https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf2dss1-a-n-2005-356-du-26-juillet-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/
Circulaire DHOS/F2/DSS/1 A n° 2005-356 du 26 juillet 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale
26/07/2005
Date d’application : immédiate.
Références :
Code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-22-6, L. 162-22-10, R. 162-32 et suivants et R. 162-42 et suivants ;
Articles 17 et 63 de la
loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004
 de financement de la sécurité sociale pour 2005 ;
Décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005
 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale ;
Circulaires DHOS-F-O/DSS-1A
n° 119 du 1er mars 2005
 et
n° 181du 5 avril 2005
 relatives à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.
Annexes :
Annexes I. - Dotations régionales des DAF ;
Annexe II. - Dotations régionales des MIGAC ;
Annexe III. - Dotations régionales des DAC ;
Annexe IV. - Plan santé mentale.
Le ministre de la santé et des solidarités à Messieurs les directeurs des agences régionales de l’hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).
La circulaire du 1er mars complétée par la
circulaire du 5 avril
 dernier vous a précisé les nouvelles modalités de la campagne budgétaire découlant de la mise en oeuvre de la deuxième phase de la réforme de la tarification et vous a notifié les montants des dotations régionales (DAF, MIGAC et DAC), dans le cadre desquelles s’inscrit la part non liée à l’activité de la campagne. Celles-ci sont modifiées pour tenir compte des derniers ajustements des bases auxquels il a été procédé à la suite des échanges entre les agences régionales de l’hospitalisation et la direction de l’hospitalisation et de l’organisation des soins et de l’attribution d’un certain nombre de mesures nouvelles.
I. - LA FIXATION DES BASES RÉGIONALES
L’examen des anomalies signalées par certaines agences régionales de l’hospitalisation sur la détermination des bases des établissements a donné lieu à d’ultimes corrections qui ont été intégrées dans la version V0 d’Arbust adressée à vos services le 16 juin dernier. Ces ajustements ont conduit à recalculer les bases régionales des trois dotations et à les fixer après prise en compte des effets de champ intervenus au 1er janvier 2005, comme indiqué dans les annexes I à III de la présente circulaire.
II. - LES MESURES NOUVELLES
II.1. Les mesures en faveur des personnels
II.1.1. Les mesures salariales
Conformément aux engagements du Gouvernement les rémunérations des agents de la fonction publique devraient être revalorisées, outre l’augmentation de 0,5 % au 1er février dernier, de 0,5 % au 1er juillet et de 0,8 % au 1er novembre. Compte tenu d’une éventuelle transposition aux établissements privés du même secteur, le coût de cette mesure a été évalué à 123 millions d’euros dont 108 millions doivent être financés dans le cadre des dotations. Les crédits alloués ont été calculés sur les mêmes bases qu’en début d’année en fonction du poids des dépenses de personnel réelles des établissements publics par région (issues des données de la DGCP) et par activité (issues des travaux liés à la réforme de la tarification) corrigé pour tenir compte du poids relatif des établissements privés.
Les autres mesures annoncées en faveur de certaines catégories de personnel seront allouées ultérieurement :
- l’indemnité exceptionnelle de sommet de grade décidée par le
décret du 27 avril 2005
 qui fait l’objet d’une enquête auprès de vos services dont le déroulement vous a été précisé par les messages de la direction de l’hospitalisation et de l’organisation des soins (bureau P2) en date du 1er et 8 juin derniers ;
- la revalorisation du SMIC et la fusion des échelles 2 et 3 de rémunérations des personnels de la fonction publique pour lesquelles les textes d’application n’ont pas été publiés à ce jour.
II.1.2. Les mesures en faveur des médecins
1. La réduction du temps de travail des praticiens attachés :
Les praticiens attachés et praticiens attachés associés devraient bénéficier de 15 jours de réduction du temps de travail (pour un exercice à temps plein) au titre de l’exercice 2005, la période de référence débutant au 1er avril de cette année. Le financement de cette mesure, pris en charge par l’assurance maladie, est intégré dans vos dotations régionales selon les mêmes critères de répartition que la mesure relative à la rénovation du statut des attachés dont la troisième tranche a été allouée par la circulaire du 1er mars dernier. Toutefois, il convient d’attendre la publication du dispositif réglementaire pour modifier à ce titre les dotations des établissements.
2. La revalorisation des indemnités liées à la permanence à domicile (astreintes et déplacements).
Le relevé de décisions du 31 mars 2005 conclu entre le Gouvernement et des représentants des praticiens hospitaliers a prévu l’amélioration du dispositif lié à la permanence à domicile à compter du 1er janvier 2005. L’arrêté du 28 juin 2005 modifiant l’arrêté du 30 avril 2003 relatif à l’organisation et à l’indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé a été publié au Journal officiel du 14 juillet 2005. Le financement de cette mesure a été réparti entre les trois dotations en fonction des disciplines exercées et entre les régions en fonction du poids des effectifs médicaux de chacune d’entre elles.
3. La création de postes de praticiens universitaires.
La création de 89 postes supplémentaires d’universitaires (professeurs d’université, maîtres de conférence et chefs de clinique assistants) a été décidée à compter du 1er septembre prochain. Les montants correspondant à la prise en charge par l’assurance maladie de la dépense hospitalière sont donc ajoutés à vos dotations MIGAC, à l’exception des montants correspondant aux deux universitaires de psychiatrie qui sont intégrés dans la dotation régionale DAF de l’Ile-de-France. Des notifications individuelles vous parviendront prochainement.
II.1.3. Les autres mesures relatives au personnel
1. Les apprentis préparateurs en pharmacie :
La formation des préparateurs en pharmacie par la voie de l’apprentissage doit être encouragée. C’est pourquoi un soutien de 5 638 euros par apprenti pris en charge est alloué aux établissements concernés. La formation s’effectuant sur un an cette mesure est non reconductible. Les crédits ont été intégrés dans vos dotations de financement des MIGAC ; vous avez bien entendu la possibilité de les transférer dans vos dotations de financement des DAF si nécessaire.
2. Les mesures en faveur des personnels des établissements privés :
Vos dotations régionales DAC et DAF intègrent le financement complet consécutif à l’assujettissement des employeurs d’agents publics au régime de l’assurance chômage (cf. circulaire DGEFP/DHOS/M2 n° 559 du 25 novembre 2004). En effet les crédits alloués en 2004 ne couvraient qu’un mois de cotisation supplémentaire due à ce titre pour les praticiens hospitaliers détachés dans un établissement participant au service public hospitalier.
Vos dotations intègrent également le financement de la deuxième tranche de l’accord d’adaptation des dispositions conventionnelles de la MGEN aux dispositions de la convention collective nationale du 31 octobre 1951 et une mesure spécifique à un établissement de la région Rhône-Alpes.
II.2. Les mesures de santé publique
II.2.1. Le plan psychiatrie et santé mentale
Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 a été annoncé en conseil des ministres le 20 avril dernier. Les modalités de mise en oeuvre et d’accompagnement budgétaire d’une première tranche de montée en charge en 2005 sur le volet sanitaire du plan vous sont présentées ci-dessous.
Sans toutefois attendre la publication des volets psychiatrie et santé mentale des SROS 3 qui devra intervenir, au plus tard, le 31 mars 2006, l’objet de cette première phase est d’accompagner la transition entre les schémas régionaux de psychiatrie précédents et les nouvelles orientations.
Comme pour les autres plans de santé publique déjà financés (à l’exception du plan cancer) et compte tenu notamment des délais nécessaires pour le recrutement des personnels, 70 % de l’enveloppe correspondant à la réalisation des objectifs de santé publique vous sont notifiés en 2005. L’extension en année pleine du financement de ces mesures interviendra en 2006. Le financement de la montée en charge du plan « psychiatrie et santé mentale » trouvera alors sa pleine mesure.
Outre des moyens de fonctionnement supplémentaires, l’accompagnement de la mise en oeuvre du plan sera complété, à partir de 2006, par un soutien spécifique et exceptionnel à l’investissement tel qu’annoncé par le plan santé mentale et dans des conditions qui vous seront précisées ultérieurement. Toutefois, ces mesures à venir ne sauraient remettre en cause la poursuite des opérations en psychiatrie déjà programmées dans le volet « relance de l’investissement hospitalier » du plan Hôpital 2007.
S’agissant de la première tranche du plan, il vous appartient de décliner les priorités que vous apprécierez au niveau régional en particulier à la lumière des schémas régionaux de psychiatrie. Vous devrez, en outre, tenir compte des mesures prioritaires en terme d’organisation des soins du plan « psychiatrie et santé mentale », en partie précisées dans la
circulaire DHOS/O2/ n° 507 du 25 octobre 2004
. Ces priorités ont guidé la construction de vos dotations régionales selon les orientations ci-dessous, que vous trouverez détaillées dans le tableau joint en annexe IV.
1. Une « marge de manoeuvre régionale » pour améliorer la qualité des prises en charge et réduire les inégalités de l’offre de soins.
Partant des constats d’une très grande hétérogénéité de l’offre et des moyens humains entre régions et à l’intérieur même des régions, l’objectif est de « prioriser » l’allocation des moyens nouveaux au bénéfice des régions les moins bien dotées, en l’accompagnant chaque fois que nécessaire d’une politique de réduction des inégalités intra-régionales. De plus, le retard important des moyens affectés à la psychiatrie infanto-juvénile doit faire l’objet d’une priorité de rattrapage au bénéfice de ce secteur.
La répartition entre les régions s’est fondée sur une approche populationnelle pondérée par un indicateur d’écart à la moyenne nationale du nombre d’ETP paramédicaux pour 100 000 habitants. Ce critère a été appliqué de manière différenciée à la psychiatrie générale et infanto-juvénile.
Sur la base de ces mêmes critères, les départements d’outre-mer font l’objet d’une prise en compte spécifique.
Cette « marge de manoeuvre régionale » doit permettre l’accompagnement des priorités suivantes :
a) Le renforcement des prises en charge ambulatoires au sein des CMP et la diversification des alternatives à l’hospitalisation complète
Cette priorité s’entend en terme d’intensification des créations dans les zones insuffisamment pourvues, remettant en cause l’accessibilité de l’offre. Elle s’entend également en terme d’adaptation et de diversification des réponses existantes, au profit en particulier d’une meilleure réponse aux demandes de soins non programmés et du développement d’horaires d’ouverture élargis ;
La diversité des modalités de prise en charge existantes et indispensables à l’amélioration des réponses aux besoins des patients ne se limite pas au champ des futurs objectifs quantifiés (hospitalisation complète, de jour, de nuit, appartements thérapeutiques, placement familial thérapeutique, centres de post-cure, centres de crise).
C’est pourquoi cette priorité vise également le développement d’autres prises en charge telles que les CMP et CATTP ou d’autres modalités aujourd’hui moins développées : équipes mobiles, psychiatrie de liaison, interventions voire hospitalisation à domicile (HAD). Sur ce dernier point, compte tenu des spécificités de cet exercice en psychiatrie, il vous appartient de veiller au respect du cahier des charges de l’HAD en psychiatrie tel que défini par la
circulaire DHOS/O n° 44 du 4 février 2004
 relative à l’hospitalisation à domicile.
Vous veillerez, en outre, à développer des organisations fédératives entre équipes, en particulier pour répondre à des besoins spécifiques soit sur le plan populationnel (adolescents, personnes âgées...) soit sur le plan organisationnel (horaires d’ouverture élargis, organisation de réponses aux demandes de soins non programmés, etc.).
b) La poursuite de l’adaptation de l’hospitalisation complète
Cette seconde priorité, fondée sur une appréhension qualitative de l’hospitalisation vise à assurer une répartition optimale des équipements sur l’ensemble du territoire et une meilleure adéquation aux besoins ainsi qu’à prévenir et résoudre des situations de recours inadéquat à l’hospitalisation.
Cet objectif général est étroitement corrélé au renforcement des interventions en amont et en aval de l’hospitalisation.
Vous veillerez à poursuivre l’amélioration de la réponse à la crise et à l’urgence engagée dans la plupart des régions depuis de nombreuses années afin de prévenir des recours inadéquats à l’hospitalisation (en particulier sans consentement), par le renforcement de la psychiatrie de liaison aux urgences de l’hôpital général sur la base du dispositif réglementaire en vigueur et par le développement de prises en charge psychiatrique de courte durée au sein de ces services (en application de la
circulaire du 16 avril 2003
 relative à la prise en charge des urgences).
Le renforcement des moyens humains affectés à l’hospitalisation complète devra contribuer aux objectifs spécifiques suivants :
- en psychiatrie infanto-juvénile, la création de lits, prioritairement dans les départements qui en sont dépourvus ;
- en psychiatrie générale, le rapprochement des unités d’hospitalisation complète éloignées de la population qu’elles desservent, de préférence à l’hôpital général et la diversification des réponses selon les modalités de prise en charge (hospitalisation sous contrainte, réadaptation/réhabilitation...) ou selon des publics ou des problématiques ciblées.
De manière transversale, cette priorité sera envisagée à la lumière de deux enjeux : d’une part, l’adaptation de l’organisation territoriale de ces équipements dans un double objectif d’accessibilité et de proximité et d’autre part, la qualité de l’organisation retenue pour ces équipements dans un objectif de renforcement des organisations fédératives et mutualisant les moyens de plusieurs équipes.
2. Des priorités spécifiques et incontournables :
Ces mesures correspondent à des priorités nationales identifiées par l’axe 4 du plan « psychiatrie et santé mentale » consacré à des programmes spécifiques. L’allocation des ressources qui en découle vous lie quant aux résultats attendus au titre de l’année 2005.
Le tableau annexé à la présente circulaire identifie, à ce titre, quatre priorités spécifiques et incontournables correspondant soit aux résultats d’appels à projet auxquels vous avez répondu, soit à des priorités identifiées au niveau national.
a) La création d’un premier centre ressource interrégional pour les auteurs d’infractions sexuelles en Rhône-Alpes.
L’amélioration de la prise en charge des auteurs d’infractions sexuelles constitue une priorité interministérielle santé-justice et repose notamment sur le déploiement, d’ici à 2008, de 5 centres de ressources interrégionaux, qui constitueront, à terme, un réseau national.
Ils constitueront des pôles de référence et de conseil, dont les objectifs sont d’améliorer et de diffuser les connaissances et les compétences auprès de l’ensemble des professionnels de la psychiatrie. Ils permettront, à terme, l’élaboration systématique pour tous les auteurs d’infractions sexuelles d’un projet global de prise en charge commun à l’ensemble des intervenants.
Ils associeront les professionnels sanitaires et concouront à la constitution d’un vivier de professionnels susceptibles d’être médecins coordonnateurs sur ce thème, médecins traitants et autres thérapeutes (psychologues, infirmiers...), superviseurs, experts judiciaires...
Ils devront développer des actions de formation des professionnels de soins psychiatriques, de recherche, en lien notamment avec l’université, de prévention, de développement de lieux et de temps d’échanges sur la clinique et les pratiques, de conseil et de supervision aux professionnels, d’évaluation des stratégies de soins pour les cas les plus difficiles, d’orientation des particuliers, d’animation de réseaux d’autres professionnels impliqués dans le suivi des auteurs d’infractions sexuelles et d’interlocuteur de l’administration.
Il est indispensable que l’équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, infirmier, secrétaire) associe l’ensemble des professionnels ressources de la région, en particulier ceux des équipes intervenant en milieu pénitentiaire, qu’ils appartiennent à un ou plusieurs établissements de santé, formellement associés autour du projet selon des modalités qu’il appartient à l’ARH de définir (conventions, fédération, etc.).
La vocation interrégionale de ce premier centre permettra, dans l’attente de la démultiplication du dispositif sur le territoire national, d’appréhender cette problématique au sein de la région Rhône-Alpes et avec les régions directement limitrophes.
b) La finalisation de la montée en charge du dispositif national d’urgence médico-psychologique en cas de catastrophe (circulaire du 28 mai 1997).
L’objectif de cette mesure est d’octroyer les moyens nécessaires aux ARH qui n’en ont pas bénéficié au titre de l’année 2003 et visant à la mise en place d’une cellule permanente à l’échelon régional, et dans les départements autres que ceux de la préfecture de région, comptant plus d’un million d’habitants et présentant un risque potentiel de catastrophe élevé.
Les financements alloués permettent le recrutement de 0,5 ETP de psychiatre, 0,5 ETP de psychologue ou d’infirmier, 0,5 ETP de secrétariat par cellule. Les dotations allouées aux départements de la Martinique et de la Guyane incluent le financement de la création d’une cellule dans chacun d’entre eux.
c) La première tranche de financement du volet sanitaire des centres de ressources autisme
Cette mesure ne relève pas directement du plan « psychiatrie et santé mentale » mais elle implique fortement les équipes de psychiatrie et appelle, à ce titre, des financements adaptés sur la période 2005-2006. Elle constitue une des mesures phare du plan autisme et a été précisée par la
circulaire interministérielle DGAS/DGS/DHOS/3C n° 2005-124 du 8 mars 2005
 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d’autisme et des troubles envahissants du développement. Le financement en 2005 du volet médico-social des centres identifiés a été notifié aux préfets de région par un courrier de la DGAS en date du 21 mai 2005.
S’agissant du volet sanitaire, les dotations ont été attribuées afin de pérenniser et renforcer les centres existants, de financer les centres autorisés en cours de démarrage et permettre l’aide au démarrage de nouveaux centres dans le cadre d’une montée en charge qui aboutira pleinement en 2006. Les demandes correspondant à des projets qui ne seront pas opérationnels dès cette année ont été exclues.
d) La première phase du financement d’équipes mobiles spécialisées de psychiatrie pour la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et d’exclusion
Ce dispositif constitue une priorité commune du comité interministériel de lutte contre les exclusions (annoncée le 6 juillet 2004) et du plan « psychiatrie et santé mentale », qui prévoit l’élaboration d’un cahier des charges d’ici la fin 2005. Le projet de cahier des charges prévoit la création d’équipes dédiées pluridisciplinaires coordonnées par un psychiatre. Elles seront positionnées à l’interface entre les acteurs sanitaires et sociaux, dans le cadre d’articulations formalisées entre les différents partenaires, pour des actions directes auprès des personnes en situation de précarité et d’exclusion et assureront également le soutien et la formation des professionnels de première ligne.
Cette première année constitue une phase d’impulsion, aussi les financements ont été répartis afin de renforcer les équipes mobiles existantes et de pérenniser les actions financées jusque là par des crédits d’Etat notamment dans le cadre des PRAPS, sous réserve que les demandes s’inscrivent dans la trame du futur cahier des charges.
Cette approche a conduit à exclure du financement au titre de 2005 les demandes visant à financer des interventions isolées (vacations, consultations ponctuelles) bien que celles-ci aient lieu dans des structures sociales et médico-sociales ainsi que les demandes portant sur des problématiques spécifiques (toxicomanie, parentalité, adolescents, etc.). Par ailleurs, le financement des projets qui ne sont pas immédiatement opérationnels a été reporté.
3. L’accompagnement et le suivi de la mise en oeuvre :
Outre le volet investissement déjà évoqué, la montée en charge de la mise en oeuvre du plan sera accompagnée par la mise à disposition des dispositifs réglementaires et recommandations utiles dans les domaines de l’organisation des soins (textes d’application de l’ordonnance de simplification, cahiers des charges de certaines prises en charge spécifiques : précarité, réseaux, centres de ressources AIS...) mais également dans le champ du handicap, des systèmes d’information (groupe de travail sur la valorisation de l’activité en psychiatrie), de la formation et des métiers (infirmiers et psychologues en particulier), des droits des patients (suite au rapport de l’IGAS et de l’IGSJ sur l’expertise de l’évolution de la loi de 1990).
Au plan régional, la psychiatrie et la santé mentale constitueront un des axes majeurs des futurs contrats d’objectifs entre la DHOS et les ARH. L’enjeu de transparence en terme de résultats de la politique initiée, notamment devant le comité national de suivi du plan et dans le cadre des nouvelles modalités de vote de la loi de financement de la sécurité sociale, exige de mettre en place un reporting détaillé, dont le cadre vous sera transmis prochainement, et qui devra permettre d’apprécier les réalisations de 2005 dès la fin de l’année.
De plus, il vous appartient d’intégrer l’allocation de ressources aux établissements concernés dans le cadre de la négociation des contrats d’objectifs et de moyens, en lien avec les objectifs du SROS. Une attention particulière sera portée sur la contractualisation et la traçabilité des objectifs et des moyens attribués à la psychiatrie au sein des établissements non spécialisés. Vous veillerez, en outre, à assortir ces objectifs d’organisation des soins, de dispositions relatives à la formation, aux pratiques et aux systèmes d’information. L’objectif est une contractualisation exhaustive des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie à l’horizon 2008.
II.2.2. Les autres mesures de santé publique
Le financement des deux unités hospitalières sécurisées interrégionales mises en place en 2005 a été notifié par les courriers du 4 mai 2005 aux agences de l’hospitalisation concernées. Les dotations régionales de financement des MIGAC sont augmentées en conséquence.
La part prise en charge par l’assurance maladie pour le financement des contrats d’interface « chercheurs » conclus entre l’INSERM et les centres hospitaliers universitaires issus de l’appel d’offre de 2004 a été notifiée par courriers du 13 mai 2005. Le montant alloué en 2005 par contrat est de 17 260 euros compte tenu d’une date d’effet au 1er avril 2005. Les montants alloués ont été intégrés à titre non reconductible dans les dotations régionales de financement des MIGAC.
II.3. Autres mesures
II.3.1. Le volet investissement du plan Hôpital 2007
Dans l’attente de l’analyse des bilans région par région des réalisations des opérations programmées dans le cadre du plan hôpital 2007, un acompte correspondant à 50 % de l’enveloppe allouée en 2004 a déjà été intégré dans les dotations régionales de l’année en cours notifiées par la circulaire du 5 avril 2005.
Les rencontres ARH/DHOS/MAINH qui se sont déroulées de mars à mai 2005 ont permis de constater une dynamique de réalisation du plan Hôpital 2007 satisfaisante puisque 84 % de l’objectif fixé pour la période 2003-2004 ont été atteints et que 22,7 % de l’objectif global fixé pour le plan Hôpital 2007 sont réalisés à la fin de l’exercice 2004. Par ailleurs, le niveau des investissements des établissements publics de santé hors plan Hôpital 2007 a été maintenu à son niveau antérieur à 2003, évalué à 3 milliards d’euros.
En revanche, l’examen à mi-plan du niveau d’avancement des opérations inscrites dans le plan Hôpital 2007 a permis d’identifier quelques opérations dont la faisabilité dans la période Hôpital 2007 paraît incertaine ou impossible.
A l’issue du bilan ainsi réalisé, les aides FMESPP et ONDAM initialement prévues pour l’année 2005 ont, le cas échéant, été ajustées en fonction du niveau de réalisation des opérations inscrites dans le plan. La répartition des crédits dépenses encadrées ONDAM, entre la dotation MIGAC et la dotation DAF a été effectuée sur la base de la nature des opérations qui font l’objet du soutien financier. Les taux de conversion en dépenses assurance maladie utilisés sont les taux moyens nationaux indiqués dans la circulaire du 5 avril 2005 précitée. Ces montants figureront dans la notification qui sera adressée à chaque région pour préciser les points principaux examinés lors de la revue Hôpital 2007.
II.3.2. La climatisation des établissements
Il a été décidé en 2004 de contribuer au financement de l’installation de systèmes de rafraîchissement ou de climatisation dans les établissements de santé qui en étaient dépourvus en allouant des crédits destinés à prendre en charge les surcoûts de groupe IV (amortissements et frais financiers) liés à cette installation pendant 5 ans. Vos dotations régionales des MIGAC sont donc majorées du montant pris en charge par l’assurance maladie correspondant au montant en dépenses alloué en 2004. Il vous appartient d’effectuer la répartition entre MIGAC et DAF. Comme indiqué l’an dernier lors de l’attribution de la première tranche ces crédits sont non reconductibles mais seront maintenus pendant 5 ans, soit jusqu’en 2008.
II.3.3. Les mesures en faveur des départements d’outre-mer
Comme les années précédentes, un financement spécifique a été réservé afin de poursuivre de la politique de rattrapage de l’offre de soins des DOM. Un montant de 6,4 millions d’euros a été réparti en fonction du niveau d’équipement de chaque département après analyse des demandes prioritaires présentées par les agences régionales de l’hospitalisation concernées. Ce financement a été intégré dans les dotations MIGAC pour la Réunion, la Guadeloupe et la Martinique et dans la dotation DAF pour la Guyane. Pour les trois premiers départements vous avez la possibilité d’opérer les ajustements entre dotations qui s’avèreraient nécessaires. Un bilan de l’utilisation des montants alloués devra être adressé à la direction de l’hospitalisation et de l’organisation des soins d’ici la fin de l’année.
II.3.4. Les mesures ponctuelles
Les mesures ponctuelles qui ont fait l’objet d’une notification sont intégrées dans les dotations concernées. Un état récapitulatif détaillé de ces mesures vous sera adressé parallèlement à l’envoi de la présente circulaire.
III. - LA GESTION DE LA SUITE DE LA CAMPAGNE BUDGÉTAIRE
III.1. La reprise des plus ou moins values de l’exercice 2004
Les établissements ayant été financés en 2004 dans le cadre de la dotation globale, le dispositif prévu à l’article R. 714-3-49 III du code de la santé publique a été maintenu pour 2005 par le décret du 14 janvier 2005 susvisé (cf. 6e alinéa de l’art. 11, pour le calcul de la DAF 2005, et 2e alinéa de l’art 12, pour le calcul de la DAC 2005). L’excédent ou le déficit de recettes de groupe 2 constaté à la clôture de l’exercice 2004 est affecté à la couverture des charges d’exploitation ou ajouté aux charges d’exploitation autorisées au dernier budget rendu exécutoire de l’exercice en cours. Les tarifs de prestations et le montant de la dotation annuelle de financement (ou de la dotation annuelle complémentaire) sont diminués ou majorés en conséquence.
Vos dotations régionales devront être modifiées pour vous permettre de financer effectivement cette disposition. C’est pourquoi nous vous demandons de renseigner dans les délais prévus la version V0 de l’outil ARBUST qui sert de support à l’information nécessaire.
III.2. La fin de campagne
La gestion de la fin de campagne reste conditionnée aux décisions qui seront prises à la suite de l’enquête de l’IGAS et de l’IGF en cours sur le dépassement de l’exercice 2004. Par ailleurs, certaines mesures ne peuvent être allouées dès maintenant, soit parce que les dispositions réglementaires nécessaires n’ont pas encore été prises soit parce que leur répartition est soumise à des appels à projets dont l’examen est en cours. Il s’agit principalement des mesures salariales évoquées plus haut, de mesures en faveur des praticiens hospitaliers découlant du protocole du 31 mars 2005 et des mesures des programmes de santé publique soumises à appels à projets (PHRC, programmes innovations thérapeutiques et diagnostiques, tumorothèques, laboratoires d’oncogénétique, centres de référence pour les maladies rares, etc.). L’ensemble des mesures encore à prendre devraient vous être notifiées au début de l’automne pour vous permettre une meilleure planification des révisions budgétaires des établissements.
Vous voudrez bien nous faire part, sous le présent timbre, des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre de la présente circulaire.
Le ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand
ANNEXE I
CAMPAGNE BUDGÉTAIRE 25
Dotations régionales des DAF au 30 juin 2005
Voir document original
ANNEXE II
CAMPAGNE BUDGÉTAIRE 2005
Dotations régionales des MIGAC au 30 juin 2005
ANNEXE III
Dotations régionales des DAC au 30 juin 2005
ANNEXE IV
PLAN SANTÉ MENTALE