

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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)

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction du financement  
du système de soins

**Circulaire DGOS/R1 n° 2012/131 du 16 mars 2012  
relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé**

NOR : ETSH1208992C

Validée par le CNP le 9 mars 2012. – Visa CNP 2012-77.

*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 – agences régionales de santé.

*Références* :

Code de la santé publique, notamment les articles L. 6145-1 et suivants, R. 6145-1 et suivants ;  
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 ;

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale, et notamment son article 33 modifié ;

Décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 4 ;

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 ;

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 ;

Arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

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 ;

Arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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.

**Annexes :**

Annexe I.1. – Montants régionaux MIGAC.

Annexe I.2. – Montants régionaux DAF.

Annexe I.3. – Montants régionaux USLD.

Annexe II. – Plans et mesures de santé publique.

Annexe III. – Financement des charges de personnel et effet prix.

Annexe IV. – Précisions de règles de facturation MCO.

Annexe V. – Dotations MIGAC-MERRI.

Annexe VI. – PDSES.

*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).*

Malgré un contexte budgétaire très contraint, l'ONDAM des établissements de santé pour 2012 a été porté à 74,3 Md€, en progression de 2,56 % par rapport à celui de 2011. Cette augmentation correspond à 1,8 Md€ de moyens budgétaires supplémentaires. Cette nouvelle hausse, qui fait suite à celle des années précédentes, a pour contrepartie la nécessité de respecter strictement l'enveloppe allouée. Le respect de l'ONDAM hospitalier constitue une composante essentielle de nos engagements pluriannuels de retour à l'équilibre des finances publiques.

La construction de la campagne 2012 s'inscrit ainsi dans le respect de l'ONDAM voté par le Parlement. Plus particulièrement, j'ai souhaité, concernant les établissements MCO :

- une évolution positive des tarifs, de + 0,19 %, identique pour les secteurs public et privé, avant application de la convergence tarifaire. C'est la première fois depuis trois ans que ces tarifs seront en progression. Un effort spécifique a été fait en faveur des tarifs d'obstétrique qui progresseront en moyenne de + 0,5 % pour tenir compte de la stabilité de l'activité constatée sur ce secteur ;
- une hypothèse de volume d'activité réaliste pour assurer le respect de l'ONDAM.

La convergence tarifaire se poursuit également pour la troisième année consécutive. Sa mise en œuvre permet d'offrir à la collectivité des tarifs plus efficaces, se rapprochant du coût de la prise en charge et ce, dans chaque secteur hospitalier.

J'ai également attaché une grande importance à la préservation des moyens alloués aux établissements participant aux missions d'intérêt général. Ainsi, la progression des moyens alloués aux missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) sera de + 3,44 %, atteignant 8,5 Md€, permettant notamment de conforter vos marges de manœuvre régionales. Cette préservation est d'autant plus importante que cette année voit la mise en œuvre effective du fonds d'inter-vention régional qui est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2012. Une circulaire spécifique est dédiée à la mise en place de ce nouveau fonds.

Les financements progressent aussi pour les services de soins de suite et de réadaptation ainsi que pour la psychiatrie, afin de tenir compte notamment des missions liées à la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

Pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM a été scrupuleusement respecté successivement en 2010 et en 2011. Les mises en réserve prudentielles de crédits ont permis de compenser les fortes évolutions liées à la dynamique d'activité observée. Aussi, les efforts entrepris dans la régulation des volumes d'activité doivent-ils être poursuivis. Vous avez à cet égard un rôle essentiel à jouer et je souhaite que vous vous en saisissiez pleinement, afin d'assurer une juste allocation des ressources pour un juste recours aux soins.

## **1. Les grands équilibres de la campagne 2012**

### *1.1. Les objectifs hospitaliers pour 2012*

L'ONDAM hospitalier 2012 régulé s'établit à 74,34 Md€. Il se décompose en quatre objectifs distincts dont l'augmentation se décline comme suit :

	MONTANT	ÉVOLUTION
ODMCO	46 793 M€	+ 2,57 %
MIGAC	8 563 M€	+ 3,44 %

	MONTANT	ÉVOLUTION
ODAM	16 104 M€	+ 2,42 %
dont SSR .....	5 949 M€	+ 3,16 %
dont psychiatrie .....	8 742 M€	+ 2,07 %
dont USLD .....	1 031 M€	+ 1,46 %
OQN	2 548 M€	+ 3,36 %
dont SSR .....	1 908 M€	+ 3,59 %
dont psychiatrie .....	640 M€	+ 2,67 %
ONDAM hospitalier	74,34 M€	+ 2,56 %

À ces objectifs, s'ajoute le FMESPP dont la dotation a été fixée en LFSS à hauteur de 285,9 M€ pour 2012.

Cette répartition fait suite à un certain nombre de rééquilibrages entre objectifs et prend en compte les opérations de fongibilité. Il convient de noter tout particulièrement un rebasage de l'ODMCO suite au constat de la surexécution de ce dernier en 2011. À cet effet, outre une régulation prix/volume sur la masse tarifaire de l'ODMCO, il a été procédé à un transfert à hauteur de 60 M€ de la dotation d'aide à la contractualisation au profit de la part tarif.

#### *1.2. Les mesures d'économies*

L'évolution tendancielle des charges des établissements de santé pour 2012 a été évaluée à 3,2 %, soit un besoin de financement complémentaire de 2 308 M€ par rapport à l'objectif 2011. Des mesures d'économie à hauteur de 450 M€ ont par conséquent été rendues nécessaires dans le cadre de la construction de l'ONDAM 2012 pour garantir le respect du taux d'évolution de l'ONDAM voté par le Parlement à 2,56 % et qui couvre 1 857 M€ de dépenses nouvelles..

Ces économies se décomposent de la manière suivante :

- la performance hospitalière (150 M€) ;
- la rationalisation des achats (145 M€) ;
- la lutte contre la fraude à l'hôpital (25 M€) ;
- la convergence ciblée (100 M€) imputée sur le secteur ex-DG ;
- la liste en sus (30 M€).

Les trois premières catégories de mesures ont été imputées à l'ensemble des bases constituant l'ONDAM établissements de santé ; les deux dernières l'ont été sur le seul ODMCO.

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

Le taux d'évolution des prestations d'hospitalisation en MCO a été construit sur la base d'une prévision de volume de 2,4 %. Ce niveau de prévision du volume permet d'asseoir la crédibilité de la construction tarifaire 2012 sur des bases réalistes. Toutefois, une vigilance constante sur l'évolution de l'activité des établissements de santé au sein de chacune de vos régions est indispensable.

Des précisions méthodologiques vous permettant de mieux appréhender le taux d'évolution du volume compatible avec le respect de l'ONDAM en regard des réalisations de l'année précédente vous seront apportées et viendront ainsi compléter les instructions de 2011 (1) sur les analyses trimestrielles d'activité.

#### *1.4. Les mises en réserve*

En vue de garantir le respect de l'ONDAM 2012, 415 M€ sont mis en réserve dès le début de cette campagne.

Ces mises en réserve se décomposent en :

- marges AC et DAF nationales : 92 M€ ;
- crédits issus de la déchéance du FMESPP : 25 M€ ;
- marges AC et DAF régionales : 298 M€.

La ventilation par région des 298 M€ de mises en réserve opérées sur vos marges de manœuvre a été effectuée au regard de l'évolution de l'activité de chaque région (évolution MCO secteur ex-DG et ex-OQN), de son évolution démographique et de ses taux de recours à l'offre de soins. Pour la première fois, la répartition des mises en réserve sur les crédits régionaux au sein des enveloppes AC et DAF est laissée à votre appréciation. La répartition définitive est conforme aux propositions que vous avez admises.

(1) Instructions interministérielle n° 127 du 16 mai 2011 et n° 282 du 21 octobre 2011 relatives à l'analyse trimestrielle de l'activité des établissements de santé.

Ces crédits mis en réserve pourront éventuellement 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 des établissements de santé de vos régions.

## 2. La campagne tarifaire MCO

### 2.1. Les principales évolutions de la classification : la révision des CMD 14 et 15

La classification des groupes homogènes de malades relative aux activités d'obstétrique et de néonatalogie est révisée afin de mieux décrire l'activité médicale de ces spécialités. Il doit être rappelé qu'en 2009 la V11 n'avait pas modifié ces deux catégories majeures de diagnostics (CMD 14 et 15). La classification 2012 correspond donc à une finalisation des travaux de la V11 sur ces deux activités.

Par ailleurs, il a été procédé à quelques ajustements liés à la politique de développement de la chirurgie ambulatoire, notamment par la création de GHM en J.

Le détail des nouveautés relatives à la classification des prestations MCO 2012 fait l'objet de développements dans une notice technique que vous pourrez trouver sur le site de l'ATIH (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0000100012FF>).

### 2.2. Les grands axes de la construction tarifaire : une nouvelle étape dans la prise en compte du principe d'adéquation du financement aux charges

Dans le cadre de la campagne 2012, comme cela fut le cas en 2011, les modulations tarifaires susmentionnées sont fondées sur les résultats de l'étude réalisée par l'ATIH sur l'adéquation des financements par rapport aux charges des établissements. Cette étude permet de calculer des « tarifs issus des coûts » *i.e.* des tarifs respectant la hiérarchie issue des ENCC ajustés à la masse tarifs, contrainte par l'ONDAM, et non à la masse coûts.

Le processus d'élaboration des tarifs en vigueur depuis 2011 est le suivant :

- dès lors qu'une modification affectant le périmètre de manière importante intervient, il est procédé à un calcul de nouveaux tarifs, directement sur la base des résultats des ENCC. Ainsi, les tarifs des CMD 14 et 15 ont été recalculés en 2012 du fait de la révision de la classification en tenant compte des données issues des ENCC, comme ce fut le cas lors du passage à la V11 pour l'ensemble des autres activités en 2009 ;
- dans les autres cas et en fonction des orientations tarifaires souhaitées (incitations ou désincitations tarifaires), il est procédé à une évolution de certains tarifs existants en fonction de leurs écarts aux « tarifs issus des coûts », de manière à parvenir progressivement à un rééquilibrage entre toutes les activités.

Deux étapes successives dans la construction tarifaire :

Mesures modifiant le périmètre des tarifs.

Cette étape consiste à faire varier les tarifs publiés en 2011 au vu des changements impactant le contenu même des GHM. Il s'agit notamment d'identifier les activités impactées :

- par l'évolution de la classification : nouvelle classification pour les CMD 14 et 15 et création de GHM en J et T ;
- par les changements de périmètre des tarifs : réintégration de médicaments ne correspondant plus aux critères d'inscription redéfinis dans la recommandation de principe du conseil de l'hospitalisation du 18 novembre 2010 (11 molécules concernées) et réintégration du Taxotère (docetaxel), débasage du forfait annuel greffe, du forfait de haute technicité...

Mesures de modulation tarifaire.

Chirurgie ambulatoire.

Dans la continuité des campagnes précédentes, les mesures tarifaires en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire constituent l'une des principales orientations de la campagne 2012. En étroite concertation avec les fédérations hospitalières et les sociétés savantes concernées, il a été décidé d'étendre et d'amplifier les incitations tarifaires mises en place depuis plusieurs années. Ces mesures s'intègrent dans un ensemble cohérent de mesures concourant au développement de la chirurgie ambulatoire : programme de gestion du risque, fixation d'objectifs dans le cadre des CPOM État/ARS...

Mesures mises en place :

- création de tarif unique entre le niveau d'ambulatoire (J) et le niveau 1 d'hospitalisation complète pour 12 GHM ;
- fixation des tarifs du J au niveau du 1 pour toutes les créations de J de 2012 (8 GHM) ;
- rapprochements tarifaires entre le J et le niveau 1 d'hospitalisation complète pour 18 GHM ;
- incitation aux pratiques innovantes ambulatoires par la suppression de bornes basses ;
- revalorisation tarifaire de l'ensemble de la chirurgie classée en J de sorte à ramener tous les tarifs des GHM en J à leurs « tarifs issus des coûts » ;
- diminution de l'incitatif tarifaire pour les GHM dont le taux d'ambulatoire est supérieur à 80 % et le surfinancement par rapport aux tarifs issus des coûts de plus de 10 % sur le niveau J.

Convergence intersectorielle.

Une nouvelle méthode de convergence ciblée est appliquée en 2012 fondée sur une approche de réduction des écarts les plus importants entre les tarifs et les « tarifs issus des coûts » (source étude adéquation financement/charges de l'ATIH).

Ainsi, les modulations tarifaires du secteur ex-DG sont opérées non plus en prenant les tarifs du secteur ex-OQN comme référence, mais en regard des coûts ajustés à la masse tarif du secteur ex-DG lui-même.

Il est à noter que les activités liées à des plans de santé publique (cancer, soins palliatifs...) ou à des politiques tarifaires (chirurgie ambulatoire, activités lourdes...), exclues précédemment de cet exercice, ont été mises à contribution cette année, mais dans une proportion limitée.

Au total, cette méthode conduit à sélectionner 425 GHS sur le secteur ex-DG, classés en deux catégories, selon qu'ils se rattachent ou non à un plan ou une politique de santé publique ; un taux de rapprochement distinct leur est alors appliqué.

Cette approche de réduction des écarts est également appliquée au sein du secteur ex-OQN, aboutissant à sélectionner 39 GHS.

### 3. L'évolution des modalités de financement de certaines activités en MIGAC

#### 3.1. Extension du champ de la justification au premier euro (JPE)

Depuis la campagne 2011, les MERRI sont gérées selon une logique de justification au premier euro (JPE). Les montants alloués, mission par mission et établissement par établissement, sont arrêtés nationalement, à l'exception de la dotation MERRI relative au financement des internes.

La campagne 2012 marque une nouvelle étape de l'effort visant à rendre plus lisibles les délégations de crédits dans le cadre de la dotation des MIGAC. La justification au premier euro est une modalité de délégation qui permet d'individualiser le total des dotations déléguées au titre des missions. Ainsi, cette année, les 8 MIG suivantes sont exclues des bases MIGAC et déléguées en JPE :

- les centres de diagnostic préimplantatoire ;
- l'Observatoire national de la fin de vie ;
- les coordinateurs régionaux d'hémovigilance ;
- le Centre national de ressources de la douleur ;
- le Centre national de ressources pour les soins palliatifs ;
- les Centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques ;
- la contribution aux ENCC ;
- les actions de coopération internationale.

#### 3.2. Création de cinq nouvelles MIG

En 2012, cinq nouvelles missions d'intérêt général sont créées pour répondre à des besoins de santé publique ou à des engagements spécifiques des établissements :

- l'effort d'expertise des établissements de santé (MERRI) afin de valoriser la participation des experts aux appels à projets ministériels ;
- la coordination des parcours de soins en cancérologie ;
- les centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson ;
- le transport sanitaire bariatrique ;
- la participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret du 10 mars 1997 qui se substitue, pour partie, à l'ex-DAC 100 de l'AP-HP.

Les dotations de ces cinq nouvelles MIG sont déléguées en JPE.

#### 3.3. Les MERRI

Cette année, deux évolutions principales sont apportées au modèle des MERRI :

Disparition de la part fixe à cinq ans.

La part fixe était en diminution relative ces dernières années et l'ensemble des acteurs a souhaité favoriser les compartiments reflétant mieux l'activité réelle des établissements. Afin de répondre à cette demande, tout en garantissant une visibilité pluriannuelle sur les effets revenus engendrés, il a été décidé de supprimer la part fixe en cinq ans à raison de - 20 % par an (soit 128 M€) du montant 2011 (644 M€). Cette diminution commence dès 2012, ce qui programme la disparition de la part fixe pour 2016. En 2012, l'intégralité des 128 M€ prélevés sur la part fixe est réallouée à la part modulable.

Accès à la part modulable.

En 2011, 79 établissements bénéficiaient de crédits au titre de la part modulable. À partir de 2012, tous les établissements de santé qui participent de façon significative aux missions d'enseignement, de recherche de référence et d'innovation pourront bénéficier de crédits. Afin d'éviter leur dispersion, un seuil minimum de 200 k€, issu de la valorisation des indicateurs *ad hoc*, est exigé en 2012. Cette

année, l'application de ce mécanisme permet à dix nouveaux établissements (neuf centres hospitaliers et un EBNL) et un GCS de bénéficier de crédits au titre de la part modulable. Dans le même temps, deux établissements qui bénéficiaient de crédits sur cette part en 2011, n'en bénéficieront pas en 2012, car leur production se situe en dessous du seuil fixé.

### 3.4. *Transfert de quatre MIG vers le FIR 2012 dont la PDSSES*

La création du fonds d'intervention régional (FIR) au 1<sup>er</sup> mars 2012 entraîne le transfert des dotations de quatre MIG pour abonder ce fonds. Ainsi, 10/12 des montants alloués aux MIG permanence des soins en établissement de santé (PDSSES), centres périnataux de proximité (CPP), centres de diagnostic anonyme et gratuit (CDAG) et actions de prévention et d'éducation thérapeutique (ETP) sont délégués cette année dans le cadre du FIR. Corrélativement, 2/12 des dotations demeurent délégués dans le cadre des MIGAC.

L'annexe VI détaille les modalités de financement en 2012 relatives à la PDSSES.

### 3.5. *Application à la dotation MIGAC d'un coefficient de majoration lié à l'implantation géographique des établissements de santé*

Des travaux ont été menés sur l'opportunité d'étendre l'application de l'équivalent des coefficients géographiques, actuellement imputés aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels dans certaines zones éligibles, aux dotations finançant les missions d'intérêt général.

Les coefficients géographiques sont déjà intégrés dans la modélisation nationale de deux MIG : « prise en charge hospitalière des patients en situation de précarité », « actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie ».

À compter de 2012, le coefficient géographique est également pris en compte dans le calcul des MERRI variables dont l'exercice génère des surcoûts, à partir du moment où ces surcoûts ne sont pas d'ores et déjà pris en compte dans le calibrage initial des dotations effectué à partir des charges. Cela recouvre le champ des MERRI variables modélisées suivantes : centres d'investigation clinique (CIC), centres de recherche clinique (CRC), délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI), centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI), centres de références pour les infections ostéo-articulaires (CIOA), financement des activités de recours exceptionnel.

De même, la dotation de la MIG modélisée « centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD) » est majorée du niveau des coefficients géographiques pour les zones éligibles à compter de 2012.

### 3.6. *Péréquation des MIGAC*

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 et le guide MIG en cours de finalisation formalisent les travaux réalisés.

À 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. De 2009 à 2011, cette politique de redistribution interrégionale a été élargie à une partie des dotations MIG (MIG dites à caractère régional) 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.

Concernant les MIG à caractère régional, les différents mouvements de péréquation réalisés les années précédentes ont permis de réduire les disparités les plus importantes. Ainsi, en 2012, aucune péréquation sur les MIG ne sera mise en œuvre.

Le même phénomène de resserrement des disparités est observé sur les marges de manœuvre AC. Néanmoins, certaines régions restent peu dotées comparativement à la moyenne. Ainsi, les économies de 11,49 M€ à faire porter sur la AC sont réparties au prorata des marges de manœuvre, à l'exclusion des six régions métropolitaines sous-dotées. Les DOM sont également exclus de la péréquation, afin de tenir compte, comme chaque année, de leur spécificité.

### 3.7. *Gestion de la base AC*

Il convient de rappeler que la délégation des crédits finançant les aides à la contractualisation (AC) aux établissements de santé gagne à être gérée sur le principe de « budget base zéro ». L'objectif est une discussion annuelle des allocations historiques afin de tendre vers des allocations plus objectives dans le respect des principes énoncés dans le guide relatif aux délégations finançant les AC (circulaire DGOS/R5 n° 2011/315 du 1<sup>er</sup> août 2011).

Il est donc nécessaire que soit poursuivi l'effort des ARS visant à réduire les bases des établissements. Cette logique n'est pas incompatible avec une stabilité des crédits : tant que l'établissement est éligible à la dotation (*in fine*, tant que l'aide fait l'objet d'une contractualisation motivée), celui-ci continue à percevoir les crédits (le montant peut néanmoins évoluer en fonction de la réalisation de la mission et des contraintes budgétaires).

L'annexe V détaille l'évolution des modalités de financement en MIGAC.

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

### 4.1. *Les soins de suite et de réadaptation (SSR)*

Compte tenu des travaux actuellement menés sur le dispositif cible de financement de la T2A en SSR en concertation avec les professionnels de santé, le modèle « IVA » (indice de valorisation de

l'activité) utilisé pour moduler les ressources des établissements SSR est stabilisé pour 2012. Aussi, l'indice de modulation IVA correspond, dans son modèle, à celui ayant servi à la modulation des ressources des établissements de santé lors des campagnes 2010 et 2011. Seules les données utilisées pour calculer cet indice, sur la composante « activité », sont actualisées.

S'agissant du rythme de modulation, la dynamique engagée en 2011 est poursuivie en maintenant un taux de modulation à hauteur de 5 % de la dotation pour les établissements sous DAF, sur l'intégralité du taux d'évolution moyen des tarifs pour les établissements sous OQN.

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.

#### 4.2. *La psychiatrie et la santé mentale*

La campagne 2012 se caractérise par un taux d'évolution de + 2,07 % dans le secteur sous dotation globale (DAF psychiatrie). Ce taux intègre des mesures nécessaires 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 (cf. annexe II. – Plans et mesures de santé publique).

Afin de financer les mesures organisationnelles (installation des équipements de visioconférence et renforcement des personnels accompagnant le patient à l'audience) prévues par la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, des financements ont été spécifiquement réservés.

Concernant les établissements sous DAF :

- 6,72 M€ sont consacrés à l'installation et la maintenance d'un dispositif de visioconférence. À ce titre, 27 500 € seront versés à chaque établissement assurant cette prise en charge ;
- 10,23 M€ sont affectés à la rémunération du personnel requis à répartir en région au prorata du nombre de journées d'hospitalisation sous contrainte.

En ce qui concerne le secteur OQN, les trois régions (Corse, Île-de-France et Midi-Pyrénées) dans lesquelles se trouvent les quatre établissements accueillant des patients en soins sans consentement ont un taux spécifique intégrant une majoration tarifaire compensant les surcoûts liés à cette réforme (prix de journée de psychiatrie générale augmenté de 2,50 €).

De plus, une somme de 27 500 € au titre du FMESPP est également réservée aux cliniques qui feront l'acquisition de matériel de visioconférence.

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

Le dispositif de convergence appliqué depuis 2010 aux USLD prend en compte les données GMP et PMP 2006 des établissements pour calculer leurs dotations plafonds. En 2011, des coupes ont été réalisées dans les USLD, mais les résultats ne sont pas suffisamment consolidés pour permettre leur utilisation dans le cadre du calcul des dotations théoriques 2012.

Le dispositif de convergence est donc poursuivi cette année sur la base des coupes de 2006 et de la valeur du point 2011. L'arrêté du 8 décembre 2010 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire ayant pour objectif de conduire à la résorption progressive de l'écart entre le tarif afférent aux soins et le tarif plafond des établissements, le taux de convergence de 20 % est appliqué à la liste d'établissements ciblés comme surdotés depuis 2010.

J'attire votre attention sur le fait que les modalités d'application du dispositif de convergence se poursuivent en 2012 sur le même schéma qu'en 2011. Dans un objectif de mise en adéquation de l'offre avec les 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. À cette fin, les crédits issus de la convergence 2012 vous sont réalloués en non-reconductible et devront être utilisés au titre du financement des USLD. Le rythme de convergence des établissements peut être adapté, sous réserve que les établissements s'engagent dans le cadre de leur convention tripartite à augmenter leur capacité ou à mettre en adéquation le niveau de soins médicaux et techniques des patients accueillis avec leur dotation.

En fin d'année, la fixation de la valeur du point 2012 donnera lieu à une révision des montants impactés par la convergence et à une revalorisation de votre dotation régionale.

Par ailleurs, bien que l'étalement de la partition ait eu lieu sur trois ans, les premières tendances des coupes 2011 font apparaître un taux de patients SMTI proche de la moitié des patients présents dans les USLD. Il importe de mettre à profit cette année de moratoire financier pour encourager fortement les établissements dont le taux de SMTI est inférieur à 50 % à mettre en œuvre la réforme des USLD engagée en 2008 en augmentant leur taux de patients « SMTI ». Cette année moratoire doit servir à l'ouverture de la réflexion sur les décrets d'autorisation de l'activité de soins de longue durée et sur l'évolution du modèle de financement des USLD.

### 5. **Plan hôpital 2012 : débasage à la suite des revues de projets d'investissement 2011**

Comme annoncé dans les précédentes circulaires, les débasages des crédits AC et DAF font suite aux revues de projets d'investissement régionales réalisées au cours du premier semestre 2011 dans l'objectif d'adapter les délégations de crédits au regard de l'avancement réel des projets d'investissement.

Les décisions de débasage ont été notifiées aux ARS par courrier ministériel en date du 12 janvier 2012. La présente circulaire intègre donc ces débasages. Les restitutions des crédits seront en principe effectuées lors du deuxième semestre 2012. Enfin, compte tenu des enjeux liés au respect de l'ONDAM, le suivi de la campagne 2012 doit faire 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, la concertation régionale organisée avec les fédérations représentatives des établissements de santé sont 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,*  
XAVIER BERTRAND



ANNEXE I.1

CAMPAGNE 2012 – MIGAC

Les montants sont en milliers d'euros

Régions	BASE 2012	actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie (MIG JPE)	Création postes assistants spécialistes partagés (AC)	Plan hôpital 2012 (débasage suite à la MIG CDAG vers le RPI 2011) (AC)	Transfert de la MIG CDAG vers le FIR	Transfert de la MIG CPP vers le FIR	Transfert de la MIG ETP vers le FIR	Redéploiement interrégional AC (AC) (R)	La participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret du 10 mars 1997 (AC R)	Centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques (MIG R)	Centre national de ressources pour les soins palliatifs (MIG R)	Centre national de la douleur (MIG R)
Alsace	106 037,47			-571,24	-1 450,15		-868,57	-674,60				
Aquitaine	169 883,93			-279,58	-273,96		-2 193,08	0,00				
Auvergne	82 551,99		-8,31	-246,89	-886,57		-1 475,06	-444,23				
Bourgogne	95 316,62			-475,23	-726,67		-1 452,87	-579,29				
Bretagne	160 688,20		-35,23	-669,95	-1 700,93		-2 063,81	-903,18				
Centre	146 861,64			-640,30	-2 212,47		-1 429,77	-663,79				
Champagne-Ardenne	95 598,91		-743,11	-696,86	-78,49		-2 220,45	-508,34				
Corse	23 306,54		-156,94	-94,24	0,00		-16,67	-151,28				
Franche-Comté	65 400,45			-69,81	-273,40		-2 059,59	-370,43				
Ile-de-France	718 948,74		-193,48	-3 526,02	0,00		-21 110,40	0,00	-56 000,00		-750,00	-456,78
Languedoc-Roussillon	116 319,45			-423,94	-269,50		-2 040,91	0,00				
Limousin	53 335,97			-330,32	0,00		-935,22	0,00				
Lorraine	127 858,17			-581,22	-749,85		-1 892,17	-923,80				
Midi-Pyrénées	193 963,96		-925,22	-1 092,72	-1 566,44		-2 414,86	-839,58		-382,64		
Nord-Pas-de-Calais	213 985,11		-23,27	-400,95	0,00		-5 016,60	0,00				
Basse-Normandie	88 444,35		-44,95	-452,20	-1 148,71		-1 193,98	-489,89				
Haute-Normandie	111 837,64			-410,08	-1 125,53		-2 853,79	-549,87				
Pays-de-la-Loire	161 803,05	183,04		-1 893,37	-262,50		-1 613,00	-912,79				
Picardie	116 037,71	-183,04		-628,20	-466,10		-4 080,05	-706,39				
Poitou-Charentes	99 122,62		-25,54	-1 232,82	-806,05		-2 086,95	-531,46				
Provence-Alpes-Côte d'Azur	264 502,23			-1 517,05	0,00		-4 338,42	0,00				
Rhône-Alpes	322 761,84			-1 506,61	-3 382,37		-2 973,39	-2 245,49		-1 770,00		
France métropolitaine	3 534 566,61	0,00	-2 296,24	-17 759,58	-17 379,70		-66 329,59	-11 494,41	-56 000,00	-2 152,64	-750,00	-456,78
Guadeloupe	38 858,94			-228,27	0,00		-200,00					
Guyane	46 633,60			-703,61	0,00		-276,47					
Martinique	46 713,40		-109,96	-75,00	0,00		-762,27					
Océan Indien	68 179,68			-619,96	-181,72		-1 170,49					
DOM	200 385,62	0,00	-109,96	-1 626,85	-181,72		-2 409,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total dotations régionales	3 734 952,23	0,00	-2 406,20	-19 386,43	-17 561,42		-68 738,82	-11 494,41	-56 000,00	-2 152,64	-750,00	-456,78

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance (MIG R)	Centres de diagnostic préimplantatoire (MIG R)	Observatoire national de la fin de vie (MIG R)	dotations régionales après transferts et fongibilité	Mesures de reconduction (MIG) R	La participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret du 10 mars 1997 (MIG JPE)	Centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques (MIG JPE)	Centre national de ressources pour les soins palliatifs (MIG JPE)	Centre national de la douleur (MIG JPE)	Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance (MIG JPE)	Observatoire national de la fin de vie (MIG JPE)	Compensation réforme AME 2012 (AC) (NR)
Alsace	-200,97	-750,31		101 521,62	1 395,82					202,22		315,56
Aquitaine	-251,64			166 877,36	2 350,71					253,20		555,04
Auvergne	-242,42			79 256,82	1 161,02					243,93		45,06
Bourgogne	-73,62			92 008,94	1 212,84					74,08		42,55
Bretagne	-354,00			154 961,11	2 114,39					356,20		108,81
Centre	-411,82			141 503,49	1 692,34					414,38		477,44
Champagne-Ardenne	-186,94			91 164,73	1 068,14					188,10		68,93
Corse	-75,41			22 812,01	352,65					75,88		192,03
Franche-Comté	-213,89			62 413,33	849,27					215,22		119,12
Ile-de-France	-983,51	-871,25	-450,00	634 607,30	11 716,88	56 200,00		760,63	463,25	989,62	456,38	15 965,61
Languedoc-Roussillon	-160,05	-1 111,25		112 313,81	1 922,32					161,04		822,54
Limousin	-125,23			51 945,21	676,11					126,01		0,00
Lorraine	-176,42			122 609,49	1 697,94					177,51		349,51
Midi-Pyrénées	-271,34			187 396,38	2 209,35		390,04			272,91		603,37
Nord-Pas-de-Calais	-269,34			208 274,96	2 927,08					271,01		53,97
Basse-Normandie				85 114,62	1 201,89							0,00
Haute-Normandie	-168,52			106 729,86	1 408,85					169,59		0,00
Pays-de-la-Loire	-158,52			157 146,11	2 126,81					159,30		332,57
Picardie	-126,17			109 707,59	1 382,86					126,95		215,51
Poitou-Charentes	-173,93			94 245,88	1 276,55					175,01		132,74
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-141,19			258 505,56	3 988,09					142,07		2 827,34
Rhône-Alpes	-157,60			310 726,39	4 610,96		2 325,08			158,58		1 703,34
France métropolitaine	-4 922,30	-2 732,81	-450,00	3 351 842,55	49 342,86	56 200,00	2 715,12	760,63	463,25	4 952,81	456,38	24 931,04
Guadeloupe	-151,64			38 163,83	290,02					152,59		340,10
Guyane				45 653,52	603,35							3 876,43
Martinique	-247,79			45 633,58	274,50					249,33		255,17
Océan Indien	-240,43			65 967,08	644,38					241,93		597,26
DOM	-639,87	0,00	0,00	195 418,00	1 812,25	0,00	0,00	0,00	0,00	643,84	0,00	5 068,96
Total dotations régionales	-5 562,16	-2 732,81	-450,00	3 547 260,56	51 155,11	56 200,00	2 715,12	760,63	463,25	5 596,66	456,38	30 000,00

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Précarité (MIG JPE)	Soutien aux établissements privés ex-DG (AC) (NR)	MIG CDAG (2/12e JPE)	MIG CPP (2/12e JPE)	MIG éducation thérapeutique (2/12e JPE)	recrutement d'apprentis préparateurs en pharmacie hospitalière (AC) (NR)	Consultants (AC) (NR)	Intégration pharmaciens dans corps HU (AC) (R)	Création postes assistants spécialistes partagés (AC) (NR)	PADHUE (AC) (NR)	actions de qualité transversale des pratiques de soins en oncologie (MIG JPE)	Plan cancer (coordination des parcours de soins en oncologie) (MIG NR)
Alsace	893,49	1 562,92	95,21	241,69	155,29	66,00			80,64		2 435,53	35,00
Aquitaine	3 973,02	1 430,33	46,60	45,66	383,73	30,00			241,92		3 996,50	70,00
Auvergne	956,23	74,62	41,15	147,76	253,54	18,00			766,08		1 828,37	70,00
Bourgogne	713,54	864,72	79,21	121,11	251,54	54,00			927,36		1 938,82	
Bretagne	0,00	1 501,60	111,66	283,49	362,02	54,00			645,12		3 481,75	35,00
Centre	2 756,88	39,42	106,72	368,75	252,81	60,00			967,68		2 527,13	35,00
Champagne-Ardenne	3 875,05	218,85	116,14	13,08	377,74	30,00	138,00		1 008,00		1 482,77	
Corse	366,54	0,00	15,71	0,00	4,52	6,00					316,42	
Franche-Comté	1 184,38	0,00	11,64	45,57	349,94	18,00		20,80	887,04		1 317,20	
Ile-de-France	36 115,16	13 342,92	587,67	0,00	3 631,07	228,00		20,80		178,12	16 361,25	280,00
Languedoc-Roussillon	7 671,66	735,17	70,66	44,92	354,95	36,00			120,96		3 201,84	35,00
Limousin	1 226,45	214,96	55,05	0,00	160,12	0,00	207,00		282,24		1 155,76	35,00
Lorraine	2 096,88	5 744,26	96,87	124,98	328,81	78,00			161,28		2 682,10	70,00
Midi-Pyrénées	5 871,26	760,84	182,12	261,07	418,75	36,00			322,56		3 220,70	
Nord-Pas-de-Calais	18 291,49	3 798,04	66,82	0,00	859,17	96,00		20,80	2 580,48		3 925,98	105,00
Basse-Normandie	2 658,94	485,97	75,37	191,45	207,41	0,00			927,36		1 899,75	70,00
Haute-Normandie	4 319,84	211,47	68,35	187,59	486,10	30,00			1 088,64		1 879,91	35,00
Pays-de-la-Loire	4 423,85	1 169,17	315,56	43,75	288,96	24,00			1 128,96		4 310,17	105,00
Picardie	4 991,71	333,39	104,70	77,68	690,94	30,00			1 209,60		1 507,14	
Poitou-Charentes	2 326,99	21,57	208,80	134,34	357,87	18,00			766,08		2 086,05	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	14 712,21	3 900,52	252,84	0,00	751,06	126,00			483,84		6 556,35	70,00
Rhône-Alpes	5 523,26	3 351,71	251,10	563,73	530,63	120,00			362,88		7 470,07	175,00
France métropolitaine	124 948,81	39 762,45	2 959,92	2 896,61	11 456,95	1 158,00	345,00	62,40	15 603,84	178,12	75 581,56	1 225,00
Guadeloupe	4 383,31	0,00	38,05	0,00	48,14	24,00			193,54		307,75	
Guyane	3 658,02	237,55	117,27	0,00	59,84	0,00					62,32	
Martinique	5 996,45	0,00	12,50	0,00	141,83	12,00					542,48	
Océan Indien	11 013,41	0,00	103,33	30,29	199,71	0,00			508,03		760,35	
DOM	25 051,19	237,55	271,14	30,29	449,51	36,00	0,00	0,00	701,57	0,00	1 672,89	0,00
Total dotations régionales	150 000,00	40 000,00	3 231,06	2 926,90	11 906,46	1 194,000	345,000	62,400	16 305,408	178,120	77 254,455	1 225,000

Les montants sont en milliers d'euros

Régions	Plan cancer (oncologie pédiatrique) (MIG R)	Plan cancer (Surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité) (MIG R)	Securité et qualité des soins (CREX) (AC NR)	Programme national de développement des soins palliatifs (assistants spécialisés) (AC NR)	Programme national de développement des soins palliatifs (EMSP) (MIG R)	Prise en charge des détenus (UCSA) (MIG R)	Prise en charge des détenus (renforcement du dépistage VIH et hépatites) (MIG R)	Prise en charge des détenus (Système d'informations) (MIG R)	Programme "maisons des adolescents" Tranche 2012 (MIG R)	Plan AVC (coordination de la filière AVC) (AC R)
Alsace	168,70	35,55	95,00	85,00	460,00	50,00	39,00	50,00	156,00	165,00
Aquitaine		52,52	212,00	85,00	480,00	150,00	73,00	150,00		110,00
Auvergne		37,79	85,00	42,50	440,00	250,00	23,00	250,00		55,00
Bourgogne		29,14	131,00		340,00	150,00	36,00	150,00		55,00
Bretagne		57,96	192,00	85,00	550,00		45,00			275,00
Centre		68,85	144,00		440,00		46,00	300,00	156,00	220,00
Champagne-Ardenne		49,64	102,00		440,00		40,00			55,00
Corse		41,31	27,00		0,00		14,00	100,00		0,00
Franche-Comté		346,82	71,00	85,00	425,00	50,00	19,00	50,00	156,00	55,00
Ile-de-France	455,73	81,02	524,00	255,00	450,00		291,00			770,00
Languedoc-Roussillon		25,94	157,00		460,00	57,00	68,00	50,00		220,00
Limousin		44,83	171,00		480,00	17,00	17,00	150,00		55,00
Lorraine		72,69	178,00	42,50	415,00		78,00	200,00		110,00
Midi-Pyrénées		108,56	204,00	212,50	450,00		57,00	50,00		220,00
Nord-Pas-de-Calais		33,30	110,00	42,50	250,00	293,03	122,00	50,00		385,00
Basse-Normandie		58,92	107,00	42,50	550,00		36,00	150,00		110,00
Haute-Normandie		94,79	204,00	85,00	450,00	480,00	50,00	150,00		55,00
Pays-de-la-Loire		15,69	110,00	42,50	440,00		39,00	100,00		220,00
Picardie		127,13	88,00	85,00	470,00		50,00	150,00		55,00
Poitou-Charentes		116,57	321,00	127,50	425,00		182,00	100,00		110,00
Provence-Alpes-Côte d'Azur		1 499,04	382,00	255,00	460,00		120,00	150,00		220,00
Rhône-Alpes	321,04									
France métropolitaine	1 289,84	1 572,50	3 672,00	1 572,50	9 290,00	830,03	1 488,00	2 350,00	312,00	3 630,00
Guadeloupe		0,96	31,00				18,00			55,00
Guyane			13,00				15,00			0,00
Martinique			24,00				14,00			55,00
Océan Indien			35,00				36,00			110,00
DOM	0,00	0,96	103,00	0,00	0,00	0,00	83,00	0,00	0,00	220,00
Total dotations régionales	1 289,84	1 500,00	3 775,00	1 572,50	9 290,00	830,03	1 571,00	2 350,00	312,00	3 850,00

Les montants sont en milliers d'euros

Régions	Plan Parkinson (centres interrégionaux de coordination pour la prise en charge des patients atteints de la maladie de parkinson) (MIG R)	Plan Parkinson (surcôté lié à la prise en charge des patients atteints de la maladie de parkinson) (MIG R)	Plan Parkinson (AC NR)	Plan obésité (initiation et mise en œuvre d'une démarche de coordination et de partenariat pour les centres spécialisés et intégrés pour la prise en charge de l'obésité sévère) (AC R)	Plan addictologie (consultations et équipes de liaison) (MIG R)	Jeux en ligne (MIG R)	Actions de coopération internationale (MIG JPE)	La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les ENC MCO (MIG JPE)	La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les ENC HAD (MIG JPE)	CSERD (MIG JPE)	PDSEs (2/12e) (MIG NR)
Alsace	100,00	100,00	100,00	70,00	46,51	49,67	25,00	239,68	169,24	169,24	4 319,90
Aquitaine	100,00	100,00	100,00	140,00	120,66	90,14	27,00	177,37	-16,46	150,70	5 633,41
Auvergne	100,00	100,00	100,00	70,00	33,84	36,14		64,69	4,92	74,08	2 489,78
Bourgogne	100,00	100,00	100,00	70,00	41,32	44,12	12,00	62,55			3 322,46
Bretagne	100,00	100,00	100,00	70,00	79,91	85,34		110,11		141,19	6 090,86
Centre				140,00	63,95	68,29	24,00	49,02	2,03		4 263,86
Champagne-Ardenne				70,00	33,65	35,94		0,00		197,67	2 537,68
Corse				0,00	7,73	8,25					425,63
Franche-Comté				100,00	29,44	31,44	12,00	50,08			2 271,91
Ile-de-France	100,00	200,00	200,00	280,00	295,42	315,48	35,00	595,12	59,42	499,69	22 495,03
Languedoc-Roussillon	100,00	100,00	100,00	70,00	65,69	70,15	12,00	348,21		84,83	3 903,26
Limousin	100,00	100,00	100,00	70,00	18,72	19,99	12,00	156,39			1 698,73
Lorraine	100,00	100,00	100,00	140,00	59,15	63,16	10,00	159,11		68,86	5 052,11
Midi-Pyrénées	100,00	100,00	100,00	70,00	72,18	77,08	10,00	157,04		72,20	4 380,49
Nord-Pas-de-Calais	100,00	100,00	100,00	210,00	101,38	108,26	37,00	274,05	-14,91	166,06	7 878,93
Basse-Normandie	100,00	100,00	100,00	70,00	37,04	19,56	30,00	30,00			3 111,52
Haute-Normandie	100,00	100,00	100,00	70,00	46,08	49,21	22,00	133,02	2,99		2 929,08
Pays-de-la-Loire	100,00	100,00	100,00	140,00	89,11	95,16	20,00	321,38	6,01	91,96	5 635,73
Picardie	100,00	100,00	100,00	70,00	48,11	51,38	12,00	116,84	2,59		3 434,98
Poitou-Charentes	100,00	100,00	100,00	70,00	44,42	47,43	12,00	180,60	5,34		3 209,05
Provence-Alpes-Côte d'Azur	100,00	300,00	300,00	140,00	123,86	132,27	37,00	183,25	-24,00	171,03	8 946,98
Rhône-Alpes	100,00	200,00	200,00	140,00	155,27	165,82	114,00	337,30	-14,02	236,83	10 833,11
France métropolitaine	700,00	2 400,00	2 400,00	2 240,00	1 613,43	1 664,27	463,00	3 715,80	13,91	2 124,33	114 864,48
Guadeloupe				70,00	10,16	10,85			-16,49		657,35
Guyane				0,00	5,69	6,07					353,76
Martinique				70,00	10,04	10,72					947,19
Océan Indien				70,00	20,68	22,09		30,29			1 401,36
DOM	0,00	0,00	0,00	210,00	46,57	49,73	0,00	30,29	-16,49	0,00	3 359,65
Total dotations régionales	700,00	2 400,00	2 400,00	2 450,00	1 660,00	1 714,00	463,00	3 746,09	-2,59	2 124,33	118 224,13

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Les montants sont en milliers d'euros

Régions	Part fixe MERRI	Part modulable des MERRI	Soutien exceptionnel à l'enseignement, la recherche, la référence et à l'innovation (MERRI JPE)	CIC Les centres de recherche clinique (MERRI JPE)	CRC Les centres de recherche clinique (MERRI JPE)	DRCI Délégation à la Recherche clinique et à l'innovation (MERRI JPE)	Centres de ressources biologiques et tumorothèques (MERRI JPE)	PHRCN programmes hospitaliers de recherche clinique nationale (MERRI JPE)	PHRCK (programmes hospitaliers de recherche clinique en cancérologie) (MERRI JPE)	PHRCI (programme de recherche clinique inter-régional) (MERRI JPE)	PRT (Programme de recherche translationnelle) (MERRI JPE)	PRTK Programme de recherche translationnelle en cancérologie (MERRI JPE)	PREPS recherche sur la performance du système de soins (MERRI JPE)
Alsace	16 692,21	33 857,50	40,00	500,00	0,00	1 492,50	260,58	511,00	234,60	167,68	44,00	0,00	0,00
Aquitaine	19 172,67	54 656,98	40,00	1 500,00	500,00	3 193,84	962,14	640,00	564,80	87,75	0,00	0,00	74,50
Auvergne	10 713,14	23 029,67	0,00	500,00	0,00	1 863,73	206,63	196,00	0,00	82,00	0,00	0,00	0,00
Bourgogne	9 578,98	22 236,44	40,00	1 000,00	500,00	1 638,72	531,17	230,00	749,60	63,09	44,00	0,00	0,00
Bretagne	18 625,02	40 985,00	0,00	1 500,00	488,01	2 456,45	1 182,01	506,00	0,00	141,00	0,00	0,00	66,00
Centre	14 309,94	22 186,38	40,00	1 000,00	0,00	1 342,69	370,51	351,00	103,57	0,00	44,00	0,00	0,00
Champagne-Ardenne	8 827,53	15 534,73	0,00	0,00	500,00	324,33	433,54	170,00	0,00	31,58	0,00	0,00	0,00
Corse	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Franche-Comté	6 917,07	15 303,96	0,00	1 000,00	0,00	1 124,55	197,33	179,00	175,40	162,95	0,00	0,00	0,00
Ile-de-France	136 927,99	388 566,34	1 024,68	10 165,00	4 387,00	26 092,40	8 078,89	4 972,00	3 745,12	1 178,00	289,00	265,16	358,50
Langues-Roussillon	23 109,74	47 801,01	40,00	500,00	500,00	2 926,68	242,45	405,00	133,20	170,00	44,00	119,69	0,00
Limousin	8 073,12	12 768,84	40,00	500,00	258,00	932,91	279,35	0,00	39,40	144,50	88,00	0,00	0,00
Lorraine	18 887,43	31 347,14	0,00	1 500,00	1 000,00	1 492,51	948,18	326,00	463,60	63,00	0,00	0,00	0,00
Midi-Pyrénées	20 660,99	41 169,12	40,00	1 000,00	0,00	2 704,46	551,49	354,00	180,00	129,50	88,00	51,00	38,00
Nord-Pas-de-Calais	26 090,69	58 693,90	40,00	1 000,00	500,00	3 818,78	832,17	871,00	748,70	152,25	0,00	0,00	0,00
Basse-Normandie	9 700,33	17 601,24	40,00	0,00	500,00	1 739,79	960,50	418,00	169,20	183,00	0,00	0,00	0,00
Haute-Normandie	13 061,61	21 840,93	40,00	500,00	0,00	1 475,52	674,23	423,00	286,40	51,00	0,00	0,00	0,00
Pays-de-la-Loire	22 923,39	55 165,56	80,00	1 000,00	2 380,00	4 673,11	3 168,47	543,00	1 295,10	369,00	44,00	0,00	26,00
Picardie	10 721,29	13 929,72	40,00	0,00	0,00	810,95	660,02	116,00	0,00	48,00	0,00	0,00	0,00
Poitou-Charentes	7 263,35	15 009,50	40,00	500,00	0,00	899,99	77,33	0,00	91,80	0,00	0,00	0,00	0,00
Provence-Alpes-Côte d'Azur	39 970,15	82 194,80	280,00	1 000,00	1 400,00	4 077,98	1 580,78	1 177,00	704,80	351,00	0,00	208,50	0,00
Rhône-Alpes	52 292,93	113 220,37	1 429,36	2 000,00	1 751,10	7 831,84	1 676,07	1 307,00	459,00	448,45	44,00	84,90	385,50
France métropolitaine	494 510,55	1 127 099,13	3 294,04	26 665,00	14 664,11	72 911,73	23 873,85	13 695,00	10 144,29	4 023,74	729,00	729,24	948,50
Guadeloupe	2 828,88	1 328,79	0,00	210,00	0,00	378,00	0,00	0,00	0,00	41,25	0,00	0,00	0,00
Guyane	0,00	527,67	0,00	210,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Martinique	3 019,21	1 536,53	0,00	210,00	0,00	378,00	0,87	0,00	0,00	68,75	0,00	0,00	44,00
Océan Indien	5 408,92	2 891,57	0,00	655,00	0,00	393,00	35,21	65,00	0,00	28,50	0,00	0,00	0,00
DONI	11 257,01	6 284,56	0,00	1 285,00	0,00	1 149,00	36,09	65,00	0,00	138,50	0,00	0,00	44,00
Total dotations régionales	505 767,56	1 133 383,69	3 294,037	27 950,00	14 664,11	74 060,73	23 909,93	13 760,00	10 144,29	4 162,24	729,00	729,24	992,50

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

les montants sont en milliers d'euros

Régions	PHRIP (Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale) (MERRI JPE)	CHRT (contrats de recherche translationnelle) (MERRI JPE)	PSTIC (programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses ou non) (MERRI JPE)	STICK (programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses ou non en oncologie) (MERRI JPE)	L'emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins prévu dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer (MERRI JPE)	Stage de résident de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer (MERRI JPE)	Financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et odontologie (MERRI JPE)	Centres de mémoire de recherche (MERRI JPE)	Centres de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (MERRI JPE)	Centres de références pour les troubles spécifiques du langage (MERRI JPE)	Centres de références pour la prise en charge des maladies rares (MERRI JPE)	Centres de référence sur l'hémophilie (MERRI JPE)
Alsace	24,00	69,00	0,00	0,00	194,38	308,95	12 727,92	776,13	443,98	121,38	1 440,93	0,00
Aquitaine	58,00	115,00	0,00	0,00	368,86	206,59	18 521,30	363,64	748,16	207,04	1 837,46	331,65
Auvergne	0,00	23,00	0,00	0,00	150,76	172,54	8 800,39	353,95	220,60	481,88	1 465,98	0,00
Bourgogne	0,00	46,00	0,00	0,00	152,04	83,05	8 931,33	743,31	348,33	202,94	233,31	0,00
Bretagne	4,60	115,00	0,00	0,00	174,49	356,41	17 529,00	279,12	892,76	116,38	1 718,01	280,01
Centre	0,00	23,00	0,00	0,00	214,27	172,74	8 783,86	245,28	543,61	330,97	0,00	0,00
Champagne-Ardenne	0,00	0,00	0,00	0,00	89,80	63,68	8 621,50	485,33	47,98	330,29	526,75	220,88
Corse	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Franche-Comté	0,00	23,00	0,00	0,00	152,04	35,69	7 922,66	419,87	229,47	174,56	0,00	230,46
Ile-de-France	328,90	2 116,00	0,00	230,75	1 530,60	916,53	59 965,62	1 095,32	4 837,58	2 886,97	77 785,04	272,62
Languedoc-Roussillon	50,50	161,00	0,00	47,25	284,18	380,84	14 652,16	396,85	736,47	370,74	1 292,02	199,35
Limousin	41,50	0,00	0,00	0,00	129,58	34,00	4 341,73	407,08	0,00	162,37	603,84	80,56
Lorraine	0,00	69,00	0,00	0,00	239,28	156,38	12 759,94	415,81	401,53	385,38	621,80	395,53
Mid-Pyrénées	15,40	115,00	0,00	0,00	284,18	122,27	14 518,05	547,50	772,45	925,04	2 466,63	336,63
Nord-Pas-de-Calais	19,20	115,00	0,00	0,00	259,17	203,00	25 467,81	1 372,86	605,46	401,51	3 265,13	433,63
Basse-Normandie	0,00	23,00	0,00	0,00	89,80	109,43	8 999,93	394,34	450,48	279,30	0,00	0,00
Haute-Normandie	0,00	0,00	0,00	0,00	152,40	103,00	10 938,78	436,09	554,34	220,55	562,84	238,91
Pays-de-la-Loire	57,00	184,00	522,80	0,00	459,95	344,00	19 338,15	394,51	760,98	137,96	2 545,47	20,82
Picardie	0,00	23,00	0,00	0,00	109,98	33,42	9 188,42	611,52	261,18	262,11	0,00	132,77
Poitou-Charentes	0,00	0,00	0,00	0,00	109,69	92,00	9 090,54	269,44	0,00	0,00	0,00	0,00
Provence-Alpes-Côte d'Azur	53,30	437,00	0,00	0,00	503,57	290,59	25 054,10	1 333,37	2 069,94	535,73	5 822,43	0,00
Rhône-Alpes	81,70	644,00	0,00	722,00	739,01	298,26	34 368,05	1 166,56	1 143,72	1 182,90	7 447,16	123,93
France métropolitaine	734,10	4 301,00	522,80	1 000,00	6 388,01	4 463,36	340 521,25	12 507,88	16 069,02	9 716,00	109 634,79	3 297,76
Guadeloupe	0,00	0,00	0,00	0,00	57,46	0,00	2 352,84	0,00	677,39	0,00	1 183,36	0,00
Guyane	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	918,18	0,00	1 114,11	0,00	0,00	0,00
Martinique	0,00	0,00	400,00	0,00	57,46	0,00	2 467,61	0,00	852,31	0,00	1 072,81	0,00
Océan Indien	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4 842,69	0,00	274,61	0,00	891,41	0,02
DOM	0,00	0,00	400,00	0,00	114,93	0,00	10 581,31	0,00	2 918,42	0,00	3 147,58	0,02
Total dotations régionales	734,10	4 301,00	922,80	1 000,00	6 502,94	4 463,36	351 102,56	12 507,88	18 987,44	9 716,00	112 782,37	3 297,775

Les montants sont en milliers d'euros

Régions	Centres de compétences sur la mucoviscidose amyotrophique (MERRI JPE)	Centres de référence sur la séreuse latérale (MERRI JPE)	Centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson (MERRI JPE)	Centres de ressources sur les maladies professionnelles (MERRI JPE)	Services experts de lutte contre les hépatites virales (MERRI JPE)	Centres de diagnostic pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (MERRI JPE)	Centres de diagnostic préimplantatoire (MERRI JPE)	Centres de référence pour les infections ostéo-articulaires (MERRI JPE)	Laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique (MERRI JPE)	Centres de référence de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle (MERRI JPE)	Actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocytologie non pathologique non inscrits sur la liste prévue à l'article L.162-1-7 CSS (MERRI JPE)
Alsace	415,87	0,00	0,00	0,00	0,00	377,68	880,31	0,00	1 659,95	0,00	8 287,13
Aquitaine	488,43	455,83	77,04	437,49	0,00	833,46	0,00	0,00	3 505,12	0,00	8 410,39
Auvergne	0,00	133,62	26,49	336,35	0,00	187,86	0,00	0,00	3 479,45	0,00	3 492,87
Bourgogne	489,30	199,49	92,57	148,92	0,00	288,82	0,00	0,00	1 453,55	0,00	2 432,15
Bretagne	1 589,53	0,00	193,47	298,05	0,00	505,31	0,00	149,59	7 481,74	0,00	9 981,23
Centre	239,07	0,00	0,00	206,75	0,00	479,56	0,00	149,59	1 250,04	0,00	3 336,42
Champagne-Ardenne	220,22	0,00	28,11	188,56	0,00	225,70	0,00	149,59	1 943,22	0,00	4 101,24
Corse	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Franche-Comté	375,24	19,97	36,94	112,94	55,78	417,43	0,00	0,00	425,16	0,00	2 639,58
Ile-de-France	766,95	0,00	415,45	1 704,00	0,00	2 382,61	941,93	320,12	48 216,23	0,00	109 751,12
Languedoc-Roussillon	651,56	699,90	251,65	127,50	0,00	649,00	1 122,80	0,00	6 690,79	0,00	3 603,05
Limousin	209,02	197,21	52,08	16,42	532,02	166,77	0,00	0,00	1 277,36	0,00	3 575,78
Lorraine	1 014,17	192,69	112,61	425,95	507,47	312,47	0,00	0,00	3 702,26	0,00	6 636,80
Midi-Pyrénées	1 891,12	886,82	52,77	606,38	324,57	388,22	0,00	149,59	1 589,17	0,00	8 434,46
Nord-Pas-de-Calais	1 313,73	265,06	250,66	1 192,84	356,32	729,25	0,00	149,59	10 338,54	0,00	10 995,32
Basse-Normandie	508,30	0,00	144,54	394,03	0,00	0,00	0,00	0,00	2 172,83	0,00	3 659,07
Haute-Normandie	632,43	0,00	221,25	294,96	0,00	319,65	0,00	0,00	3 554,49	0,00	2 805,65
Pays-de-la-Loire	689,63	0,00	6,92	372,68	0,00	624,72	879,05	0,00	4 559,33	0,00	7 750,98
Picardie	247,02	0,00	167,92	52,71	0,00	167,92	0,00	0,00	1 404,93	0,00	2 800,47
Poitou-Charentes	319,60	0,00	0,00	0,00	0,00	214,90	0,00	0,00	1 357,95	222,72	4 475,48
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,00	0,00	25,30	439,82	0,00	1 557,09	0,00	149,59	6 502,83	0,00	26 517,75
Rhône-Alpes	618,84	18,87	26,39	378,67	0,00	1 041,45	0,00	149,59	11 808,74	186,91	13 351,60
France métropolitaine	12 680,02	3 069,46	2 182,15	7 735,04	1 971,62	11 897,36	3 824,09	1 367,25	124 373,70	409,63	247 038,54
Guadeloupe	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,36	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00
Guyane	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	861,27
Martinique	0,00	0,00	0,00	0,00	357,31	114,58	0,00	0,00	112,59	0,00	8,50
Océan Indien	500,54	0,00	12,36	0,00	0,00	677,15	0,00	0,00	1 506,31	0,00	1 534,65
DOM	500,54	0,00	12,36	0,00	357,31	677,15	0,00	0,00	1 506,31	0,00	2 404,42
Total dotations régionales	13 180,56	3 069,46	2 194,52	7 735,04	2 328,93	12 569,448	3 824,09	1 367,25	125 992,75	409,63	249 442,961



les montants sont en milliers d'euros

Régions	Mise en place d'ANTARES dans les SAMU (AC.NR)	Mesures ponctuelles (R)	Mesures ponctuelles (NR)	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 16 mars 2012
Alsace				95 056,61	196 578,24
Aquitaine				139 588,85	306 466,21
Auvergne		11,44		65 338,81	144 595,62
Bourgogne				63 130,46	155 139,39
Bretagne				124 530,61	279 491,72
Centre				71 407,78	212 911,27
Champagne-Ardenne				55 506,41	146 671,14
Corse			3 005,37	4 917,72	27 729,72
Franche-Comté			1 062,00	47 878,39	110 291,72
Ile-de-France		-192,33	67,43	1 088 299,69	1 722 906,99
Languedoc-Roussillon				129 274,59	241 588,40
Limousin	5 300,00		3,53	47 254,45	99 199,66
Lorraine				104 656,30	227 265,79
Midi-Pyrénées		4 000,00		125 916,01	313 312,39
Nord-Pas-de-Calais		40,18		194 159,82	402 434,78
Basse-Normandie				60 648,19	145 762,81
Haute-Normandie				73 544,15	180 274,00
Pays-de-la-Loire				154 096,80	311 242,91
Picardie				57 301,38	167 008,97
Poitou-Charentes				52 098,09	146 343,98
Provence-Alpes-Côte d'Azur				249 550,77	508 056,33
Rhône-Alpes			180,00	300 048,13	610 774,52
France métropolitaine	5 300,00	3 859,29	4 318,33	3 304 204,02	6 656 046,57
Guadeloupe				15 752,75	53 916,58
Guyane				12 639,51	58 293,03
Martinique			20 000,00	39 315,76	84 949,34
Océan Indien				35 341,05	101 308,14
DOM	0,00	0,00	20 000,00	103 049,07	298 467,07
Total dotations régionales	5 300,000	3 859,29	24 318,33	3 407 253,09	6 954 513,65

ANNEXE I.2  
CAMPAGNE 2012 – DAF

les montants sont en milliers d'euros

Régions	BASF 2012	Plan hôpital 2012 (débasage suite à la RPI 2011)	Base 2012 après transferts et fongibilité	Mesures de reconduction R	Accompagnement développement d'activité R	Effort d'économies R	Prise en charge des détenus (UCSA) R	Prise en charge des détenus (UUSA exploitation) NR	Prise en charge des détenus (offre de soins graduée) R	Loi sans consentement (matériel) R	Loi sans consentement (personnels d'accompagnement à l'audience) R
Alsace	426.331,92	-179,88	-426.152,05	-4.587,58	5.294,38	-2.668,67		237,00	215,52	165,25	215,52
Aquitaine	674.878,98	-123,45	674.755,53	7.262,09	8.380,94	-4.224,48			275,42	709,91	709,91
Auvergne	350.353,11		350.353,11	3.770,00	4.350,84	-2.193,07			302,97	245,56	245,56
Bretagne	321.743,66	-378,91	321.364,75	3.462,17	3.995,38	-2.014,00		138,00	192,80	197,77	197,77
Bretagne	833.440,41	-201,50	833.238,91	8.968,30	10.350,03	-5.217,01		2.275,00	338,05	638,72	638,72
Centre	473.004,40	-152,05	472.852,36	5.089,80	5.873,97	-2.800,82		2.275,00	330,51	283,55	283,55
Champagne-Ardenne	261.102,89		261.102,89	2.809,62	3.212,49	-1.634,40		158,00	137,71	169,84	169,84
Corse	63.738,85		63.738,85	685,87	791,54	-398,98		79,00	27,54	71,13	71,13
France-Cumté	276.111,82		276.111,82	2.971,12	3.428,88	-1.728,35			165,25	159,73	159,73
Ile-de-France	2.788.604,07	-2.195,05	2.786.409,02	30.006,99	34.630,10	-17.455,56		3.410,00	991,53	1.918,91	1.918,91
Languedoc-Roussillon	505.801,43		505.801,43	5.442,71	6.281,26	-3.166,12	30,00		247,88	299,62	299,62
Limousin	220.626,23		220.626,23	2.374,07	2.739,83	-1.381,03		79,00	137,71	91,55	91,55
Lorraine	612.613,87	-359,64	612.254,23	6.592,08	7.607,71	-3.834,72		79,00	487,43	487,43	487,43
Midi-Pyrénées	625.593,42	-59,64	625.533,78	6.731,75	7.768,89	-3.915,97			247,88	278,37	278,37
Nord-Pas-de-Calais	899.358,49	-10,50	899.347,99	9.679,77	11.171,11	-5.630,88		3.410,00	495,76	494,84	494,84
Basse-Normandie	343.602,83		343.602,83	3.697,36	4.267,01	-2.150,82	103,01		275,42	204,01	204,01
Haute-Normandie	367.991,09		367.991,09	3.959,80	4.569,87	-2.303,48		158,00	110,17	192,01	192,01
Pays-de-la-Loire	763.557,42		763.557,42	8.216,32	9.482,19	-4.779,57	160,00		413,14	559,79	559,79
Picardie	471.216,28		471.216,28	5.070,56	5.851,77	-2.949,63		79,00	165,25	246,09	246,09
Poitou-Charentes	378.859,88		378.859,88	4.076,75	4.704,85	-2.371,51			192,80	321,81	321,81
Provence-Alpes-Côte d'Azur	917.685,00		917.685,00	9.874,82	11.396,21	-5.744,35			237,00	495,76	495,76
Rhône-Alpes	1.390.738,59		1.390.738,59	14.965,15	17.270,80	-8.705,47		316,00	495,76	1.261,72	1.261,72
France métropolitaine	13.967.156,67	-3.660,61	13.963.496,06	150.294,65	173.450,23	-87.428,88	293,01	11.370,00	2.054,00	6.855,11	9.952,54
Guadeloupe	97.874,44	-152,94	97.721,51	1.053,19	1.215,45	-612,66		536,00	55,08	38,84	38,84
Guyane	22.514,85		22.514,85	242,27	279,60	-140,93		111,00	27,54	28,14	28,14
Martinique	111.247,88	-440,39	110.807,49	1.197,09	1.381,52	-696,37			27,54	144,53	144,53
Océan Indien	245.807,30	-144,79	245.662,51	2.645,03	3.052,54	-1.538,66			55,08	69,58	69,58
DOM	477.444,48	-738,12	476.706,36	5.137,58	5.929,11	-2.958,61	0,00	0,00	111,00	165,25	281,10
Total dotations régionales	14.444.601,14	-4.398,72	14.440.202,42	155.432,23	179.379,34	-90.417,49	293,01	11.370,00	2.165,00	6.720,36	10.233,64

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Plan Alzheimer (UCC) R	Plan de sécurisation en psychiatrie (UMD) R	Plan addictologie (consultations et équipes de liaison) R	Plan addictologie (structures de niveau 2) R	La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les ENC SSR (NR)	PSGA R	Mesures ponctuelles (R)	Mesures ponctuelles (NR)	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 16 mars 2012
Alsace	200,00		46,23	47,95	19,37	258,42	-50,00		8 353,02	434 505,07
Aquitaine	200,00		80,16	83,15	-14,20	616,82		800,00	14 169,82	688 925,36
Auvergne	0,00		33,63	34,89		273,89			6 818,71	357 171,82
Bourgogne	0,00		41,07	42,60		329,66			6 405,64	327 772,39
Bretagne	400,00		79,42	82,38	17,11	569,92			18 541,93	851 780,84
Centre	200,00		63,55	65,92	6,72	470,49			12 392,70	485 245,06
Champagne-Ardenne	200,00	2 933,00	33,45	34,69	2,70	221,20		550,00	8 308,29	269 411,18
Corse	0,00		7,68	7,97		56,62			1 799,36	65 538,21
Franche-Comté	0,00		29,25	30,35		189,24			5 324,48	281 436,30
Ile-de-France	1 000,00		293,59	304,53	44,67	1 377,54	-44,90	48,04	56 525,45	2 842 934,47
Languedoc-Roussillon	200,00		65,28	67,71	9,39	491,39			9 969,14	515 770,57
Limousin	0,00	2 800,00	18,60	19,30		178,24			7 057,27	227 683,49
Lorraine	200,00		58,78	60,97		369,28			11 951,04	624 205,28
Midi-Pyrénées	400,00		71,74	74,41	9,32	545,95			16 212,34	641 746,12
Nord-Pas-de-Calais	200,00		100,75	104,51	9,93	563,90			20 757,70	920 305,69
Basse-Normandie	0,00		36,81	38,18		272,65			6 743,65	350 346,48
Haute-Normandie	200,00	2 133,00	45,79	47,50	12,41	276,74			9 401,84	377 392,94
Pays-de-la-Loire	200,00		88,56	91,86	8,66	590,00	7 600,00		22 788,94	786 346,36
Picardie	200,00		47,81	49,60	15,54	274,49			9 050,49	480 266,77
Poitou-Charentes			44,14	45,79		361,18			7 375,79	386 235,67
Provence-Alpes-Côte d'Azur	400,00		123,10	127,69	16,10	918,41			18 729,38	936 414,38
Rhône-Alpes	600,00	4 800,00	154,31	160,66	14,94	931,17			32 264,44	1 423 003,04
France métropolitaine	4 800,00	16 666,00	1 563,72	1 622,00	172,66	10 137,23	7 505,10	1 398,04	310 941,41	14 274 437,47
Guadeloupe			10,09	10,47	44,35				1 814,82	99 536,33
Guyane			5,65	5,86	28,65				587,79	23 102,64
Martinique			9,98	10,35	49,24				2 123,89	112 931,38
Océan Indien			20,55	21,32	5,96	30,52			4 361,93	250 024,45
DOM	0,00	0,00	46,28	48,00	5,96	152,77	0,00	0,00	8 888,44	485 594,79
Total dotations régionales	4 800,00	16 666,00	1 610,00	1 670,00	178,61	10 290,00	7 505,10	1 398,04	319 829,84	14 760 032,26

ANNEXE I.3

CAMPAGNE 2012 – USLD

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Base 2012	Mesures de reconduction R	efforts d'économies R	convergence (R)	mesures de mise en adéquation avec le SROS (NR)	Plan Alzheimer (UHR) R	Mesures ponctuelles (R)	Mesures ponctuelles (NR)	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 16 mars 2012
Alsace	33 363,07	67,37	-208,05	-1,53	1,53	80,00			-60,68	33 302,39
Aquitaine	46 220,55	93,33	-288,23	-121,01	121,01	160,00			-34,90	46 185,65
Auvergne	31 056,30	62,71	-193,67	-47,47	47,47	80,00			-50,96	31 005,35
Bourgogne	24 520,82	49,51	-152,91	-38,63	38,63	80,00			-23,40	24 497,42
Bretagne	50 319,96	101,61	-313,79	-255,47	255,47	160,00			-52,18	50 267,78
Centre	40 411,39	81,60	-252,00	-96,00	96,00	120,00			-50,40	40 360,99
Champagne-Ardenne	20 275,32	40,94	-126,44	-179,81	179,81	40,00			-45,50	20 229,82
Corse	5 135,32	10,37	-32,02		40,00	40,00			18,35	5 153,66
Franche-Comté	18 352,83	37,06	-114,45	-4,04	4,04	80,00			2,61	18 355,44
Ile-de-France	185 100,93	373,76	-1 154,28	-2 821,30	2 821,29	440,00			-340,52	184 760,41
Languedoc-Roussillon	44 657,52	90,17	-278,48	-213,53	213,53	120,00	380,42		312,12	44 969,64
Limousin	28 576,82	57,70	-178,20	-249,39	249,39	40,00			-80,50	28 496,32
Lorraine	37 448,58	75,62	-233,53	-87,60	87,60	80,00			-77,91	37 370,67
Midi-Pyrénées	52 118,98	105,24	-325,01	-291,65	291,65	160,00			-59,77	52 059,21
Nord-Pas de Calais	51 349,53	103,69	-320,21	-211,49	211,49	120,00			-96,53	51 253,00
Basse-Normandie	20 349,36	41,09	-126,90		40,00	40,00			-45,81	20 303,55
Haute-Normandie	26 700,29	53,91	-166,50		80,00	80,00			-32,59	26 667,71
Pays de Loire	53 195,90	107,42	-331,73	-206,77	206,77	120,00			-104,31	53 091,59
Picardie	39 435,53	79,63	-245,92	-61,06	61,06	80,00			-86,29	39 349,25
Poitou Charentes	30 929,05	62,45	-192,87	-211,63	211,63	80,00			-50,42	30 878,63
Provence Alpes Côte d'Azur	51 665,05	104,32	-322,18	-75,08	75,08	160,00			-57,86	51 607,19
Rhône-Alpes	93 530,70	188,86	-583,25	-605,83	605,83	240,00			-154,39	93 376,31
<b>France métropolitaine :</b>	<b>984 713,81</b>	<b>1 988,38</b>	<b>-6 140,64</b>	<b>-5 779,27</b>	<b>5 779,27</b>	<b>2 600,00</b>	<b>380,42</b>	<b>0,00</b>	<b>-1 171,83</b>	<b>983 541,98</b>
Guadeloupe	8 567,41	17,30	-53,43						-36,13	8 531,28
Guyane	1 129,75	2,28	-7,05						-4,76	1 124,99
Martinique	7 618,66	15,38	-47,51						-32,13	7 586,53
Océan Indien	3 964,51	8,01	-24,72	-156,19	156,19				-16,72	3 947,79
<b>DOM</b>	<b>21 280,32</b>	<b>42,97</b>	<b>-132,70</b>	<b>-156,19</b>	<b>156,19</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>-89,73</b>	<b>21 190,59</b>
Total dotations régionales	<b>1 005 994,14</b>	<b>2 031,35</b>	<b>-6 273,34</b>	<b>-5 935,45</b>	<b>5 935,45</b>	<b>2 600,00</b>	<b>380,42</b>	<b>0,00</b>	<b>-1 261,57</b>	<b>1 004 732,57</b>

## ANNEXE II

### PLANS ET MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE

La mise en œuvre des plans et programmes de santé publique se poursuit en 2012 pour un montant total de mesures nouvelles de 222,35 M€ décomposés entre les différentes enveloppes composant l'ONDAM (70,48 M€ au sein de la masse tarifaire ODMCO, 114,41 M€ en MIGAC, 31,26 M€ en DAF, 3,6 M€ au sein de l'OQN et 2,6 M€ au sein de la dotation soins USLD). Sont concernés, pour leur tranche 2012, 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, la prise en charge de la santé des personnes détenues, 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.

Quant aux mesures précédemment financées en FMESPP, elles doivent désormais l'être *via* le FIR, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2012. Ces mesures correspondent à des moyens budgétaires à mobiliser et dont la mise en œuvre effective sera soumise à évaluation.

#### 1. Le plan Cancer

L'année 2012 doit constituer une année majeure pour la concrétisation des mesures du plan Cancer 2009-2013. L'évaluation du plan aura lieu d'ici la fin de l'année 2013, ce qui renforce d'autant l'importance des mesures à mettre en œuvre cette année.

Pour cela, des financements nouveaux viennent compléter les moyens déjà attribués depuis 2009. Trois mesures du plan Cancer sont financées pour un montant total de 6,5 M€ sur cette première phase de campagne 2012.

##### 1.1. *Financement du parcours personnalisé en cancérologie (mesures 18 et 25 du plan Cancer)*

Dans le cadre des mesures 18 et 25 du plan Cancer 2009-2013, l'Institut national du cancer (INCa) et la DGOS ont lancé, à la suite d'un appel à projets, 35 expérimentations pilotes du « Parcours personnalisé de patients pendant et après le cancer ». Ce nouveau dispositif de prise en charge des patients atteints de cancer s'appuie sur plus de coordination entre les acteurs de soins avec l'intervention d'infirmiers coordonnateurs hospitaliers, incluant la dimension sociale de la prise en charge, et renforce le rôle du médecin traitant en tant que référent médical de proximité.

Ces expérimentations, initialement financées par l'INCa, ont été conduites dans 35 sites pilotes par des établissements de santé publics ou privés en partenariat avec des médecins traitants et d'autres acteurs de proximité médicaux et sociaux. Dans l'attente de la production des recommandations nationales pour le déploiement de ce parcours personnalisé en cancérologie, un financement d'un montant de 1,2 M€ est délégué, à titre non reconductible, aux 35 établissements de santé porteurs des projets pilotes afin d'assurer la poursuite de leur mission. Il cible notamment les postes d'infirmiers et d'assistants sociaux recrutés dans le cadre de l'expérimentation. Le financement est de 35 000 € par établissement de santé pour un montant total de 1,2 M€.

##### 1.2. *Renforcement des plates-formes de génétique moléculaire (actions 20.3 et 21.2 du plan Cancer)*

Un financement nouveau d'un montant de 3,9 M€ est délégué aux plates-formes de génétique moléculaire pour soutenir leur activité concernant les tests moléculaires suivants, essentiels à la prise en charge individualisée des patients :

- la recherche de la translocation EML4-ALK dans les tumeurs de patients atteints d'un cancer du poumon, permettant ainsi d'identifier les patients susceptibles de répondre aux thérapies ciblées associées. À ce titre, le Crizotinib bénéficie d'une ATU de cohorte depuis 2011 pour tous les patients atteints d'un adénocarcinome du poumon avec translocation de EML4-ALK ;
- la détection de la mutation BRAF V600E pour les patients atteints d'un mélanome métastatique, nécessaire pour déterminer la sensibilité au Vemurafenib qui dispose d'une ATU de cohorte depuis 2011 ;
- la recherche de l'amplification de HER2 dans les tumeurs de patients atteints d'un cancer de l'estomac pour identifier les patients susceptibles de bénéficier d'une thérapie ciblée ;

- des financements complémentaires pour des tests déjà soutenus mais dont l'activité a augmenté :
  - translocation de BCR-ABL dans les leucémies ;
  - mutation d'EGFR dans les cancers du poumon ;
- un soutien spécifique à la plate-forme d'Amiens, accompagnée jusqu'à présent par la plate-forme de Lille, qui est désormais en mesure de prendre en charge l'ensemble de l'activité de la région Picardie.

Par ailleurs, un financement complémentaire sera alloué en fin de campagne pour financer d'autres activités.

### 1.3. *Soutien de projets intégrés et novateurs pour la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes atteints de cancer (mesure 23.5 du plan Cancer)*

Conformément à la mesure 23-5 du plan Cancer 2009-2013, l'INCa, en lien avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS), a lancé un appel à projets en juillet 2011 pour favoriser l'émergence de projets intégrés et novateurs en faveur des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.

Au terme du processus d'évaluation, huit projets ont été retenus au sein de cinq régions (Aquitaine, Île-de-France, Nord - Pas-de-Calais, Pays de la Loire et Rhône-Alpes). Ces huit projets sont portés par des équipes mixtes (onco-hématologie pédiatrique et onco-adhématologie de l'adulte).

Un financement d'un montant total de 1,3 M€ est délégué à titre reconductible aux huit établissements porteurs des projets.

Ces établissements ont pour mission, d'une part, d'assurer une prise en charge clinique adaptée aux spécificités des adolescents et jeunes adultes en favorisant, notamment, l'augmentation des inclusions dans les essais cliniques, et, d'autre part, d'offrir un accompagnement psycho-social adapté aux préoccupations de cette population.

## 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'identification d'unités cognitivo-comportementales (UCC) en SSR

Pour la cinquième 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€ en DAF, correspondant au financement en année pleine de 24 nouvelles unités. Ces unités sont identifiées dans les structures SSR préexistantes et doivent bénéficier de la dotation prévue pour chacune en fonctionnement, soit 200 000 €.

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 (un psychomotricien/ergothérapeute, une assistante de gérontologie, un psychologue, 0,2 ETP de psychiatre pour une unité de 12 lits).

Les crédits liés à l'investissement seront délégués dans le cadre de la circulaire relative à la mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2012.

Le financement d'unités cognitivo-comportementales au sein du secteur OQN, répondant aux conditions fixées dans l'appel d'offres, donnera lieu dans le cadre des opérations de fongibilité à une régularisation *ex post*.

#### 2.1.2. 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 2012, 65 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 2,6 M€.

Il est également prévu d'allouer des crédits d'investissement intégrés dans le fonds d'intervention régional.

### 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 2012 représentent un total de 10,29 M€ et se répartissent en 5,59 M€ pour le financement en année pleine des mesures engagées en 2009 et 4,7 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 intégrés au sein de l'OQN s'établissent à 3,24 M€.

#### 2.2.2. Le court séjour gériatrique

Pour les personnes très âgées, plus encore que pour les autres patients, la disponibilité effective des différents volets de la filière gériatrique dont l'activité de court séjour gériatrique est essentiel. L'insuffisance de lits de court séjour gériatrique se traduit par l'occupation inadéquate et coûteuse 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 1 000 habitants de plus de 75 ans. Un montant de 22,59 M€ est intégré à cet effet au sein de l'ODMCO 2012.

#### 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 1 000 habitants de plus de 75 ans. Une enveloppe de 10,175 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

Il est rappelé que les dotations MIGAC allouées aux équipes mobiles au titre du programme national de développement des soins palliatifs doivent exclusivement être déléguées pour atteindre les objectifs décrits ci-dessous et faire l'objet d'une contractualisation sur les engagements des établissements de santé correspondant à ces objectifs.

#### 3.1. *Équipes mobiles de soins palliatifs*

Le programme national de développement des soins palliatifs consacre, en 2012, 9,2 M€ afin de renforcer le personnel des équipes mobiles de soins palliatifs afin que ces équipes hospitalières puissent intervenir au sein des établissements médico-sociaux et diffuser ainsi la culture palliative.

#### 3.2. *Soins palliatifs pédiatriques*

Le programme national mobilise également 1 M€ sur l'enveloppe tarifaire afin de développer des lits identifiés de soins palliatifs dans les services pédiatriques.

#### 3.3. *Assistants soins palliatifs*

La promotion 2011-2012 des assistants spécialistes en soins palliatifs comprend 37 postes. Le financement attribué par la présente circulaire correspond aux 10 mois d'exercice en 2012 sur la base d'un coût annuel brut de 51 000 €. Ces crédits ne sont pas reconductibles afin d'ajuster chaque année la répartition régionale en fonction des candidats.

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

#### 4.1. *Le renforcement du dispositif spécialisé de prise en charge des addictions de type jeux en ligne*

Afin d'améliorer la prise en charge des addictions de type jeu pathologique, un financement de 1,7 M€ est prévu cette année. Il s'agit de financer le poste d'un PH par région (au niveau du CHU) afin d'assurer un pôle de spécialisation dans cette prise en charge et de soutenir les autres équipes de la région.

Pour les régions qui avaient été financées en 2011 (Aquitaine, Auvergne, Franche-Comté, Île-de-France, Nord - Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes) par financement inclus dans les tarifs, ce financement a été débasé des tarifs et viendra abonder vos bases en 2012.

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

La mise en œuvre de ce plan bénéficie d'un financement de 19,86 M€ dont 14,96 M€ intégrés dans la masse tarifaire ODMCO, 1,62 millions d'euros de dotation MIGAC et 3,28 M€ sur l'ODAM.

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

- la création ou le renforcement de consultations pour un montant de 2,97 M€, financés par les tarifs à hauteur de 1,27 M€, par les MIGAC à hauteur de 0,85 M€ et par la dotation annuelle de financement à hauteur de 0,85 M€ ;
- la création ou le renforcement des équipes de liaison et de soins en addictologie, pour un montant de 1,53 M€, dont 0,77 M€ au titre des MIGAC et 0,76 M€ au titre de la dotation annuelle de financement ;

- la création ou le renforcement des structures de niveau 2 (8,32 M€) et de niveau 3 (2,31 M€). Pour les structures de niveau 2, une répartition est réalisée entre les établissements relevant de l'ODMCO – entre établissements publics (5,82 M€) et privés (0,83 M€) – et les établissements en dotation annuelle de financement (1,67 M€) ;
- le financement des GHS soins complexes pour un montant en tarifs de 4,73 M€, répartis entre établissements publics (4,5 M€) et privés (0,23 M€).

La répartition de la DAF entre régions se fait sur une base populationnelle. La répartition de la MIG pour les consultations également. La MIG pour les équipes de liaison est effectuée sur une base populationnelle mais l'Aquitaine reçoit 0,04 M€ en plus pour sa participation à un projet de recherche sur l'utilisation du fibroscan en établissement pénitentiaire.

#### 4.3. Plan de sécurisation des établissements autorisés en psychiatrie

Cinq unités pour malades difficiles (Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Limousin, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes) viennent compléter le dispositif actuel pour permettre une couverture des besoins équilibrée sur le territoire national.

En complément des crédits délégués au titre de l'exercice 2011, un montant total de 16,66 M€ est alloué pour le financement des cinq UMD. Ce montant a été déterminé sur la base des crédits nécessaires au fonctionnement annuel au titre de la première tranche de 20 lits et au prorata de leur durée d'ouverture prévue en 2012 pour la seconde tranche de 20 lits.

#### 4.4. Centres experts

Les centres experts proposent une organisation innovante pour un diagnostic précoce et la diffusion des connaissances issues de la recherche clinique dans les pratiques.

Les ARS veilleront à ce que la totalité des crédits destinés aux centres experts bipolaires leur soit intégralement consacrée. Elles apporteront également leur soutien aux centres experts schizophrénie et Asperger en mobilisant leurs marges de manœuvre. Ces centres, comme les centres bipolaires, feront l'objet d'une évaluation nationale.

### 5. Soins aux personnes détenues

Les crédits affectés en première circulaire budgétaire répondent à quatre types d'activité :

1,061 M€ en MIG et 0,370 M€ en DAF sont destinés à la création de nouvelles UCSA, à la suite de l'ouverture de nouveaux établissements pénitentiaires ou le renforcement de certaines UCSA du fait d'une extension de places d'un établissement pénitentiaire.

Faisant suite à l'ouverture de deux UHSA en début d'année 2012 à Toulouse et Nancy, quatre autres unités ouvriront fin 2012 – début 2013 à Orléans, Rennes, Lille et Paris, représentant un financement de 11,37 M€ (DAF).

Une dotation DAF d'un total de 2,17 M€ permet le développement de l'activité de psychiatrie dans certaines UCSA dans le cadre de la mise en place d'une offre de soins graduée, conformément au plan relatif à la santé des personnes détenues 2010-2014.

Le renforcement du dépistage du VIH et des hépatites est soutenu pour la deuxième année consécutive à hauteur de 1,57 M€.

### 6. Le plan AVC

#### 6.1. 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 2012, la répartition des postes d'animateurs de filières a été faite sur la base des UNV existantes en 2010. En 2012, une enveloppe de 3,85 M€ est mobilisée 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.

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

Le soutien de l'action T36 du plan concerne le renforcement des liens entre la pédiatrie et les services d'adultes. Il est proposé de cibler cette année trois régions particulièrement touchées en termes de prévalence du VIH : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Guyane pour la répartition respective suivante de 40 000 €, 30 000 € et 30 000 €.

L'éducation thérapeutique (500 000 € en 2012, 10/12 financés via le fonds d'intervention régional, 2/12 financés en MIGAC) : les financements sont destinés à soutenir les formations, la création de postes de professionnels réalisant l'éducation thérapeutique. Le contenu des programmes financés devra tenir compte des spécificités des populations les plus touchées et/ou les plus vulnérables (usagers de drogue, personnes détenues, migrants, spécificité de la problématique dans les départements français d'Amérique).

### 8. Le programme « maison des adolescents »

Dans le cadre de la mise en œuvre de la tranche 2012 du programme « maisons des adolescents », la présente circulaire délègue les crédits destinés au financement de deux nouveaux projets.



Les crédits délégués s'élèvent à 312 000 € ; ils sont destinés à financer les équipes médicales et paramédicales intervenant dans ces structures.

Les crédits restants de la tranche 2012 du programme permettront de soutenir ultérieurement les projets déjà transmis au niveau national, pour lesquels l'instruction est en cours.

## 9. Plan Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

### 9.1. Éducation thérapeutique

Pour faciliter l'accès des patients à ces programmes, le plan Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques a prévu la délégation d'un total de 16,5 M€ en dotations MIGAC afin de renforcer les personnels assurant une activité d'éducation thérapeutique dans les établissements hospitaliers publics ou privés inscrits dans un programme autorisé.

De 2007 à 2011, sur le financement total de 16,5 M€ prévus, 14,3 M€ ont été effectivement délégués. Un complément de financement de 2,2 M€ est accordé pour 2012 pour ces établissements.

## 10. Plan national d'actions Parkinson

Le comité de pilotage du plan national d'actions sur la maladie de Parkinson installé en juillet 2011 a reconnu, pour répondre aux besoins exprimés par les malades et leurs aidants, l'importance de l'amélioration de la prise en charge de la maladie sachant que celle-ci est majoritairement réalisée par la médecine de ville.

Pour renforcer la cohérence de la coordination ville/hôpital, promouvoir la pluridisciplinarité de la prise en charge et valoriser l'éducation thérapeutique du patient, il convient de donner d'avantage de visibilité au maillage du territoire assuré par les établissements de santé en structurant le recours à l'offre de soins hospitalière.

Cette structuration est basée sur des centres interrégionaux de coordination et sur des centres Parkinson à vocation régionale. Pour accompagner cette structuration, un dispositif de financement est mis en œuvre de façon progressive. Ce dispositif de 3,1 M€ en 2012 est le suivant :

### 10.1. Mission d'intérêt général (MIG) relative aux centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson (700 000 €)

Cette dotation MIG instituée dès 2012 finance des surcoûts liés à une mission de coordination interrégionale assurée par sept établissements de santé qualifiés de centres régionaux de coordination pour la maladie de Parkinson : GH Salpêtrière Paris pour l'interrégion Île-de-France, CHRU de Lille pour l'interrégion Nord Est, CHU Nantes pour l'interrégion Ouest, HCL pour l'interrégion Sud-Est, CHU de Bordeaux pour l'interrégion Sud-Ouest, CHU de Strasbourg pour l'interrégion Est et l'APHM pour l'interrégion Sud Méditerranée.

Ces centres interrégionaux assurent trois missions :

- structurer et harmoniser les activités des centres régionaux de l'interrégion ;
- diffuser l'information et la formation ;
- assurer la cohérence de la collection de données (ex. : cohortes) et des indicateurs d'actions de santé publique.

Les livrables attendus sont la fourniture d'outils de prise en charge des patients, des indicateurs de santé publique, des actions structurantes interrégionales, une coordination de la formation, des synergies et une hiérarchisation des stratégies de recherche au sein de l'interrégion, une concertation avec les autres centres interrégionaux.

La dotation est calculée à partir d'un besoin estimé de un demi-poste de praticien hospitalier et un trois quarts de poste de secrétaire et de crédits de fonctionnement pour chacun des sept centres interrégionaux, soit 100 000€ par interrégion.

### 10.2. Aide à la contractualisation (AC) dédiée à l'amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire dans les centres régionaux pour la maladie de Parkinson (2,4 M€)

En 2012, il s'agit de permettre la montée en charge des centres à vocation régionale par une AC non reconductible, destinée à amorcer le financement des surcoûts liés à la prise en charge multidisciplinaire des patients atteints de la maladie de Parkinson dans 24 établissements de santé dits centres Parkinson régionaux dans l'attente de la création d'une MIG spécifique.

Les missions des centres régionaux sont :

- recours et expertise spécifique : prise en charge ciblée, pluridisciplinaire et traçable à des moments clés de la maladie en lien avec les équipes en ville ;
- réalisation de parcours personnalisé de soins (PPS) en fonction des stades de la maladie (annonce, complications motrices, et complications non motrices) ;
- pluridisciplinarité de la prise en charge ;
- formation et éducation des professionnels ;
- information et formation des patients et des aidants ;

- liens avec le médico-social ;
- recueil d'informations de santé publique à l'échelle locale.

Pour 2012, le financement porte en priorité sur des moyens en personnel paramédical, temps aujourd'hui non facturé dans la prise en charge pluridisciplinaire (ergothérapeute, orthophoniste, psychologue, assistant social...).

Une dotation de 2,4 M€ est à déléguer, soit 100 000 € par centre régional, pour amorcer le recrutement de ces professionnels de santé.

L'objectif est que ce financement en AC de la prise en charge pluridisciplinaire soit relayé en 2013 par une MIG.

ZONE	CENTRES INTERRÉGIONAUX DE COORDINATION (également centre régional de prise en charge)	CENTRE RÉGIONAUX DE PRISE en charge
Île-de-France	GH Pitié-Salpêtrière (Paris)	GH Henri-Mondor (Créteil)
Nord-Ouest	CHRU de Lille - G4	CHU d'Amiens
		CHU de Caen
		CHU de Rouen
Ouest	CHU de Nantes	CHU de Rennes
		CHU de Poitiers
Sud-Est	Hospices civils de Lyon	CHU de Grenoble
		CHU de Clermont-Ferrand
Sud-Ouest	CHRU de Bordeaux	CHU de Toulouse
		CHU de Limoges
Est	CHU de Strasbourg	CHU de Nancy
		CHU de Reims
		CHU de Dijon
		CHU de Besançon
Sud-Méditerranée	AP/HM (Marseille)	CHG d'Aix-en-Provence
		CHU de Montpellier
		CHU de Nice

### 11. Plan Obésité

Les crédits délégués dans le cadre du plan Obésité permettent la création et l'animation de la filière de soins dans chaque région. Ils sont délégués sous forme de crédits d'aides à la contractualisation (AC) destinés à financer un demi-poste de praticien hospitalier et un demi-poste de secrétaire dans chaque centre spécialisé, soit 70 000 € par centre.

### 12. Les mesures en faveur de la qualité des soins

#### 12.1. Déploiement de formations aux retours d'expérience dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé

Dans le cadre de la mise en place du décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé et de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, un développement des retours d'expérience sur les événements indésirables dans les établissements MCO est engagé afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Une première délégation de 3 775 000 € en non-reconductible est prévue *via* une mission d'intérêt général pour la formation des professionnels à cette démarche. Cette enveloppe est répartie entre les 26 ARS selon la répartition capacitaire suivante : 2 personnes formées pour les établissements MCO de moins de 300 lits, 3 personnes formées pour les établissements MCO compris entre 300 et 800 lits et 4 personnes formées pour les établissements MCO de plus de 800 lits.

*12.2. Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé : engagement dans la démarche de management de la qualité*

Dans le cadre de la mise en place de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, une enveloppe est consacrée à la mise en place de la démarche portée par ce texte (concernant notamment la mise en place d'études de risques, de systèmes de déclaration, d'actions de formation ou de communication). Cette mesure qui vise à sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement consiste en un accompagnement financier à hauteur de 11,60 M€ intégré au sein de l'ODMCO.

## 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 ;
- 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 :
  - le « glissement vieillesse technicité » (GVT) ;
  - l'impact de l'évolution du SMIC sur les bas salaires.

Au titre de la mise en œuvre du protocole d'accord (LMD) du 2 février 2010 pour le personnel non médical.

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 LMD 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 financées les mesures suivantes :

- flux des personnels IDE nouveaux diplômés en juillet 2012 recrutés dans les nouvelles grilles ;
- incidence 1<sup>er</sup> glissement juillet 2012 IDE avec vieillissement ;
- ratio pro-pro pour les IDE FPH de catégorie BNES et pour les IDE soins généraux (1<sup>er</sup> grade vers 2<sup>d</sup> grade) ;
- flux des personnels paramédicaux (personnels de rééducation et médico-techniques) nouveaux diplômés recrutés dans les nouvelles grilles à compter de juin ;
- effet report 2012 pour l'accès à la catégorie BNES des autres paramédicaux (personnels de rééducation et médico-techniques) ;
- intégration progressive en catégorie A de trois des corps de rééducation et d'un corps médico-technique après reconnaissance de leur diplôme au grade de licence, à compter de septembre 2012 ;
- intégration des personnels administratifs, techniques, ouvriers dans le BNES (extension année pleine) ;
- augmentation du ratio promus-promouvables pour les personnels administratifs de catégorie B de la FPH ;
- rénovation grille indiciaire des cadres de santé en juillet 2012 ;
- rénovation grille indiciaire des infirmiers spécialisés en juillet 2012.

Au total 203 134 915 € de crédits LMD sont délégués et répartis comme suit :

- ODMCO : 127 974 997,03 € ;
- MIGAC : 24 376 190,48 € ;
- ODAM : 42 658 333,34 € ;
- USLD : 2 031 348,21 € ;
- OQN : 6 094 046,62 €.

#### 2. Mesures catégorielles

##### 2.1. Personnel non médical

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 €. 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 au sein de la deuxième circulaire.

##### 2.2 Personnel médical

###### 1. La création de postes d'assistants spécialistes partagés postinternat

Les postes d'assistants spécialistes partagés postinternat ont été créés en 2009 afin d'encourager l'installation de jeunes médecins dans les régions déficitaires et d'offrir des lieux d'exercice de qualité aux jeunes professionnels en postinternat. Pour 2012, le financement est reconduit, étant précisé que les 200 postes pourvus en 2010 feront l'objet d'une réaffectation par région à compter du mois de novembre prochain.

La présente circulaire prévoit le versement du solde du financement des postes attribués pour 2010 et 2011, au coût moyen annuel chargé de 57 600 € (incluant l'indemnité pour exercice dans plusieurs établissements). Par ailleurs, il a été ajouté la majoration prévue par les statuts pour les DOM.

Une enquête auprès des ARS est en cours pour réajuster l'enveloppe des crédits 2012 au regard des nouveaux besoins exprimés pour 2012-2014 et au regard des postes financés en 2010-2012 (les 200 postes de 2010 qui arriveront à échéance à la fin du mois d'octobre 2012). La dotation globale 2012 fait donc l'objet d'une délégation en première circulaire des crédits à hauteur de 70 %. Le solde sera versé lors de la deuxième circulaire budgétaire afin de tenir compte des résultats de l'enquête.

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

Au titre du reliquat de mesures 2011, et en complément des mesures d'intégration dans les corps de personnels enseignants et hospitaliers des disciplines pharmaceutiques ayant fait l'objet d'une délégation de crédits par la circulaire tarifaire du 19 décembre 2011, ont été prononcées trois nouvelles intégrations de MCU-PH. Le financement est assuré à hauteur du surcoût correspondant au différentiel entre le coût moyen chargé d'un emploi de MCU-PH (part hospitalière) et le coût moyen d'un praticien attaché à mi-temps, soit un montant de 20 800 € (montant brut annuel charges comprises).

La répartition des crédits est la suivante :

- Franche-Comté (MIGAC 20 800 €) : CHU Besançon : 1 MCU-PH ;
- Île-de-France (MIGAC 20 800 €) : AP-HP : 1 MCU-PH ;
- Nord - Pas-de-Calais (MIGAC 20 800 €) : CHU de Lille : 1 MCU-PH.

Soit un montant total de 62 400 €.

## 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 21,5 M€ est intégré dans la masse tarifaire de l'ODMCO.

## 4. Le financement des consultants

Au titre du reliquat de mesures 2011, et en complément des mesures de nomination ou renouvellement de consultants au titre de l'année 2011 ayant donné lieu à délégation de crédits dans la circulaire tarifaire du 19 décembre 2011, la présente circulaire délègue des crédits pour les régions Champagne-Ardenne et Limousin. Il s'agit de crédits recyclés, alloués à hauteur du coût moyen réel de chaque emploi, estimé à 69 000 € (montant brut annuel chargé). Ces crédits sont accordés de façon non reconductible.

La répartition des crédits est la suivante :

- Champagne-Ardenne (MIGAC 138 000 €) : CHU de Reims : 2 consultants ;
- Limousin (MIGAC 207 000 €) : CHU de Limoges : trois consultants.

Soit un montant total de 345 000 €.

## 5. Financement de trois postes d'associé/PADHUE/chirurgiens-dentistes

Les articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du code de la santé publique prévoient un dispositif permettant aux praticiens titulaires de diplômes délivrés par un État tiers à l'Union européenne de solliciter une autorisation d'exercice de leur profession en France. Les médecins et pharmaciens, candidats à l'autorisation, lauréats des épreuves de vérification des connaissances organisées dans ce cadre, doivent effectuer respectivement trois années de fonctions en qualité d'assistant spécialiste associé ou de praticien attaché associé dans un service agréé pour la formation des internes. Les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes doivent effectuer une année de fonction en qualité d'associé.

Certains lauréats de ces épreuves ne parviennent pas à être recrutés par un établissement au terme de plusieurs années de recherche. Cette dotation de 178 120 € a pour objet de financer trois postes d'associé pour des chirurgiens-dentistes se trouvant dans cette situation, ce qui leur permettra de satisfaire à l'obligation légale et de poursuivre la procédure d'autorisation d'exercice de leur profession en France.

## ANNEXE IV

### PRÉCISIONS DE RÈGLES FACTURATION MCO

#### 1. Précisions sur les règles de facturation du Venofer

Seules les spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste visée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale sont remboursables en sus des prestations d'hospitalisation, qu'il s'agisse d'un GHS ou d'un forfait D.

De fait, le Venofer ne faisant pas partie de ces spécialités, il ne doit pas être pris en charge en sus et ce, quel que soit le type d'établissement concerné.

#### 2. Remontées des RPU

Des travaux sont en cours afin de créer une base de données nationale sur l'activité des structures des urgences. Pour cela, il est prévu de généraliser la remontée des données contenues dans les résumés de passage aux urgences (RPU).

La création de cette base doit permettre de disposer de données quantitatives exhaustives sur l'activité des urgences et de produire, en routine, les indicateurs d'activité des urgences qui sont en train d'être définis avec les professionnels.

Pour garantir l'exhaustivité des remontées, sans modifier le système actuel de facturation des urgences (ATU/FAU, le cas échéant, plus actes et consultation) d'une part, ni le système de veille et d'alerte organisé par l'InVS, d'autre part, il est prévu à terme de conditionner le versement du FAU à la réception, par l'ATIH, des RPU de l'année précédente.

Les données des RPU vont donc être transmises à l'ATIH. Cette dernière va vous contacter pour organiser le système de transmission des données, soit directement des établissements à l'ATIH *via* le PMSI, soit des ORU existants à l'ATIH. L'ATIH proposera également un module d'anonymisation des données, indispensable avant toute transmission.

Un arrêté spécifique vous précisera les conditions de transmission et le contenu des données.

## ANNEXE V

### DOTATIONS MIGAC-MERRI

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 gestion des AC. À des fins de lisibilité et de meilleur suivi budgétaire des allocations, il vous est demandé de respecter cette grille lors de l'imputation des dotations dans le système d'information.

#### 1. Extension du périmètre de la justification au premier euro

Les cinq nouvelles MIG créées en 2012 sont déléguées en JPE.

Parallèlement, les dotations de huit missions sont exclues de la base de la dotation MIGAC et sont désormais déléguées en JPE :

- les centres de diagnostic pré-implantatoire ;
- l'Observatoire national de la fin de vie ;
- les coordinateurs régionaux d'hémovigilance ;
- le Centre national de ressources de la douleur ;
- le Centre national de ressources pour les soins palliatifs ;
- les centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques ;
- la contribution aux ENCC (cf. point 9) ;
- les actions de coopération internationale.

Ces missions ont été retenues dans la mesure où elles concernent un nombre limité d'établissements et que les critères de calcul des allocations sont clairement définis *a priori*.

#### 2. Application des mesures de reconduction

S'agissant des mesures nouvelles destinées à compenser les effets du GVT, de l'augmentation des bas salaires et de l'inflation, la décision a été prise de les appliquer aux seules MIG, et non pas aux AC. La répartition de ces mesures, dites de reconduction, a été faite au prorata des montants constatés de notification des MIG dans ARBUST MIGAC.

#### 3. Péréquation des marges de manœuvre régionales (volet aide à la contractualisation des MIGAC)

Les efforts entrepris au cours des trois dernières années ont permis de réduire substantiellement les inégalités territoriales de dotations. Néanmoins, six régions restent particulièrement sous-dotées.

Ainsi, en 2012, les économies à imputer sur la dotation MIGAC (soit 11,5 M€) sont réparties sur la majorité des régions (16 sur 26), au prorata des marges de manœuvre régionales. Cet effort représente 1,7 % des marges de manœuvre des régions concernées.

Sont exclues de cet effort d'économie les régions dont le poids de AC dans les recettes MCO régionales est particulièrement faible (poids inférieur à 2 %, la moyenne métropolitaine étant de 2,26 %) : Aquitaine, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Limousin, Nord - Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur. Étant données leurs spécificités qui justifient une sur-addotation, les DOM sont également exclus.

#### 4. Évolutions des MERRI

Les crédits relatifs à la part fixe (515 M€) et à la part modulable (1 119 M€) sont intégralement délégués au sein de la première circulaire. La disparition de la part fixe étant programmée sur cinq ans, ce compartiment est figé sur le périmètre de 2011. Les modalités d'allocation de la part fixe ne seront donc pas réévaluées et aucun établissement nouveau n'est amené à intégrer cette part.

##### a) La part modulable

Les nouveaux établissements bénéficiant de crédits au titre de la part modulable sont : le centre hospitalier sud-francilien, le centre hospitalier de La Roche-sur-Yon, le centre hospitalier de Pau, le centre hospitalier Charles-Perrens de Bordeaux, le centre hospitalier de Cayenne, le centre hospitalier de Mulhouse, le centre hospitalier de Longjumeau, le centre hospitalier de Lens, le CHI de Fréjus - Saint-Raphael, la fondation hôpital Saint-Joseph de Marseille ainsi que le GCS UNICANCER. Ainsi en 2012, 85 établissements de santé et un GCS perçoivent des crédits au titre de la part modulable.

Comme chaque année, les indicateurs servant à évaluer les établissements sont mis à jour avec les données les plus récentes. La seule évolution notable concerne l'indicateur relatif aux brevets. La disparition progressive de cet indicateur a été annoncée depuis 2011. Ainsi, il représentait 3,5 % de la part modulable en 2010 et 2 % en 2011.

**b) La part variable**

Plusieurs libellés ont été revus afin de préciser leur correspondance par rapport aux missions financées. Ces changements sont formalisés au sein de l'arrêté fixant la liste des MIGAC.

Au sein de la première circulaire 2012 sont déléguées les tranches suivantes des appels à projets de la DGOS :

APPELS À PROJETS	2010	2011	2012
Programme hospitalier de recherche clinique national (PHRCN)	[*]	Tranche 2 sur 4	
Programme hospitalier de recherche clinique cancer (PHRCK)	Tranche 3 sur 3	Tranche 2 sur 4	
Programme hospitalier de recherche clinique interrégional (PHRCI)	[*]	Tranche 2 sur 4	
Programme de recherche translationnelle (PRT)			Tranche 1 sur 2
Programme de recherche translationnelle cancer (PRTK)		Tranche 2 sur 3	
Programme de recherche en qualité hospitalière (PREQHOS)	Tranche 3 sur 3	Tranche 2 sur 3	
Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	Tranche 3 sur 3	Tranche 2 sur 3	
Contrats hospitaliers de recherche translationnelle (CHRT)	Tranche 3 sur 3	Tranche 2 sur 3	
Programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses ou non (PSTIC)		Tranche 2 sur 3 des projets S2CARA et FoThyr	
Programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses ou non - Picture Archiving and Communication System (PSTIC-PACS)		Tranche 1 sur 2 du projet GCS SIS Martinique	
Programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses cancer (PSTICK)		Tranche 2 sur 2	
* Le versement de la tranche 3 sur 3 des PHRC I & N 2010 sera conditionné par les réponses des établissements à l'enquête de la DGOS sur l'avancement des projets concernés.			

Au sein de la MERRI relative aux centres de ressources biologiques (CRB), la partie couvrant l'activité tumorothèque a été modélisée suite à l'évaluation menée par l'INCa. Les montants historiques ont ainsi été revus en fonction de l'activité réelle des tumorothèques.

La MERRI relative à l'emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins a été réévaluée suite au bilan mené par l'INCa. Les montants initiaux ont été révisés.

Les indicateurs utilisés pour répartir la MERRI relative aux délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) ont été mis à jour avec les données les plus récentes. Cette mise à jour permet le financement de trois nouvelles DRCI : CLCC François-Baclesse de Caen, CLCC Georges-François-Leclerc de Dijon et GCS UNICANCER. Ainsi, 46 établissements de santé et un GCS sont reconnus sièges de DRCI en 2012.

Au sein de la MERRI relative au soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation, le projet PSYLEA de l'AP-HM est financé pour une première tranche à hauteur de 200 k€. Le suivi de ce projet est confié à l'INCa et sa mise en œuvre effective conditionnera le versement des tranches suivantes.

Au sein de cette MERRI, sont aussi financés le centre COCHRANE de l'AP-HP, une annuité du SIRIC de l'Institut Curie Paris Saint-Cloud et deux annuités du SIRIC du GCS LCU Lyon Cancérologie Université.

Enfin, au sein de cette MERRI, sont financés, pour l'année 2012, des techniciens d'études cliniques (TEC) pour 18 centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R) à raison de 40 k€ par centre.

Cette année porte aussi la disparition de la MERRI relative aux ATU régionaux qui remboursait aux établissements de santé prescripteurs les médicaments ayant une autorisation temporaire d'utilisation (à moins de 100 k€ par patient et par an). En effet toutes les molécules concernées sont maintenant suivies et financées nationalement, conformément à l'instruction DGOS/PF4 n° 2012-66 du 27 janvier 2012. Il n'existe donc plus qu'une MERRI pour les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation en attente de leur agrément à partir de 2012.



## 5. Évolutions des autres MIG

### 5.1. Soutien financier aux établissements privés ex-DG

Il a été décidé de maintenir le soutien accordé en dotation AC aux établissements privés à but non lucratif ex-DG au titre de la compensation partielle des surcoûts liés aux charges salariales à hauteur de 40 millions d'euros pour 2012.

### 5.2. Compensation partielle des effets revenus liées à la réforme AME

À titre exceptionnel les effets revenus négatifs liés à l'application des nouvelles règles de tarification des séjours AME feront l'objet d'une compensation partielle en 2012. Une enveloppe de 30 M€ a été spécifiquement réservée à cet effet sous forme de crédits AC non reconductibles.

La clé de répartition est basée au prorata des critères suivants :

- part des pertes de l'établissement sur la perte totale pour 80 % ;
- part de la perte de l'établissement rapporté à ses recettes totales pour 20 %.

Seuls les établissements de santé dont la perte sera supérieure à 50 K€ seront dotés, afin d'éviter tout saupoudrage. La dotation par ES ne pourra excéder 60 % du montant de la perte subie après application des coefficients et sera partagée entre tous les ES dont la part de la perte rapportée à ses recettes totales est supérieure à 0,46 %, *i.e.* la part moyenne représentée par ce critère pour tous les ES dont la perte est supérieure à 50 K€. La répartition par établissement sera fléchée depuis le niveau national en application de ces règles de calcul.

### 5.4. MIG créées en 2012

#### L'effort d'expertise des établissements de santé

La DGOS pilote ou copilote chaque année plusieurs appels à projets (PHRC, PREQHOS, STIC, PHRIP, PHRCK, STICK, PRTK, PRT, CHRT). Pour ces appels à projets, la DGOS reçoit et fait expertiser chaque année environ 800 dossiers de candidature. Sont ainsi produit annuellement : 2 400 expertises, 800 rapports et 12 à 14 journées de jury.

Afin d'homogénéiser ses pratiques avec les autres pratiques d'expertise nationales et afin de maintenir la motivation des experts sollicités, la DGOS a souhaité indemniser l'expertise de ces projets.

Cette MERRI créée en 2012 prend donc en compte l'effort d'expertise des établissements de santé. La participation d'un praticien à une expertise de dossier, à un jury de sélection ou la production d'un rapport d'évaluation dans le cadre des appels à projets ministériels sera ainsi valorisée et indemnisée.

#### La coordination des parcours de soins en cancérologie

En application du plan cancer, une expérimentation est conduite depuis mi-2010 suite à un appel à projets lancé par l'INCa et la DGOS afin de créer des postes infirmiers dédiés à la coordination des parcours de soins en cancérologie. Le déploiement de ce dispositif est prévu dès 2012 en fonction du bilan de l'expérimentation. Cette mesure est détaillée dans l'annexe consacrée aux plans de santé publique. Dans un premier temps, elle est déployée auprès des établissements qui ont participé à l'expérimentation.

#### Les centres interrégionaux de coordination et régionaux pour la maladie de Parkinson

Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre du plan national d'actions Parkinson adopté en 2011, cette MIG a vocation à financer les surcoûts liés aux missions des centres interrégionaux chargés de la coordination pour la maladie de Parkinson. Ces centres ont notamment vocation à coordonner l'action, la formation et l'information des centres de prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson (*cf.* présentation du dispositif en annexe II, plans et mesures de santé publique).

#### Le transport sanitaire bariatrique

Cette MIG est créée pour assurer la qualité et la sécurité des transports sanitaires pour les personnes présentant des obésités très importantes, notamment en situation d'urgence. Ces transports nécessitent des matériels de transport adaptés à l'obésité massive. L'action 10 du plan obésité a pour objectif de définir un modèle technique, organisationnel et médico-économique pour le transport sanitaire bariatrique. La dotation de cette MIG finance l'amortissement et le fonctionnement des équipements nécessaires à la réalisation de ces transports.

#### La participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret du 10 mars 1997

La création de cette mission vise à couvrir les surcoûts induits par des obligations réglementaires pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. La dotation qui lui est allouée ne résulte pas d'une mesure nouvelle mais d'un transfert depuis l'enveloppe des aides à la contractualisation qui finançait ces surcoûts jusqu'à présent.

## 6. Les actions de coopération internationale

Les crédits alloués pour 2012 à hauteur de 1 000 000 € sont destinés à financer deux types de mesures :

- des coopérations institutionnelles engagées à l'initiative des services centraux en application d'engagements ministériels avec la Chine pour 278 K€ (dont 40 K€ en soutien aux filières franco-phones de formation médicale) et avec la Russie pour 60 K€. D'autres engagements et accords internationaux feront l'objet de dotations dans une circulaire ultérieure ;
- des coopérations hospitalières initiées par les établissements et qui font l'objet d'un appel à projets en cours pour un premier montant de 125 K€.

Un complément d'attribution se fera à l'occasion d'une prochaine circulaire budgétaire.

## 7. Préservation de la fertilité

La dotation MIG « Recueil, le traitement et la conservation des gamètes ainsi que la conservation des embryons dans les conditions prévues aux articles L. 1244-5 et R. 1244-1 CSP » a été reconfigurée en « Surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité. Elle comprend 1,5 M€ de mesures nouvelles destinées à la mise en œuvre de la mesure 21.3 du plan Cancer 2009-2013 intitulée « reconnaître, en lien avec l'Agence de la biomédecine (ABM), des plates-formes régionales de cryobiologie associées aux CECOS, pour améliorer l'accès à la préservation de la fertilité des personnes atteintes de cancer ». La répartition de ces mesures nouvelles a été étudiée en partenariat avec l'ABM.

Par ailleurs, 0,31 M€ ont été débasés de cette dotation MIG pour créer le tarif 13C171 correspondant aux ponctions d'ovocytes en vue de don, tarif majoré de 1 214,81 € à 1 502,40 €.

## 8. Les études nationales de coûts à méthodologie commune (ENCC)

### L'ENCC sur le champ MCO

La présente circulaire vous délègue les crédits relatifs à, d'une part, la part fixe au titre de la participation à l'ENCC 2011 des établissements de santé et, d'autre part, la part variable restant due au titre de l'activité 2010.

Concernant cette part variable, il convient de noter que les pénalités de retard et/ou de mauvaise qualité des données transmises prévues par la convention tripartite signée entre l'établissement, l'ATIH et la DGOS, minorent le montant initial.

Enfin, je souhaite vous rappeler, le cas échéant, la nécessité de procéder à la récupération des crédits de la part fixe 2010 qui auraient été versés aux établissements alors que ces derniers auraient abandonné leur participation à cette étude.

### L'ENCC sur le champ de l'HAD

Les établissements participant à l'ENCC HAD bénéficient d'une subvention au même titre que pour les autres ENCC. Les crédits délégués par la présente circulaire concernent le financement de la part variable restant due au titre de l'activité 2010.

Enfin, dans cette délégation, il est également tenu compte d'un rééquilibrage suite aux abandons d'établissements à l'ENCC 2010 et 2011 ainsi qu'à la nouvelle participation d'établissements à l'ENCC 2011.

## 9. Le transfert de MIG dans le fonds d'intervention régional (FIR)

Le fonds d'intervention régional (FIR) entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2012. Ce fonds est notamment constitué à partir des dotations de quatre MIG : la permanence des soins en établissement de santé, les centres périnataux de proximité, les actions de prévention et d'éducation thérapeutique et les centres de dépistage anonyme et gratuit.

Afin d'effectuer le transfert, le montant des dotations retenues a été établi à partir des données indiquées dans ARBUST MIGAC 2011 diminuées, le cas échéant, du montant de mesures non reconductibles issues de vos marges de manœuvre régionales.

Ce sont 10/12 de ces montants ainsi calculés qui ont été versés pour abonder le FIR. Les 2/12 restants vous sont délégués en MIG au titre des deux premiers mois de l'année 2012.

## 10. Les évolutions du système d'information de suivi des MIGAC

Le reporting des allocations que vous réalisez au titre de la dotation MIGAC est assuré par l'outil ARBUST MIGAC géré par l'ATIH. Afin d'améliorer la précision et la fiabilité des données restituées par cet outil, certaines évolutions sont prévues en 2012.

Ainsi, afin de vérifier l'éligibilité des établissements attributaires aux dotations des MIG, il vous sera demandé d'indiquer la catégorie d'éligibilité au titre de laquelle vous allouez la dotation MIG au moment d'inscrire celle-ci. Par ailleurs, l'outil effectuera un lien entre la nature des mesures allouées au sens des circulaires budgétaires et les catégories réglementaires des MIG ou de gestion des AC. Enfin, pour permettre un suivi plus analytique de l'attribution des dotations, les catégories de gestion des AC sont subdivisées en sous-catégories qui reflètent plus précisément le motif de l'allocation des crédits.

## ANNEXE VI

### PDSES

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'indemnisation de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) s'inscrit dans un dispositif de financement commun aux secteurs public et privé, dans un premier temps dans le cadre des crédits MIG PDSES, puis au sein du fonds d'intervention régional (FIR) qui entre en vigueur au 1<sup>er</sup> mars 2012.

#### **Base de calcul de l'enveloppe régionale en 2012**

La base de calcul de l'enveloppe 2012 est identique à celle de 2011 et s'appuie sur l'addition de l'enveloppe MIG PDSH 2010 (issue du débasage), des montants correspondant au financement des CPP de la région et enfin de l'enveloppe exceptionnelle allouée de manière dégressive aux établissements ex-POSU.

Sur cette base « historique », un effort d'optimisation est demandé à hauteur globale de 60 M€, réparti au prorata des enveloppes régionales (représentant 7,21 % de l'enveloppe régionale).

#### **Modalités de financement en 2012**

Les crédits relatifs à la PDSES intègrent le fonds d'intervention régional (FIR), créé par l'article 65 de la LFSS pour 2012, qui entre en vigueur au 1<sup>er</sup> mars 2012.

Pour janvier et février 2012, le financement pour le secteur ex-DG continue de prendre la forme de crédits MIG PDSES et fait l'objet d'une délégation dans le cadre de la présente circulaire.

S'agissant du secteur ex-OQN, la délégation de crédits MIG PDSES effectuée en 3<sup>e</sup> circulaire 2011 par anticipation des trois premiers mois de l'année 2012, a vocation à prendre en charge les dépenses de janvier, février et mars 2012. Aucun crédit MIG PDSES n'est donc alloué à ce titre en 2012 pour ce secteur.

#### **Financement spécifique du service de santé des armées (SSA)**

Le financement de la PDSES réalisée par le SSA a vocation à rester en dotation MIG et n'intègre pas le FIR au 1<sup>er</sup> mars 2012. Les crédits MIG PDSES correspondants sont donc alloués en année pleine.

Cf. schéma ci-dessous.

