet effet.

En effet, il convient uniquement de prendre les arrêtés fixant pour chaque secteur, public et privé, les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de votre région (IV et V de l'article 33 modifié de la LFSS pour 2004 et II de l'article 7 modifié du décret n°2004-1539 et 1° du III de l'article 4 du décret n°2007-1931), pour indiquer que l'ensemble des coefficients de transition des établissements de votre région est fixé à 1 par application du taux moyen régional de convergence. Par contre, il n'est plus nécessaire de prendre les arrêtés et avenants, par établissement, qui deviennent sans objet.

## **3. Dernière année de fixation du montant du forfait de haute technicité (HT) des établissements de santé ex-OQN**

Comme chaque année depuis la campagne 2009, le montant du forfait HT diminue et les sommes générées par cette diminution sont réparties sur les tarifs nationaux de prestations d'hospitalisation correspondant à des GHM représentatifs d'une haute technicité.

En application des dispositions de l'arrêté du 25 février 2008 relatif aux modalités de disparition progressive du coefficient de haute technicité, le DGARS arrête, dans les mêmes conditions que celles prévues pour la fixation des forfaits annuels ou des dotations MIGAC, le montant du forfait haute technicité, qui est égal à 25% du montant initialement calculé pour la campagne 2008. Ce montant est versé par douzième à compter du mois de mars.

## **Annexe V. Evolution des dotations régionales MIGAC**

La présente annexe est suivie d'un tableau présentant le lien entre les mesures de la circulaire et la nomenclature des MIG et des catégories de AC. A des fins de lisibilité et de meilleur suivi budgétaire des allocations, il vous est demandé de respecter cette grille d'imputation.

### **1. Justification au premier euro**

La justification au premier euro (JPE) est le fait de justifier la délégation des crédits « en base zéro », c'est-à-dire avoir la capacité de « justifier dès le premier euro » l'allocation de l'ensemble des crédits et non uniquement les mesures nouvelles. Elle conduit à ne plus recourir aux notions budgétaires traditionnelles de « base » et de « mesure nouvelle ». Cette évolution a été prévue, s'agissant du budget de l'Etat, par la LOLF. Elle a vocation à s'étendre à l'ensemble du pilotage des finances publiques. Concernant les MIG, j'ai souhaité conduire une première étape de cette évolution dans le cadre de la campagne 2011.

La JPE n'est pas incompatible avec les notions budgétaires de reconduction des crédits ou de non reconduction. L'essence de la JPE réside seulement en la capacité d'analyser le périmètre et la justification des enveloppes déléguées dès le premier euro.

Cela implique pour le ministère et les agences de pouvoir justifier leurs délégations de crédits, et donc de pouvoir établir un lien entre les crédits demandés et les déterminants de la dépense, qui peuvent être physiques ou financiers. Il ne s'agit pas d'une nouveauté complète puisqu'une grande partie des mesures déléguées au cours des deux dernières années l'ont été sur cette base (cf. notamment les MIG « permanence des soins » et « surcoûts liés à l'accueil des patients précaires, la AC « augmentation du numerus clausus »). Cela aura permis aux établissements de mesurer que le caractère justifiable au premier euro n'avait pas de lien intrinsèque avec la non-pérennité des financements, envisagés dans leur globalité. Il permet, en revanche, d'accroître la lisibilité du système et les possibilités de redéploiement.

Pour évaluer la faisabilité de cette modalité de délégation, j'ai choisi de restreindre le champ de la JPE cette année aux financements modélisés, et donc notamment aux MERRI, dotations modélisées depuis les débuts de la T2A. Sur la base de ce retour d'expérience, cela permettra d'envisager la généralisation de la JPE à compter de l'exercice 2012.

### **2. La péréquation des dotations nationales MIGAC**

#### **2.1 Les missions d'intérêt général à caractère régional**

Le rééquilibrage, engagé en 2009, des dotations allouées aux MIG à caractère régional (MIGCR, pour lesquelles les moyens alloués doivent être, a priori, corrélés à la population de la région) est poursuivi en 2011.

Les MIG à caractère national (type centre national de référence) ou à caractère interrégional (par exemple les CCLIN ou les centres anti-poisons), dont les financements sont liés à la répartition géographique interrégionale des structures, ont donc été exclues du rééquilibrage. Ont également été exclues les MIG financées sur crédits non reconductibles à la suite d'appels à projets (PHRC, STIC, contrats EPST/établissements) ainsi que celles sur lesquelles des travaux spécifiques sont menés par ailleurs (actes hors nomenclature).

Une révision de la pertinence de la liste des MIG concernées par le rééquilibrage a abouti un changement de périmètre des MIGCR pour 2011. Ainsi, 4 des 6 MERRI qu'elle comprend ont été exclues de la liste : Centre de ressources biologiques, Actions de téléenseignement

et de téléformation, Médicaments bénéficiant d'une ATU en application des dispositions de l'article L.5121-12 du CSP, Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire. Par ailleurs, 2 MIG pour lesquelles le caractère régional semble adapté ont été incluses dans le périmètre : Les registres à caractère épidémiologique, Les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance. Comme en 2010, pour deux missions (SAMU et SMUR), la comparaison ne s'opère que sur une quote-part des dotations (50%) en raison de critères locaux très variés.

Les MIG à caractère régional représentent donc désormais 31 missions, pour un total de 1,1 milliard d'euros.

Il a également été procédé à un changement de méthodologie pour le rééquilibrage mis en œuvre en 2011. Le critère de redéploiement intègre, en sus de la population, un indicateur d'état de santé afin de mieux prendre en compte les besoins différents. Ainsi, la population régionale a été pondérée à partir des taux de mortalité (corrigés de l'effet d'âge et de sexe) de chaque région. En 2011, il est procédé à un redéploiement de 32% de la sur-dotation des 9 régions les plus sur-dotées (au-delà de +6% par rapport à la moyenne) vers les 8 régions les plus sous-dotées (au-delà de -6% par rapport à la moyenne nationale). Ce mouvement est cohérent avec celui de 2010 (25%) car il permet un lissage sur cinq ans (2009-2013) du processus de rééquilibrage. L'effet redistributif s'établit à 16 M€ (16,1 M€ en 2010 ; 7,2 M€ en 2009).

Ce mouvement de rééquilibrage étalé sur la période 2009-2013 se poursuivra les années suivantes après actualisation annuelle des données.

## **2.2 Les marges de manœuvre régionales (volet aide à la contractualisation des MIGAC)**

Les marges de manœuvre dont vous disposez représentent aujourd'hui environ 1.5 milliard d'euros (hors crédits d'investissement délégués dans le cadre des plans hôpital 2007 et 2012 ou en soutien national d'opérations spécifiques).

En 2009, il avait été procédé pour la première fois à un redéploiement interrégional des marges de manœuvre à hauteur de 3 millions d'euros. En 2010, il a été décidé de faire peser sur les seules régions les plus sur-dotées, une partie des mesures d'économies imputées sur la dotation MIGAC (28M€ sur 63 M€).

De même, en 2011, une partie des mesures d'économies imputées sur les MIGAC est imputée uniquement sur les régions les plus sur-dotées : 27 M€ sur 54 M€.

La sur ou sous-dotation régionale est exprimée en « poids de la AC dans les recettes totales MCO régionales ». Les régions impactées sont celles pour lesquelles ce poids est supérieur à 2,95% (moyenne métropolitaine à 2,82%). L'effet revenu sur les régions perdantes représente 25,9% de l'effet revenu d'un rééquilibrage théorique complet (part limitée à 15% pour la Corse afin que toutes les régions conservent un montant de marges de manœuvre régionales supérieur à 10M€). Les 7 régions impactées par ces économies ciblées sont : Bourgogne, Champagne-Ardenne, Corse, Ile-de-France, Haute-Normandie, Picardie et Rhône-Alpes. Etant données leurs spécificités qui justifient une sur-dotation, les DOM ont été exclus de cette péréquation.

## **3. Evolutions touchant aux MERRI**

En plus des évolutions décrites dans la partie 3.1. de la circulaire budgétaire, quelques adaptations ont été apportées en 2011 dans le modèle de répartition. Ces adaptations ont été apportées dans chacune des trois parts qui composent l'enveloppe budgétaire MERRI.

### 3.1 Part modulable

Comme chaque année, les indicateurs utilisés pour la détermination de la part modulable ont été mis à jour avec les dernières données collectées.

Des modifications ont été apportées dans la constitution de l'indicateur relatif aux publications scientifiques qui représente 57,5% de la part modulable. Jusqu'à présent, les lettres aux éditeurs étaient prises en compte pour le calcul de l'indicateur relatif aux publications scientifiques. Ces publications ne relevant pas d'un vrai travail de recherche en tant que tel, elles ne sont pas prises en compte au sein de l'indicateur 2011. Pour la construction de ce score relatif aux publications scientifiques, le dernier auteur signant un article est désormais comptabilisé au même niveau que le premier auteur, à hauteur de 4 points (contre 3 points précédemment). Cette revalorisation du dernier auteur permet de reconnaître, à sa juste valeur, le travail d'encadrement des travaux de recherche publiés. Enfin, l'analyse du score relatif aux publications scientifiques se fait maintenant sur 4 ans (contre 5 ans précédemment). Cette évolution permet de dynamiser cet indicateur.

Le mode de calcul de l'indicateur relatif à la valorisation a été simplifié. Ainsi, cet indicateur portera uniquement sur les brevets ayant fait l'objet d'une licence d'exploitation afin que l'effort de valorisation se porte sur des brevets réellement exploitables industriellement. L'indicateur relatif à la valorisation représente 2% de la part modulable en 2011 (contre 3,5% en 2010).

L'indicateur relatif aux essais cliniques est revalorisé pour représenter en 2011 11,5% de la part modulable (contre 10% en 2010). Cette mesure permet de mieux prendre en compte la charge réelle de travail et le coût relatif à la mise en œuvre de ces essais au sein des établissements de santé. Par ailleurs, les inclusions dans les essais industriels sont comptabilisées cette année en addition des inclusions réalisées dans les essais à promotion institutionnelle.

### 3.2. Part fixe

Deux adaptations sont apportées au sein de la part fixe. La décote relative à la part fixe dont le montant prend en compte les coûts des personnels médicaux et les coûts des plateaux médico-techniques est appliquée à toutes les catégories d'établissements. Elle est calculée en fonction du ratio part modulable / part fixe théorique.

<b>part modulable / part fixe théorique</b>	<b>Taux de part fixe</b>
0,85	100%
0,55	85%
0,41	70%
0,13	55%
0,05	40%
0,01	25%

Par ailleurs, les charges générales (calculées initialement sur la base de 1% de l'ex-budget MCO hors médicament des CHU et 0,5% des autres établissements de santé) sont soustraites de la part fixe afin de dynamiser le modèle MERRI. Les 160,9 millions d'euros correspondants sont répartis de la façon suivante :

- 60,5 millions d'euros sont reportés sur la part modulable ;
- 70,2 millions d'euros sont reporté sur la part variable pour financer les délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) ;
- 30,2 millions d'euros sont provisionnés pour abonder les appels à projets nationaux.

Ainsi, la proportion des crédits attribués sur indicateurs ou appel à projets augmente significativement en 2011.

### 3.3 Part variable

Afin de dimensionner les financements distribués à l'activité réelle des établissements, les délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) sont maintenant financées au sein de la part variable en redéployant 70,2 millions d'€ provenant de la part fixe. Ces crédits sont répartis entre les établissements de santé en fonction d'indicateurs de résultats relatifs aux missions des DRCI (nombre d'essais à promotion institutionnelle et réussite aux appels à projets nationaux de type PHRC). Afin d'éviter le saupoudrage des crédits et de s'assurer d'une masse critique suffisante pour réunir les compétences nécessaires à la réalisation des missions confiées aux DRCI, seuls les établissements bénéficiant d'un montant minimum de 300 k€ percevront des crédits. Les financements relatifs aux unités d'évaluation médico-économique des CHU restent individualisés cette année. Enfin, la normalisation des financements relatifs aux CIC se poursuit cette année afin que seuls les établissements hébergeant un CIC labellisé perçoivent les crédits afférents.

### 3.4 Création d'une MERRI variable finançant partiellement les émoluments de l'ensemble des internes en médecine, pharmacie et odontologie

#### 1. Principes

J'ai voulu cette année mettre en évidence et répartir de manière plus équitable l'effort fourni par l'ensemble des établissements de santé pour former les futurs médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes, effort qui soutient l'augmentation régulière du numerus clausus effective depuis 2005. Jusqu'ici, la compensation de cet effort financier des établissements se faisait sous forme d'aide à la contractualisation. Le système en vigueur a atteint aujourd'hui ses limites, notamment en raison de sa complexité de lecture et des différentiels de traitement qu'il induit entre les établissements.

La création d'une dotation de financement isolée au titre d'une **MERRI variable** complète la logique des missions d'enseignement, de recherche et d'innovation : la formation des futurs professionnels de santé est bien un investissement nécessaire, au même titre que la recherche et l'innovation. Elle doit faire l'objet d'un financement le plus transparent et objectivé possible.

En pratique, les internes en médecine, pharmacie et odontologie demeureront rémunérés par le CHU auxquels ils sont rattachés, ou par l'EPS auquel ils seront rattachés. En revanche, **c'est désormais l'établissement d'accueil de l'interne, quel qu'il soit, qui percevra la dotation au titre de la MERRI**. L'établissement d'accueil remboursera alors le CHU de la totalité des émoluments. Des conventions de mise à disposition accompagnées d'une annexe financière devront être passées à cet effet entre l'établissement terrain de stage et le CHU de rattachement. Un arrêté fixera très prochainement, en tout état de cause avant le début du semestre de printemps 2011, le contenu de cette convention type et son articulation avec les CPOM des établissements.

Désormais, les émoluments versés à chaque interne seront financièrement compensés de manière forfaitaire et identique, la compensation ne variant qu'en fonction de l'ancienneté de l'interne dans le cursus de formation pour prendre en compte deux éléments : d'une part, le montant des émoluments augmente en fonction de l'ancienneté ; d'autre part, plus un interne avance dans son cursus de formation, plus il contribue à la production de soins, rémunérée par les tarifs. Ainsi, la rémunération d'un interne en 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année d'études sera compensée à hauteur de 16 000 € par an et celle d'un interne en 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> année à hauteur de 8 000 € par an. Ces forfaits ont été calculés en référence à la rémunération moyenne des internes :



Année	Coût total annuel chargé employeur (40 %)	Moyenne	Taux de prise en charge	Forfait annuel
1	29 345	32 218	49,7%	16 000
2	31 820			
3	35 488			
4	38 324	39 720	20,1%	8 000
5	41 116			

*Les montants sont en euros.*

Cette dotation vise à couvrir les émoluments statutaires des internes et les cotisations sociales assises sur eux, et pas les rémunérations accessoires. Les revenus complémentaires, et notamment les gardes et astreintes, restent indemnisées dans les conditions de droit commun (via les tarifs pour la continuité des soins, via la MIG dédiée pour la permanence des soins). Il s'agit, par ailleurs, d'une MERRI variable, dont la perception n'ouvre pas droit en tant que tel à la perception des parts fixes et modulables des MERRI, celles-ci restant soumises à des règles spécifiques.

A titre transitoire d'ici au déploiement complet de la T2A, pour les internes accueillis dans les établissements financés en DAF ou sous OQN, la dotation MERRI sera versée au CHU de rattachement et viendra minorer le remboursement des émoluments par l'établissement d'accueil.

Le financement de la mesure a été opéré d'une part par redéploiement, notamment des crédits AC antérieurement consacrés au même objet, d'autre part par d'importantes mesures nouvelles (78,9 M€), enfin par un débasage des tarifs du secteur ex-DG à hauteur de 70 M€. Ce débasage vise à prendre en compte la masse de rémunération des internes qui était préalablement intégrée dans la masse tarifaire et n'a pas vocation à être réitéré dans les années à venir.

## 2. Répartition régionale des dotations

Les crédits qui vous sont délégués par la présente circulaire distinguent entre les crédits destinés à compenser la rémunération des internes du semestre de printemps 2011 (affectations au 1<sup>er</sup> mai) et ceux destinés à compenser la rémunération des internes du semestre d'automne 2011-2012 (affectations au 1<sup>er</sup> novembre). Les rémunérations du semestre en cours (automne, 2010-2011) sont couvertes par les délégations de crédits qui ont eu lieu en 2010.

Les montants qui figurent dans l'annexe ont été calculés sur la base du forfait précisé supra et en prenant en compte les projections régionalisées du nombre d'internes de médecine, odontologie et pharmacie par promotion. Les années prises en compte sont les suivantes :

Semestre	Année
Printemps 2011	Internes en cours de formation en 2010-2011
Automne 2011	Internes en cours de formation en 2011-2012

Les stages extrahospitaliers faisant l'objet d'un financement via le programme 204 ont été retirés du calcul afin de ne pas faire l'objet d'un double financement. Les circuits de remboursements des salaires et indemnités payés au titre des stages extrahospitaliers ne sont pas modifiés.

Les internes en pharmacie, dont le suivi et l'affectation se font actuellement au niveau de l'inter-région, ont été ventilés par région au sein de chaque inter-région au prorata du nombre d'internes en médecine.

S'agissant des mobilités interrégionales, des corrections des dotations régionales pourront être effectuées dans le cadre de la deuxième circulaire s'il s'avérait que le solde migratoire

entre certaines régions n'était pas nul. Cela concerne notamment les DOM puisque pour les internes de l'inter-région Antilles-Guyane, l'intégralité des crédits est attribuée à la Guadeloupe en l'absence d'information sur la répartition à venir des internes entre DOM.

### **3.5 Financement des médicaments sous ATU en MERRI variable**

L'enveloppe relative aux ATU est divisée en deux parties : une partie régionalisée pour les médicaments dont le coût est inférieur à 100 000€ par patient par an dont vous avez la gestion en propre et une partie nationale pour les médicaments dont le coût est supérieur à 100 000€ par patient par an. Cette enveloppe est gérée au niveau national, et cette année, elle répond aux règles décrites ci-dessous.

Pour l'année 2011, trois médicaments sont concernés par cette mesure :

- le Myozyme, est financé pour 3 mois dans la mesure où le financement doit être assuré de façon classique (liste en sus et/ou GHS) à court terme ;
- le Vpriv (vélaglucérase), est financé pour 3 mois dans la mesure où le financement doit être assuré prochainement via la liste en sus ;
- l'Uplyso (taliglucérase), qui ne bénéficie par encore d'une AMM et dont l'examen n'est prévu qu'en fin d'année, est financé pour 12 mois.

Par ailleurs, sont ajoutés ou déduits des crédits qui vous sont alloués : le rattrapage de financement des ATU pour l'année 2010 et la régularisation du coût du taliglucérase.

Les montants alloués et qui concernent le Myozyme et le Vpriv seront complétés en deuxième circulaire pour financer jusqu'à la date de prise en charge officielle par les tarifs ou la liste en sus. Enfin, les régions qui n'ont pas pu faire parvenir les données dans les temps recevront l'ensemble des financements et des régularisations en deuxième circulaire 2011.

## **4 Evolutions touchant aux autres MIG**

### **4.1 Forfaitisation de la MIG « action de qualité transversale des pratiques des soins en cancérologie »**

Depuis 2009, des travaux ont été conduits visant à forfaitiser l'allocation de la MIG « action de qualité transversale des pratiques des soins en cancérologie » en fonction de critères d'activité ou liés aux missions des établissements bénéficiaires. Les objectifs de cette forfaitisation sont de renforcer la transparence de l'allocation des MIG finançant les soins en cancérologie, à l'exclusion des centres de coordination en cancérologie (3C) qui ne font pas encore l'objet d'un référentiel. Ils visent également à évaluer la pertinence et la faisabilité à court terme d'un financement via un forfait structure.

Pour mémoire, en 2009 plusieurs MIG (finançant les dispositifs d'annonce (DA), les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), les soins de support et les centres de coordination en cancérologie (3C)) ont été regroupées en une MIG « action de qualité transversale des pratiques des soins en cancérologie » de manière à pouvoir modéliser un forfait sur ce périmètre. En 2010, il a été acté que les centres de coordination en cancérologie ne feraient pas partie de ce forfait : ils ont été retirés du périmètre de la MIG (une MIG « 3C » a donc été recréée).

En 2010, une enquête détaillée a été conduite auprès des ARS, afin d'identifier très précisément les financements mobilisés et leur attribution, d'éliminer les financements croisés et d'évaluer la part respective des 3C et du compartiment DA+RCP+soins de support dans la MIG unique. Un important travail a ensuite été conduit en lien avec l'INCa en vue de

fiabiliser les données au maximum dans le contexte d'une attribution en cours des autorisations.

Le modèle d'allocation du forfait tel qu'il résulte des travaux conduits au niveau national prend en compte les données suivantes :

- Attribution d'un socle par établissement (20 000 € par établissement, avec prise en compte du caractère multi-site de l'AP-HP)
- File active de patients : forfait par tranche de 50 patients supplémentaires identifié sur la base des remontées d'activité 2009 (chaque patient compte une seule fois quel que soit son nombre de séances ou de séjours), d'environ 3 152 € pour les établissements ex-DG
- Nombre de modalités de l'activité autorisées (2 modalités : +25% ; 3 modalités: +50%)
- Surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie, c'est-à-dire en pratique les CHU (+ 80%) et CLCC (+ 70%). Cette pondération est susceptible d'évoluer dans les années à venir, puisque l'INCa doit définir des référentiels qui permettront d'identifier les établissements y appartenant ou pas. Temporairement, la solution retenue permet de tenir compte du rôle de chefs de file que jouent les CHU et les CLCC dans la structuration de l'offre régionale.
- Prise en compte du coefficient géographique.
- Abattement de 25% du socle et de la valeur des tranches dans le secteur ex-OQN au titre de la non intégration des honoraires médicaux. La part des rémunérations médicales des participants aux RCP dans les établissements ex-OQN restent en effet financés au titre des dispositifs conventionnels ou du FIQCS.

#### **4.3 Dotation des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire au titre de la MIG « accueil de patients en activité externe d'odontologie »**

A la suite des conclusions de la mission confiée à Gérard DECOUR qui portait essentiellement sur l'augmentation du numerus clausus dentaire au regard des capacités de formation, j'ai souhaité compenser la trop faible valorisation des actes dentaires pratiqués en ambulatoire dans les établissements de santé, lorsqu'ils sont effectués sur des patients atteints de pathologies particulières, y compris psychiatriques, donc fragiles et requérant un temps de prise en charge supérieur à la moyenne.

A cette fin, une nouvelle mission d'intérêt général « Odontologie » est créée en 2011. Elle est exclusivement réservée, cette année, aux 15 CSERD français, pour l'ensemble de leurs sites géographiques. Le montant de la dotation pour chacun des CSERD a été calibré sur la base des données recueillies dans le cadre du rapport Decour, qui ont permis d'évaluer que :

- 15% des passages en CSERD (mesurés par l'ensemble des actes d'odontologie facturés) relèvent de ces prises en charge lourdes ;
- Ces prises en charge génèrent un surcoût moyen de 70 € par passage.

## **5 La prise en charge des patients en situation de précarité**

Pour la campagne 2011, dans un souci de stabilité et dans l'attente d'une révision des critères pour 2012, il a été décidé de reconduire les dotations régionales 2010 relatives à la compensation des surcoûts structurels liés à la prise en charge des patients en situation de précarité (MIG identifiée sous le nom : Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières). A cette fin, les critères d'éligibilité à la dotation MIG pris en compte en 2010 restent inchangés : un taux de séjours CMU/CMUC/AME transmis par la CNAMTS au titre de l'année 2008 supérieur ou égal à

10,5% ainsi qu'un seuil plancher fixé à 40 000€. Ces paramètres sont identiques pour les secteurs public et privé.

L'enveloppe MIGAC reste stable à 150 millions d'euros. Cette stabilité permet d'éviter les effets revenus et de gagner en stabilité pour la deuxième année consécutive, de manière à permettre aux établissements de stabiliser les moyens consacrés à ces patients. En 2011 sera appréciée la pertinence d'une approche complémentaire de type géo-populationnelle fondée sur une analyse des zones géographiques dans lesquelles se situent les établissements de santé et leurs bassins de patientèle.

Il vous sera demandé, au terme de trois années de montée en charge puis de stabilisation de ce dispositif, d'évaluer la réalité des moyens mis en œuvre par les établissements pour améliorer la prise en charge des patients en situation de précarité.

## **6 Soutien financier aux établissements privés ex-DG**

Il a été décidé d'allouer une dotation permettant de compenser partiellement le surcoût du aux charges salariales qui touche les établissements privés ex-DG. Une aide financière sera accordée aux établissements privés à but non lucratif sous la forme d'un montant d'AC de 35 millions d'euros.

## **7 Soutien financier aux maternités de niveau 3**

Dans le cadre de la campagne tarifaire 2011, une aide à la contractualisation non reconductible d'un montant de 11 millions d'euros est allouée à l'ensemble des maternités de niveau 3 du fait du report de la révision de la CMD 14. Cette compensation est répartie en fonction du nombre de séjours 2010 de la CMD 14 après exclusion des séjours dits « normaux » (accouchements par voie basse et césariennes sans complication).

## **8 Les actes d'anatomo-pathologie hors nomenclature (PHN)**

Jusqu'au 1er janvier 2011, les actes d'anatomo-pathologie étaient inclus dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et codés en lettre clé P. Les P hors nomenclature (PHN) étaient financés via la dotation MIG dite « BHN ». Depuis le 1er janvier 2011, les actes d'anatomo-pathologie, dont certains PHN ont été intégrés dans la CCAM – ACP et la lettre clé P a été abrogée. Les PHN concernés, effectués lors des consultations externes ont été déduits de la dotation MIG et transférés au sein de la masse tarifaire.

## **9. Les activités internationales**

1 040 000 € sont destinés à financer deux types de mesures :

### **9.1 Des coopérations institutionnelles engagées à l'initiative des services centraux en application d'engagements ministériels :**

En exécution des accords signés entre les ministres de la santé français et chinois, de la note du ministère chinois de la santé confirmant l'implication française dans l'expérimentation de la réforme hospitalière chinoise et de l'accord de coopération signée entre la DGOS et le Centre National de Recherche et de Développement en Santé de la République de Chine, 18 établissements hospitaliers français sont concernés et reçoivent chacun une somme forfaitaire permettant de couvrir les frais de mission inhérents à cette coopération pour un montant global de 200 000 €.

D'autres engagements et accords internationaux feront l'objet de dotations dans une circulaire ultérieure.

**9.2 Des coopérations hospitalières initiés par les établissements et qui font l'objet d'un appel à projet en cours.**

L'attribution des crédits correspondants se fera à l'occasion d'une prochaine circulaire budgétaire.

## La table de correspondance des mesures nouvelles :

	Imputation réglementaire MIG à indiquer	Catégorie de gestion AC à indiquer	
		Catégorie	sous catégorie
<b>I- mesures catégorielles relatives au personnel non médical</b>			
Renforcement et reclassement PARM	Les services d'aide médicale urgente mentionnés à l'article L.6112-5 du code de la santé publique, y compris les centres d'enseignement aux soins d'urgence		
Protocole d'accord 2 février 2010 (LMD / infirmières)	Ces dotations, s'apparantant à des frais de structure, doivent venir s'imputer sur l'ensemble des MIG et être intégrées dans la base des établissements. Les agences doivent néanmoins préciser dans leur délégation la part correspondant à ces mesures catégorielles, à charge aux établissements de faire apparaître ce distinguo dans		
PFR personnel de direction FPH			
PFR cadres de santé			
PFR directeurs de soins			
<b>II- mesures catégorielles relatives au personnel médical</b>			
Création et transformation d'emplois HU		amélioration de l'offre	soutien à la démographie des professionnels de santé
Assistants spécialistes post internat		amélioration de l'offre	soutien à la démographie des professionnels de santé
Augmentation quota internes	financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie		
Formation chef de poles		amélioration de l'offre	soutien à la démographie des professionnels de santé
<b>III- Mesures de santé publique</b>			
<b>plan cancer</b>			
Valoriser la discipline au regard de l'évolution actuelle des pratiques relatives à la spécialité d'anatomocytopathologie		développement activité	cancerologie
soutenir la démarche qualité au sein de la profession ACP (= financement de la double lecture des actes ACP concernant les cancers rares et les lymphomes)	les centres de références pour la prise en charge de maladies rares		
Renforcement des plateformes de génétique moléculaire	les laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique		
Accès aux Techniques chirurgicales et instrumentales		développement activité	cancerologie
Soutien à la Radiothérapie (développement du SI)		investissement	mesures régionales
Labelliser les centres de référence pour les cancers rares	les centres de références pour la prise en charge de maladies rares		
Suivre les personnes à risque génétique	les laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique		
Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer (accompagnement à la création d'unité pilote de coordination en oncogériatrie)		développement activité	cancerologie
programme d'actions spécifiques vis-à-vis des adolescents atteints de cancer (création d'unité pilote par le biais d'appel à projet)	Equipes de cancérologie pédiatrique		
financement de postes de chefs de clinique et d'assistants spécialistes sur les spécialités prioritaires		amélioration de l'offre	soutien à la démographie des professionnels de santé
Financer l'augmentation des postes d'internes et augmenter les capacités d'encadrement des services formateurs :	financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie		
Accompagner l'évolution des modes de pratiques (soutenir la création de postes méd et soignants dans une logique de coopération inter établissements)		amélioration de l'offre	soutien à la démographie des professionnels de santé
Renforcement de la recherche translationnelle (financer la politique de labélisation de site)	les structures d'appui à la recherche clinique		
Renforcement du PHRC cancer	les projets de recherche entrant dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique		

<b>plan national maladies rares</b>			
mission "coordination, animation de la filière et relations internationales pour un centre maladie rare (CMR)	les centres de référence pour la prise en charge de maladies rares		
mission d "expertise" (production de protocoles et recommandations de bonnes pratiques) pour un CMR	les centres de référence pour la prise en charge de maladies rares		
mission " investigation diagnostique clinique approfondie" pour un CMR	les centres de référence pour la prise en charge de maladies rares		
moyens en vue de l'analyse des rapports annuels d'activité des filières MR	les centres de référence pour la prise en charge de maladies rares		
Suivi épidémiologique et recueil de données des filières MR	les registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au Comité national des registres		
Création d'un organisme national d'impulsion et de conseil pour la recherche Maladies rares (personnel)	les centres de référence pour la prise en charge de maladies rares		
Mise en place un blog permettant aux centres de référence d'échanger, notamment sur les essais thérapeutiques de médicaments existants dans des indications hors AMM et les résultats obtenus (personnel)	les centres de référence pour la prise en charge de maladies rares		
Création d'un groupe d'observation de l'utilisation des médicaments hors AMM et des produits non remboursés utilisés dans le champ des Maladies rares (personnel)	les centres de référence pour la prise en charge de maladies rares		
<b>Plan national d'amélioration de la douleur</b>			
renforcement structure douleur chronique (personel)	les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle		
<b>Plan alzheimer</b>			
Poursuite de l'informatisation des consultations mémoires	les consultations mémoires		
Programme hospitalier de recherche clinique : Plan Alzheimer	les projets de recherche entrant dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique		
Création d'emplois hospitalo-universitaires de chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux		amélioration de l'offre	soutien à la démographie des professionnels de santé
<b>Programme soins palliatifs</b>			
Équipes mobiles de soins palliatifs	Équipes mobiles de soins palliatifs		
Équipes mobiles de soins palliatifs pédiatriques	Équipes mobiles de soins palliatifs		
Développement de la recherche en soins palliatifs	les projets de recherche entrant dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique		
centre de documentation et ressources national FOCSS	centre national de ressources pour les soins palliatifs		
Observatoire national de fin de vie	observatoire national de la fin de vie		
Création de postes d'assistants spécialistes en soins palliatifs		amélioration de l'offre	soutien à la démographie des professionnels de santé
<b>Plan addictologie</b>			
Consultations	les consultations hospitalières d'addictologie		
Équipes de liaison	les consultations hospitalières d'addictologie (?)		
<b>Plan maladies chroniques</b>			
Développement de l'éducation thérapeutique dans les établissements de santé	les actions de préventions et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires, cardio-vasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH		
<b>Programme maison des adolescents</b>			
structures d'accueil et de soins des adolescents.	les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents		

<b>Plan AVC</b>			
Financement de la prise en charge des AVC en unités neuro-vasculaires		développement activité	chirurgie
Coordination filière (personnel pour de la rééducation)		amélioration de l'offre	soutien à la démographie des professionnels de santé
	Au titre du 4° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale, peuvent être pris en charge, pour les établissements de santé chargés d'assurer la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et au titre de l'accueil suivi de la prise en charge des patients, quelque soit le mode d'entrée de ces patients, uniquement la nuit, pendant le week-end –à l'exception du samedi matin – et les jours fériés : - pour tous les établissements de santé, la rémunération ou l'indemnisation des médecins hors structures d'urgence ; - pour les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, la rémunération ou l'indemnisation des médecins exerçant dans une structure d'urgence		
Coordination filière (développement d'astreintes spécialisées)			
<b>Prise en charge des détenus</b>			
UCSA (soins somatiques)	les unités de consultations et de soins ambulatoires		
Amélioration de la prise en charge des addictions en détention	consultations hospitalières d'addictologie		
Chambres sécurisées	les chambres sécurisées pour détenus		
<b>Programme national de lutte contre le VIH</b>			
poursuite de la mise en place des COREVIH (comité de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH)	les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine mentionnés à l'article D.3121-34 du code de la santé publique		
<b>Programme prévention IN</b>			
Renforcement des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN)	les centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales mentionnés aux articles 6 et 7 de l'arrêté du 3 août 1992 modifié relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales		
Renforcement des antennes régionales de lutte contre les Infections nosocomiales	les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales mentionnées dans l'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales		
<b>Transexualisme</b>			
mise en place d'un centre de référence national pour la prise en charge médicale du transexualisme (au vu des missions : devaient être une MERRI à part entière)		Développement d'activité	
<b>Recherche</b>			
Centres de recherche clinique	les structures d'appui à la recherche clinique		
Programme de recherche en qualité hospitalière (PREQHOS)	les projets de recherche entrant dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (finalité distincte mais financé à travers ce programme)		
Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale	les projets de recherche entrant dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (finalité distincte mais financé à travers ce programme)		
<b>Médecine légale</b>			
Emploi de psychologue		amélioration de l'offre	soutien à la démographie des professionnels de santé



<b>CNR sourds</b>	Centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques : centre de consultations médicales maritimes mentionné à l'arrêté du 10 mai 1995 relatif à la qualification du centre de consultations médicales maritimes de Toulouse comme centre de consultations et d'assistance télé médicale maritimes dans le cadre de l'aide médicale en mer et centre national de relais mentionné à l'arrêté du 1er février 2010 désignant le CHU de Grenoble dans sa mise en œuvre du centre de réception des appels d'urgence passés par les personnes non ou malentendantes		
<b>Lactarium</b>	les lactariums mentionnés à l'article L,2323-1 du code de la santé publique		
<b>périnatalité</b>			
Recalibrage de la dotation MIG Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal		
<b>Jeux en ligne</b>			
Renforcement du centre de recherche national	les projets de recherche entrant dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (finalité distincte mais financé à travers ce programme)		
<b>IV- Investissement</b>			
<b>Plan hôpital 2012</b>		Investissement	mesure nationale

## **Annexe VI. MIG Permanence des soins en établissement de santé (PDSSES)**

L'indemnisation de la permanence des soins médicale s'inscrit, à compter de l'année 2011, dans le cadre d'un dispositif, désormais commun aux secteurs public et privé, de financement en MIG des lignes de permanence des établissements concernés. Ce dispositif commun est également fongible. La nouvelle appellation retenue est « permanence des soins en établissement de santé » (PDSSES).

La PDSSES concerne le **champ MCO** et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne relèvent donc pas du dispositif de PDSSES. Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe et l'activité d'hospitalisation à domicile font l'objet de modalités spécifiques de financement des lignes de gardes et d'astreintes. Pour les praticiens libéraux participant aux lignes de garde et d'astreinte indemnisées du secteur ex-OQN, ce dispositif prendra ainsi le relais des contrats de pratique professionnelle (CPP). Cette bascule interviendra à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2011.

La base de calcul de l'enveloppe régionale en 2011 s'appuie sur l'addition de l'enveloppe MIG PDSH actuelle, de l'enveloppe MIG correspondant au financement des CPP de la région et enfin de l'enveloppe exceptionnelle allouée de manière dégressive aux établissements ex-POSU. L'enveloppe MIG globale est dotée à hauteur de 772,45 millions d'euros, impliquant un effort d'optimisation à hauteur de 60 millions d'euros, soit 7,21% par rapport à 2010, qui est décliné au niveau de l'enveloppe régionale et devra être accompli soit directement sur cette enveloppe, au moins en partie, soit plus largement sur les dotations MIGAC.

### **(MIG PDSH + MIG équivalent CPP + MIG ex-POSU) de la région \* 92,79%**

Compte tenu de la bascule des CPP en MIG au 1<sup>er</sup> juillet 2011 la part de la MIG PDSSES correspondant aux crédits CPP est déléguée prorata temporis. Les dépenses engagées par l'assurance maladie sur l'ONDAM soins de ville, dans le cadre des CPP avant la date de bascule, conduisent à une annulation à due concurrence de l'enveloppe MIG-PDSSES, soit à hauteur de 30 M€. Le montant total délégué en 2011, sur la dotation de 772,45 M€, s'élève donc à 742,45 M€ dont **735,02 M€ pour les établissements de santé** et 7,43M€ pour le service de santé des armées.

Le caractère désormais fongible de l'enveloppe permet à chaque ARS de répartir l'effort d'économie entre les établissements ex-DG et ex-OQN, en fonction des marges d'optimisation régionales.

Compte tenu de ce nouveau périmètre, des efforts d'optimisation attendus dès 2011 et dans l'attente de l'adoption des schémas cible, le « taux de modulation » est porté à 50% en 2011 (il était de 10% en 2009 et 20% en 2010), avec possibilité d'y déroger pour les situations où la MIG est allouée à des établissements qui, en raison de leur profil d'activité (exemple : activité exclusive d'hôpital de jour), n'assurent pas du tout de garde ou d'astreinte au titre de la permanence.

Ce taux de 50% correspond au taux maximum de révision possible à la baisse de l'enveloppe MIG d'un établissement, en 2011, sur la base de l'enveloppe MIG-PDSH 2010 ou de l'enveloppe MIG-équivalent CPP 2010 de cet établissement. Le taux de modulation de 50% s'apprécie pour le secteur ex-OQN par rapport au nombre de lignes de garde ou d'astreinte de l'établissement antérieurement financées par les crédits CPP, une ligne financée l'étant nécessairement à 100%, c'est-à-dire au coût global des forfaits de garde ou d'astreinte de la ligne (charges comprises).

## **Annexe VII. Modulation des ressources des établissements de santé ayant une activité de SSR**

Dans la perspective de la mise en œuvre d'un nouveau dispositif de financement à l'activité dans le champ SSR à horizon 2012-2013, l'ATIH a conçu en 2009 un modèle de valorisation des données disponibles dans le PMSI : modèle « IVA » (*Indice de Valorisation de l'Activité*). L'indice de modulation « IVA » découle du rapport entre le financement perçu et l'activité produite (mesurée par le nombre de points IVA). Il permet ainsi de positionner les établissements les uns par rapport aux autres, en fonction d'une valeur nationale du point IVA, et d'aboutir à une modulation médico-économique des ressources des établissements de santé, financés sous DAF et sous OQN, du champ SSR.

### **1. Actualisation des données d'activité pour le calcul de l'indice de modulation IVA 2011**

L'indice de modulation est calculé à l'aide des données d'activité et des données financières (source PMSI/SNIIRAM), de la valorisation des MIGAC (retraitement comptable), des plateaux techniques (enquête) et des molécules onéreuses (enquête).

Pour la campagne 2010, l'indice de modulation a été mis à jour à l'aide des dernières données disponibles, à savoir :

- celles de l'exercice 2008 pour les compartiments « activité et données financières », « MIGAC » et « plateaux techniques » ;
- celles de l'exercice 2006/2007 pour le compartiment « molécules onéreuses », en l'absence de résultats plus récents.

Pour la campagne 2011, une mise à jour partielle de l'indice de modulation est effectuée.

Seule la partie « activité » est actualisée en fonction des données 2009 (données d'activité et données financières – PMSI et SNIIRAM). Il convient de souligner que le compartiment « activité » représente plus de 90 % de la masse financière totale, ce qui traduit une actualisation dans une large mesure de l'indice de modulation.

En revanche, les données entrant dans le calcul de l'indice de modulation 2011 concernant les plateaux techniques et les molécules onéreuses sont celles utilisées dans le cadre de la campagne 2010. En effet, des enquêtes sur les plateaux techniques et sur les molécules onéreuses sont prévues en 2011 dans le cadre des travaux portant sur le dispositif cible de financement de la T2A SSR. Au regard de la lourdeur de la mise en œuvre de ces enquêtes et du traitement des données en résultant, il a été acté avec l'ensemble des acteurs qu'elles ne seraient pas renouvelées en 2010. De plus, le retraitement comptable 2009 n'étant pas disponible dans le temps imparti pour construire la campagne 2011, le compartiment MIGAC ne peut également faire l'objet d'une actualisation.

Comme pour les campagnes 2009 et 2010, le nombre de points IVA est redressé du coefficient géographique pour les DOM, l'Ile-de-France et la Corse.

### **2. Application du taux de modulation, fonction de l'indice de modulation « IVA »**

A l'appui de l'indice de modulation positionnant les établissements entre eux, un taux de modulation des ressources des établissements concernés est fixé afin d'opérer une péréquation interrégionale des ressources.

## 1. Périmètre d'application de la modulation

Le périmètre d'application de la modulation reste inchangé en 2011 par rapport aux deux précédentes campagnes :

- En raison de leur mode de fonctionnement et de la nature particulière de leur activité, les MECS, les pouponnières et les structures de psychiatrie demeurent exclues du champ de la modulation en 2011. En revanche, les structures de post-cure alcooliques sont, comme en 2009 et 2010, intégrées.
- Les établissements ouverts en 2010, qui n'ont donc aucune donnée d'activité 2009, sont également exclus du champ de la modulation.
- Enfin, pour les établissements n'ayant pas transmis de données PMSI au titre de l'année 2009, des pénalités s'appliquent selon les mêmes conditions qu'en 2010. La masse dégagée par l'application de ces pénalités est réintégrée à celle des régions pour lesquelles tous les établissements ont transmis leurs données PMSI.

## 2. Taux de modulation : principe retenu au niveau national pour opérer la péréquation interrégionale

Pour le secteur sous DAF, il est retenu, comme pour la campagne 2010, une modulation de la base SSR de **5 %**.

Pour le secteur sous OQN, la modulation porte sur l'intégralité du taux d'évolution moyen des tarifs (**soit 0,51%**) en concentrant l'effort du rééquilibrage sur les établissements « sous-dotés ». Ainsi, les établissements dont l'indice de modulation est supérieur à 1 ne bénéficient pas de mesures nouvelles en 2011 (soit un taux d'évolution moyen des tarifs nul). La marge disponible est répartie entre les établissements « sous-dotés » en fonction de leur positionnement « IVA ».

## 3. La modulation des ressources en pratique

Le calcul de l'indice de modulation « IVA » s'appuie sur une classification médico-économique relativement ancienne. Néanmoins, les tests effectués sur la performance de l'IVA montrent qu'il reflète correctement la position des établissements pour 92% des structures et 95% de la masse financière, selon l'appréciation des agences régionales préalablement à sa mise en œuvre. De plus, l'indice est jugé pertinent au regard de l'absence de corrélation observée avec ses variables qui le composent. Pour une utilisation en terme de modulation des ressources, l'indice de modulation « IVA » est donc un outil robuste.

Toutefois, dans sa constitution actuelle, l'IVA ne tient pas compte de certaines spécificités qui peuvent introduire un biais dans le positionnement réel des établissements concernés. C'est le cas notamment :


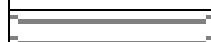
- d'activités lourdes insuffisamment représentées dans la classification actuelle, telles que la prise en charge spécialisée en pédiatrie, en unité d'éveil ou encore les états végétatifs chroniques... ;
- d'activités ne générant pas de points IVA, telles que les consultations externes ... ;

Il vous est recommandé d'utiliser opportunément les critères ayant prévalu au niveau national pour la modulation inter-établissement au niveau régional. Toutefois, pour les raisons exposées ci-dessus, une **attention particulière** doit être portée à chaque établissement de votre région dont vous jugez que le positionnement IVA ne reflèterait pas la situation réelle. Dans ces conditions, vous pouvez opter pour une modulation adaptée à la situation des établissements sur la base de l'IVA.

**Annexe VIII. Taux de recours par région**

TAUX DE RECOURS 2009 STANDARDISES POUR 10 000 HABITANTS					
Champ	Médecine	Chirurgie	SSR	PSYCHIATRIE	
				Adulte	Pédiatrique
<b>Taux de recours national</b>	<b>1 198</b>	<b>810</b>	<b>5 383</b>	<b>3 616</b>	<b>352</b>
ALSACE	1 313	779	5 757	2 980	369
AQUITAINE	1 164	866	5 102	4 588	536
AUVERGNE	1 076	785	4 818	4 992	468
BASSE-NORMANDIE	1 102	764	4 548	3 535	271
BOURGOGNE	1 167	808	4 732	2 954	300
BRETAGNE	1 136	765	5 139	5 031	503
CENTRE	1 080	768	4 541	3 635	303
CHAMPAGNE - ARDENNE	1 249	852	4 086	3 537	369
CORSE	1 374	900	5 662	4 032	279
FRANCHE COMTE	1 105	779	4 975	4 105	397
HAUTE - NORMANDIE	1 212	794	5 049	3 143	509
ILE DE France	1 198	738	6 208	3 018	371
LANGUEDOC - ROUSSILLON	1 184	859	5 737	3 989	317
LIMOUSIN	1 144	771	4 297	4 191	211
LORRAINE	1 344	822	5 069	3 457	346
MIDI -PYRENEES	1 248	814	5 159	4 245	380
NORD - PAS - DE - CALAIS	1 435	879	4 935	3 027	187
PAYS DE LA LOIRE	1 086	834	4 752	3 061	217
PICARDIE	1 325	800	5 210	4 250	433
POITOU - CHARENTE	1 175	865	3 963	2 023	261
PACA	1 243	898	6 680	4 468	354
RHONE - ALPES	1 107	794	5 389	3 345	279
GUADELOUPE	1 190	616			
GUYANNE	1 206	579			
LA REUNION	983	561			
MARTINIQUE	972	599			

**LEGENDE :**

	Taux de recours régional supérieur ou égal à la moyenne nationale
	Taux de recours régional inférieur à la moyenne nationale

**Définition générale :**

Le taux de recours rend compte du recours à l'offre de la **population domiciliée** d'une zone géographique, quelque soit le lieu de réalisation des séjours. Le taux de recours est exprimé en **nombre de séjours/séance annuels de la population de la zone pour 10 000 habitants**.

Ce taux de recours est **standardisé selon l'âge et le sexe** afin de permettre la comparaison entre zones géographiques, en gommant les effets de la structure de population. Il s'interprète comme le taux de recours qu'auraient les régions si elles avaient la structure de population nationale.