

Ministère de la Santé et des Sports

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction des affaires financières

Bureau du financement de l'hospitalisation
publique et des activités spécifiques de soins pour les
personnes âgées (F2)

Bureau du financement de l'hospitalisation privée (F3)

DHOS / F2 / N°

Personne chargée du dossier : Anne-Sophie MOYNIÉ

E-mail : anne-sophie.moynie@sante.gouv.fr

Téléphone : 01 40 56 50 11

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Sous-direction du financement du système de soins

La Ministre de la Santé et des Sports

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs des
agences régionales de l'hospitalisation (pour mise
en œuvre)

Madame et Messieurs les Préfets de régions
Directions régionales des affaires sanitaires et
sociales (pour information)

Mesdames et Messieurs les Préfets de
départements

Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales (pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la
campagne tarifaire 2009 des établissements de santé

Date d'application : Immédiate

NOR :

Grille de classement :

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

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

Textes de références :

- Code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-13, L.174-1, L.174-1-1, D.162-6 à D.162-8, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4, et R.174-2 ;
- Code de la santé publique, notamment les articles L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;
- Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale et notamment son article 33 modifiée;
- Décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 4 modifié ;
- Arrêté du 27 décembre 2004 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale pour les années 2005, 2006 et 2007 ;
- 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 26 octobre 2006, modifié, 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 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Annexes :

Annexe I : montants régionaux MIGAC, DAF, DAF-USLD

Annexe II : Mesures de santé publique

Annexe III : Mesures relatives au personnel

Annexe IV : Evolution du modèle de financement des activités de court séjour

Annexe V : Dotation nationale de financement des MIGAC

Annexe VI : Financement des activités de soins de suite ou réadaptation et des hôpitaux locaux Annexe VII : Financement des activités de psychiatrie Annexe VIII : Financement des unités de soins de longue durée (USLD)

La campagne 2009 s'inscrit dans un processus de modernisation et d'amélioration de notre offre de soins notamment hospitalière. Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, actuellement en discussion au Parlement, en constitue un pilier essentiel. Ce processus implique également un renforcement de l'efficacité des établissements. Il est accompagné par une politique de soutien aux investissements hospitaliers dans le cadre du plan Hôpital 2012 qui est actuellement mis en œuvre.

La campagne 2009 marque donc une étape importante dans le financement des établissements de santé. J'ai souhaité procéder à certains ajustements du modèle de financement qui vont permettre une allocation plus juste des ressources en tenant davantage compte de la lourdeur des prises en charge. La nouvelle version de la classification des séjours, l'exploitation des données de la première étude nationale de coûts à méthodologie commune pour les deux secteurs public et privé, l'introduction d'un financement spécifique pour l'accueil et le soin des patients en situation de précarité et pour la permanence des soins hospitalière répondent à cet objectif.

Ces évolutions s'inscrivent dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dont le Parlement a fixé le montant à 157,6 milliards d'euros pour l'année 2009. Au sein de cet objectif, les dépenses relatives aux établissements de santé s'élèvent à 69,6 milliards d'euros, soit une progression de + 3,1 % par rapport à 2008, ce qui représente une progression équivalente à celle de la médecine de ville. Dans la situation économique et financière actuelle, une telle progression représente un effort significatif pour ce secteur.

1. La progression de l'ONDAM hospitalier donne les moyens de mettre en œuvre une politique de santé ambitieuse tout en poursuivant l'effort de modernisation et d'efficacité engagé par les établissements de santé

Au sein de l'ONDAM, les objectifs de dépenses régulées des établissements de santé, hors fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), progressent globalement de 3,18 %.

Hors effets de champ, l'évolution par objectif se décompose comme suit :

- l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) de + 3,16 % (43,134 milliards d'euros) ;
- la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) de + 4,73 % (7,694 milliards d'euros) ;
- l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) de + 2,92 % (15,515 milliards d'euros), dont 1,202 milliards d'euros pour les USLD ;
- l'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation (OQN) de + 5,94 % (2,176 milliards d'euros).

Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est doté de 190 millions d'euros. A titre exceptionnel, un financement complémentaire de 70 millions d'euros lui est attribué en 2009 à partir du budget de l'Etat au titre du plan de relance pour financer la sécurisation des établissements ayant une activité en santé mentale.

1.1. Les plans de santé publique s'inscrivent dans une démarche constante d'amélioration de l'accès à des soins de qualité pour l'ensemble de la population

L'année 2009 sera celle d'une consolidation de la politique de santé publique que le gouvernement met en œuvre depuis deux ans et qui est articulée autour de quatre axes structurants :

- **l'accompagnement du vieillissement de la population**, un défi majeur pris en compte dans le cadre des plans Alzheimer et Solidarité grand âge ;
- **l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des patients**, notamment par une meilleure prise en charge des patients atteints de cancer, le développement des soins palliatifs, l'accès à l'éducation thérapeutique, la prise en charge de la douleur, la lutte contre les infections nosocomiales ;
- **l'optimisation des filières de soins**, en amont et en aval du court séjour avec le renforcement de la filière des urgences et le développement des soins de suite et de réadaptation ;
- **l'accès aux soins** pour des populations spécifiques : prise en charge psychiatrique pour les personnes en situation de précarité, prise en charge des addictions, développement de la prise en charge médicale des détenus.

L'année 2009 est la deuxième année de mise en œuvre du plan Alzheimer dont les objectifs pour les établissements de santé sont l'amélioration de l'accès au diagnostic et l'optimisation du parcours de soins ; l'amélioration de l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie ; le développement de la recherche et la promotion d'une réflexion et d'une démarche éthique. Les moyens nouveaux prévus en 2009 s'élèvent à 24,6 M€ dont en 7,2 M€ en investissement.

Dans la perspective d'un objectif de doublement d'ici 2012 des capacités d'accueil des patients en fin de vie, les moyens en faveur du développement des soins palliatifs, en particulier en soins de suite, sont renforcés. L'ensemble des mesures nouvelles indispensables à l'amélioration de la gradation des soins et au développement des filières, à la diffusion de la culture de l'accompagnement de la fin de vie représentent 36,5 M€ en 2009

Les différentes mesures inscrites dans les plans de santé publique bénéficient d'un financement à hauteur de 390 millions d'euros en 2009 en tarifs (développement d'activité) et en dotations (cf. annexe II).

1.2. Les établissements de santé doivent poursuivre leurs efforts d'efficience

Je rappelle l'objectif de retour à l'équilibre financier des établissements de santé fixé par le Président de la République. Vous serez particulièrement attentifs à ce que chaque établissement de santé intensifie ses efforts pour améliorer son efficience par une meilleure organisation interne et par la recherche de synergies avec les autres établissements.

Vous avez à votre disposition un ensemble de dispositifs pour accompagner les projets de réorganisation des établissements de santé. Le programme d'aide à l'investissement Hôpital 2012 est destiné à encourager les opérations de reconstitution hospitalière et de mise en œuvre des SROS. Je transmettrai des instructions pour qu'à l'avenir la priorité soit donnée aux projets liés à la mise en place des communautés hospitalières de territoires. D'autres financements apportés notamment par le FMESPP pourront également être mobilisés pour impulser des opérations innovantes.

Un guide d'aide à l'élaboration des contrats de retour à l'équilibre vous a été fourni au mois de juillet dernier (circulaire n°233 relative à l'équilibre financier des établissements de santé).

Comme les années précédentes, le suivi de l'exécution des EPRD sera assuré par les états quadrimestriels qui retraceront notamment l'évolution des effectifs.

2. La campagne 2009 marque une nouvelle étape dans l'évolution du modèle de financement des établissements de santé exerçant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique

2.1 Le modèle de financement des activités MCO évolue pour mieux ajuster les ressources allouées au travers des tarifs à la lourdeur des prises en charge

2.1.1 Les changements induits par la nouvelle version de la classification des groupes homogènes de malades

La version 11 de la classification des groupes homogènes de malades (GHM), qui entre en vigueur à compter du 1^{er} mars 2009, marque une nouvelle étape dans la description médico-économique des séjours. En introduisant quatre niveaux de sévérité, la V11 permet de mieux prendre en compte la lourdeur des prises en charge (état de gravité du patient et, le cas échéant, la durée de séjour). Elle identifie également plus nettement qu'aujourd'hui les activités strictement ambulatoires. Au total, la nouvelle classification issue de la V11 comporte près de 2 300 GHM contre moins de 800 pour la précédente version de la classification.

2.1.2 La prise en compte des données issues de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (E.N.C.C)

Une étude nationale de coûts à méthodologie commune a été lancée en concertation avec les fédérations d'établissements en vue d'exploiter des données économiques, médicales et d'activité recueillies pour l'année 2006 auprès d'un échantillon d'établissements des deux secteurs.

Les résultats de l'ENCC ont permis de déterminer des coûts moyens par GHM et ont été pris en compte pour fixer la hiérarchie des tarifs nationaux des prestations d'hospitalisation des établissements de santé ex-DG, d'une part, et ex-OQN, d'autre part.

2.1.3 Les autres évolutions du modèle de financement

Pour répondre aux attentes des établissements de santé, des critères d'éligibilité justifiant le paiement du supplément « surveillance continue » lors du passage du patient dans une unité reconnue s'appliqueront à compter du 1^{er} mars 2009 (cf. annexe IV-4). S'agissant plus particulièrement des établissements ex-OQN, la suppression des suppléments liés au classement (« droit d'option ») est effective à compter de la même date.

La disparition du coefficient de haute technicité des établissements ex-OQN a également été annoncée l'année dernière. Elle s'est accompagnée de la création du forfait annuel de haute technicité dont le montant correspond aux recettes d'assurance maladie (hors participation de l'assuré) perçues par les établissements au titre de l'application du coefficient de haute technicité aux tarifs des prestations d'hospitalisation. Comme prévu, la diminution de 25% du forfait est engagée à compter du 1^{er} mars 2009, les montants correspondant à cette diminution étant répartis sur des tarifs nationaux de prestations d'hospitalisation correspondant à des GHM représentatifs d'une haute technicité réactualisée.

Par ailleurs, j'ai donné des instructions pour que l'activité d'accueil et de traitement des urgences puisse être financée pour l'ensemble des patients pris en charge (cf. annexe IV-2).

Enfin, j'ai souhaité que des dispositions soient prises dans la LFSS pour 2009 pour maîtriser l'évolution des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux onéreux par l'amélioration de la qualité des pratiques et la recherche de l'efficacité des soins. En application de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale, le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux de la liste en sus est fixé pour 2009 à 10%. Vous recevrez très prochainement des instructions sur la méthode d'analyse de l'évolution des prescriptions et sur la définition des plans d'actions que vous serez amenés à conclure avec les établissements de santé.

Je rappelle que le passage à la tarification à l'activité des hôpitaux du service de santé des armées est effectif à compter du 1^{er} janvier 2009, ce qui contribuera à conforter le rôle de ces établissements dans l'offre de soins hospitaliers.

2.2 Le modèle de financement rénové est appliqué en 2009 de manière raisonnée et intègre par ailleurs les premiers effets de la convergence

2.2.1 Une mise en œuvre raisonnée du modèle de financement rénové

J'ai souhaité que les évolutions induites par la mise en œuvre du modèle de financement rénové prennent également en compte d'autres priorités de ma politique.

Il s'agit tout d'abord de **la mise en œuvre des priorités de santé publique**. La lutte contre le cancer et le développement des soins palliatifs figurent au rang de ces priorités, comme le Président de la République l'a rappelé à plusieurs reprises. J'ai donc veillé à ce que les tarifs construits à partir des données issues de l'échelle nationale de coûts à méthodologie commune et de la nouvelle version de la classification des séjours (V11) ne remettent pas en cause ces grandes orientations de santé publique. J'ai également été très attentive à la valorisation des activités lourdes qui sont essentiellement pratiquées dans les CHU.

J'entends également poursuivre **les politiques tarifaires incitatives** en faveur de prises en charge. Le développement de la chirurgie ambulatoire a ainsi été encouragé et j'ai souhaité que cet effort se poursuive au travers, notamment, de la mise en place d'un tarif unique entre le séjour en ambulatoire et le premier niveau de sévérité pour un certain nombre de GHM. J'ai également veillé à ne pas pénaliser l'accouchement par voie basse et, pour le secteur privé à but lucratif, à poursuivre la revalorisation du tarif "nouveau né".

J'ai veillé à ce que soit assurée une application maîtrisée, par grande catégorie d'activité, du modèle de financement rénové.

Cette méthode de construction des tarifs, fondée sur des critères objectifs et transparents, pourra être reproduite pour les campagnes tarifaires ultérieures en prenant en compte les données actualisées de l'ENCC.

2.2.2 La poursuite de la convergence intra-sectorielle

La mise en œuvre d'un modèle de financement rénové n'interrompt pas le processus de convergence tarifaire intra-sectorielle engagé depuis 2005. J'ai décidé de retenir pour la campagne 2009 **un taux moyen régional de convergence de 33,33% commun aux deux secteurs**, soit un tiers de l'effort de convergence restant à accomplir d'ici 2012.

Pour chaque secteur, il vous est possible d'accélérer cette année le taux de convergence fixé au niveau national, comme vous pouvez le faire depuis plusieurs années pour les cliniques, en accordant aux établissements sous-dotés une masse financière supplémentaire prélevée sur les établissements sur dotés, dans le respect de votre enveloppe théorique régionale.

2.2.3 La campagne 2009 marque la volonté de mieux identifier certaines missions des établissements et de leur associer un financement spécifique

A ce titre, le financement de la prise en charge des patients en situation de précarité et de la permanence des soins hospitalière évoluera.

La prise en charge de patients en situation de précarité engendre, de l'avis de tous les professionnels, des surcoûts structurels et / ou liés à l'allongement de la durée de séjour. J'ai décidé de rémunérer spécifiquement les établissements plus particulièrement exposés à l'accueil et à la prise en charge de ces populations et d'abonder à ce titre vos dotations régionales de financement des MIGAC de 100 millions d'euros pour 2009 (95 millions d'euros pour les établissements ex-DG et 5 millions d'euros pour les établissements ex-OQN issus d'un prélèvement sur la masse tarifaire). Le montant et la répartition de cette enveloppe ont été déterminés à partir d'indicateurs (bénéficiaires de CMU, CMUC, AME et AMESU). Vous devrez allouer ces dotations aux établissements conformément au ciblage ainsi retenu (cf. annexe IV-3)

S'agissant de la permanence des soins hospitalière (PDSH), dont je rappelle qu'elle constitue une mission de service public, elle correspond à l'accueil des nouveaux patients nécessitant des soins urgents la nuit, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés.

A partir des résultats des premiers travaux qui portent sur le secteur public (les gardes et astreintes des médecins des établissements ex-OQN étant financées par l'enveloppe des soins de ville, les moyens nécessaires devant vous permettre de rémunérer les établissements assurant effectivement la PDSH.) vous sont délégués dès 2009.

Les dépenses d'assurance maladie correspondant à la permanence des soins médicale ont donc été retranchées des tarifs des établissements ex-DG afin de vous permettre de réallouer cette enveloppe en dotation MIG aux établissements concernés (633 millions d'euros à partir du 1^{er} mars 2009, soit 760 millions d'euros en année pleine). Il me semble important que vous engagiez dès 2009 une réorganisation de la permanence des soins hospitalière dans votre région qui permettra d'allouer progressivement ces crédits en fonction d'une organisation optimisée.

Ces modifications importantes par le rapprochement du champ des charges financées par les tarifs auront également pour effet de réduire l'écart tarifaire entre les deux secteurs.

2.3 La progression des tarifs en 2009

L'ODMCO progresse de 3,16 %, ce qui permet de dégager une marge tarifaire de 931 millions d'euros.

Les tarifs applicables à partir du 1^{er} mars 2009 intègrent toute la marge de progression de l'ODMCO après constitution de provisions pour faire face à la progression de l'activité valorisée et des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux facturés en sus des prestations. Ces provisions ont été réalisées en prenant une hypothèse d'amélioration du codage induit par le changement de classification à hauteur de 0,5%, une estimation d'augmentation de 1,7% du volume des prestations d'hospitalisation ou des consultations et actes externes facturés ou valorisés et une prévision d'augmentation de 10% des dépenses de médicaments et produits remboursés en sus des prestations.

2.4. L'augmentation de la dotation nationale de financement des MIGAC accompagne les évolutions du modèle de financement 2009 et la mise en œuvre des plans de santé publique

L'objectivation dans la fixation des montants des dotations MIGAC et la nécessaire transparence dans leur utilisation demeurent essentielles et constituent les fils conducteurs de mon action en ce domaine.

La campagne 2009 est marquée :

- par la poursuite de la réforme du financement des MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) engagée en 2008 (cf. annexe V) ;
- par une nouvelle étape de redéploiements interrégionaux visant à la fois les missions d'intérêt général à caractère régional et vos crédits d'aide à la contractualisation (cf. annexe V) ;
- par un transfert de 733 millions d'euros de l'enveloppe tarifaire vers la dotation MIGAC au titre du financement de la prise en charge de la précarité et de la permanence des soins hospitalière.

En ce qui concerne la doctrine d'utilisation de la dotation MIGAC, j'appelle particulièrement votre attention sur la plus grande transparence qui s'impose à vous en matière d'attribution des crédits. Le recours à la procédure d'appels à projets doit être privilégié dès lors que les financements sont liés à une prestation de service, notamment pour certaines missions d'intérêt général. **Je rappelle en effet que tous les établissements publics ou privés ont vocation à obtenir des dotations de financement des MIGAC.** Dès lors, en vous appuyant sur le guide de contractualisation, vous veillerez à ce que chaque mission d'intérêt général puisse être contractualisée, pour un montant fixé annuellement, avec des moyens de mise en œuvre affichés et des indicateurs de résultats attendus. Les modélisations de financement des missions d'intérêt général qui vous sont fournies dans ce guide doivent donc être utilisées afin d'éviter le maintien de disparités infondées entre établissements de santé.

S'agissant enfin de **vos marges de manœuvre régionale**, je vous rappelle que vous devez strictement les utiliser **à titre non reconductible**, afin de pouvoir reconsidérer chaque année les montants affectés pour soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et/ou de retour à l'équilibre ou encore pour prendre en compte les contraintes locales en matière d'organisation des soins. Je rappelle que ces financements peuvent être alloués à l'ensemble des établissements de santé notamment à ceux ayant une activité d'hospitalisation à domicile en vue de l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient.

A titre exceptionnel, une enveloppe de 100 millions d'euros est réservée pour l'accompagnement des établissements publics et privés subissant des effets revenus significatifs du fait de l'application des tarifs issus du modèle de financement rénové. Une première délégation de 66 millions d'euros vous est attribuée en début d'année.

Enfin, l'aide exceptionnelle dégressive allouée en 2008 et destinée à accompagner les établissements de santé privés antérieurement financés par dotation globale dans leurs efforts de retour à l'équilibre est reconduite à hauteur de 13 millions d'euros. Vous attribuerez ces crédits aux établissements confrontés à des difficultés structurelles liées à l'adaptation aux contraintes de coût spécifiques qu'ils rencontrent et à la recherche du positionnement stratégique adéquat dans l'offre de soins territoriale. Cette aide continuera à être dégressive pendant la durée de la convergence intrasectorielle.

3. Le développement et la médicalisation des soins de suite et de réadaptation et des activités de psychiatrie

3.1. Une évolution du modèle de financement spécifique aux soins de suite et de réadaptation

En attendant la mise en place d'un modèle de financement à l'activité en soins de suite et de réadaptation prévu à l'horizon 2011 ou 2012, un modèle intermédiaire a été élaboré pour prendre en compte l'activité réalisée dans l'allocation de ressources. **Un indice de valorisation de l'activité (IVA)** a été calculé en additionnant les scores des variables identifiées comme statistiquement explicatives des variations de coûts : la morbidité dominante, l'âge, les actes de rééducation, la dépendance physique, la dépendance cognitive, les comorbidités associées et le type de prise en charge.

Ce modèle intermédiaire sera appliqué à partir de la campagne tarifaire de 2009 pour assurer une meilleure justice dans l'affectation des ressources disponibles et préparer les établissements de santé à la mise en œuvre prochaine de la tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation.

Compte tenu de leur mode de financement respectif, la modulation du financement de chaque établissement prend une forme différente selon les secteurs :

- pour les établissements sous dotation globale, une modulation sur une fraction de 2% de la dotation annuelle de financement ;
- pour les établissements sous OQN, une modulation sur une fraction de 0,5 % du taux d'évolution tarifaire national.

3.2. L'évolution des dotations pour les établissements anciennement financés par dotation globale

Une enveloppe de 75 millions d'euros vous est déléguée pour accompagner l'augmentation de l'activité, les besoins de médicalisation et la diversification des modes de prise en charge, **tant en psychiatrie qu'en soins de suite et de réadaptation et dans les hôpitaux locaux.**

Des financements complémentaires sont alloués pour le développement des soins de suite et de réadaptation et de la psychiatrie.

Le développement du SSR bénéficie d'une mesure nouvelle de 65 millions d'euros dont 30 millions d'euros pour créer de nouvelles places et 35 millions d'euros au titre des plans de santé publique (plans « urgences », « solidarité grand âge », « Alzheimer » et « soins palliatifs »).

Par ailleurs, je vous invite à couvrir une partie du besoin de développement du SSR par des opérations de reconversion d'établissements de santé de court séjour. Une nouvelle disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 permet de réaliser des opérations de fongibilité tout au long de l'année. Des instructions vous seront adressées prochainement sur les conditions d'éligibilité des opérations à une fongibilité des crédits entre sous-objectifs de l'ONDAM.

Concernant la psychiatrie, j'ai décidé d'allouer une enveloppe de 7 M€ pour accompagner la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. Vous veillerez à attribuer ces financements en privilégiant les établissements pour lesquels l'application de ce nouveau dispositif est susceptible d'entraîner des difficultés particulières de mise en œuvre (cf. annexe VII).

De plus, les financements vous sont délégués pour améliorer l'accès aux soins psychiatriques dans le cadre du plan autisme et du plan de lutte contre l'exclusion.

Je vous rappelle que les établissements ayant une activité en psychiatrie bénéficieront également, dans le cadre du plan de relance, de 70 M€ de crédits d'aide à l'investissement pour la sécurisation de leurs services et pour la création de quatre unités pour malades difficiles.

3.3. Les évolutions tarifaires dans le secteur privé

L'effort lié au développement du SSR se poursuit et se traduit par un abondement de 30 millions d'euros de l'OQN. Par ailleurs, les crédits en provenance des plans de santé publique (« solidarité grand âge », « Alzheimer » et « soins palliatifs ») ont été pris en compte dans la construction tarifaire nationale.

Fixée à + 1,5 % en 2009, l'évolution moyenne nationale des tarifs du secteur SSR se décompose en un taux d'évolution « de base » de + 1% et un taux complémentaire de + 0,5% modulé entre les régions en fonction de la valeur de l'indice de valorisation de l'activité (IVA) de l'établissement. Je vous invite à être très vigilant sur le rythme d'ouverture des nouvelles structures de SSR en vue de maintenir la progression d'activité dans des proportions compatibles avec le respect global de l'objectif quantifié national.

Pour les établissements ayant une activité de psychiatrie, l'évolution moyenne nationale des tarifs est fixée à + 1,5% en 2009 et se décompose en un taux d'évolution « de base » de + 1 % et un taux complémentaire de +0,5% correspondant à un effort d'harmonisation tarifaire entre régions.

4. La poursuite de la partition des USLD et l'introduction progressive du financement en fonction du profil des patients

La réforme des USLD se met en œuvre à un rythme satisfaisant : 54% des capacités auront fait l'objet d'une partition au 1er janvier 2009, correspondant à 64% de la masse financière des dotations « soins ». Cette seconde vague de partition, qui concerne 300 établissements, a entraîné un transfert de 254 millions d'euros de l'ODAM vers l'objectif général de dépenses géré par la CNSA et un abondement des dotations « soins » à hauteur de 50 millions d'euros. Je vous rappelle que la réforme vise à recentrer les USLD sur leur activité sanitaire. Vous veillerez, dans le cadre de la contractualisation, à ce que les USLD ainsi redéfinies accueillent des patients requérant des soins médico-techniques lourds.

Pour 2009, la valeur du point est fixée à 12,83 euros et s'applique selon les modalités détaillées en annexe VIII.

Le processus de partition des USLD doit se terminer cette année. Vous veillerez à présenter vos propositions à mes services dans le respect du calendrier défini dans la circulaire n°340 du 17 novembre 2008, c'est-à-dire pour le 30 avril 2009.

5. La mise en œuvre et le suivi de la campagne

La présente circulaire délègue 73 % des mesures nouvelles en dotations qui sont allouées dans le cadre de la campagne 2009. Compte tenu de l'importance des financements affectés à l'activité, il convient de souligner que le ministère ne conserve, pour des délégations ultérieures, que 0,8 % de l'ONDAM hospitalier (hors FMESPP).

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

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

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

Compte tenu des enjeux, le suivi de la campagne 2009 fera l'objet d'une attention particulière. Je vous demande de veiller rigoureusement à l'exhaustivité et à la qualité des informations que vous remonterez.

La transparence sur vos délégations et sur l'utilisation des moyens alloués est la contrepartie de l'octroi de marges de manœuvre régionales et d'une organisation déconcentrée au service de nos concitoyens.

La Ministre de la Santé et des Sports

signé

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Base 2009	Rééquilibrage MIG à caractère régional (R)	Redéploiement interrégional AC (R)	Réforme MERRI - Redéploiement interrégional (R)	Transferts inter-régionaux (R)	Base 2009 après transferts	Effort d'économies (R)	Réforme MERRI - mesures nouvelles 2009 (MIG) (R)	Mesures de reconduction (mesures salariales et effet prix) (MIG) (R)	Recrutement apprentis préparateurs en pharmacie (AC) (NR)	Transforma- tion emplois MCUPH d'odontologie (MIG) (R)	Programme développement soins palliatifs - Equipes mobiles - Ets ex-DG et ex- OQN (MIG) (R)	Plan Urgences - Equipes mobiles gériatrie (MIG) (R)
Alsace	175 346,24			-1 146,03		174 200,21	-854,53	851,73	2 332,23	31,60	32,40	347,28	167,85
Aquitaine	248 818,63			-666,89		248 151,74	-1 276,84	1 056,99	3 484,80	42,14	32,40	387,43	437,40
Auvergne	128 302,11			1 387,37		129 689,48	-614,82	495,29	1 678,01	5,27	97,20	323,18	111,33
Bourgogne	133 339,37			405,95		133 745,33	-624,22	463,88	1 703,65	26,34		120,46	93,12
Bretagne	236 287,54	1 695,85	717,41	-802,37		237 898,42	-1 167,26	855,01	3 185,75	26,34	97,20	363,34	423,40
Centre	199 117,65			-799,64		198 318,01	-869,98	543,33	2 374,40	31,60		136,52	297,49
Champagne-Ardenne	137 697,64	-855,01		55,96		136 898,59	-585,34	417,41	1 597,54	31,60	32,40	64,25	161,10
Corse	27 104,64	-412,98		0,00		26 691,66	-101,74	0,00	277,68	5,27		16,06	80,71
Franche-Comté	100 243,08	-1 096,49		284,34		99 430,94	-452,77	346,74	1 235,73	10,53		56,22	53,31
Ile-de-France (hors AP-HP)	533 730,85			7 181,48	-151,00	540 761,33	-1 861,36	1 521,80	5 080,12	36,87		636,38	456,42
Languedoc-Roussillon	199 740,09		1 090,82	1 154,34		201 985,25	-1 030,25	1 026,77	2 811,82	47,41	32,40	371,37	138,36
Limousin	85 735,34	-479,33	-551,94	479,31		85 183,37	-386,26	349,74	1 054,20	15,80		299,09	84,11
Lorraine	223 007,80			-854,93		222 152,87	-1 010,17	793,04	2 757,02	73,74		136,52	562,72
Midi-Pyrénées	276 825,56	-2 839,32		-1 128,27		272 857,96	-1 340,89	1 021,81	3 659,64	21,07		168,65	154,73
Nord-Pas-de-Calais	325 547,24			844,36		326 391,60	-1 595,86	1 208,94	4 355,51	100,08	32,40	427,58	291,31
Basse-Normandie	137 608,35			-2 004,29		135 604,06	-672,01	436,11	1 834,09	5,27		120,46	140,78
Haute-Normandie	157 081,33		-1 282,81	543,36		156 341,88	-671,52	557,85	1 832,75	36,87		331,22	241,28
Pays-de-la-Loire	219 194,05	2 562,69		3 727,74		225 484,47	-1 118,52	1 040,77	3 052,72	31,60		184,71	296,88
Picardie	154 673,71	1 491,41	-1 165,25	206,98		155 206,84	-671,84	459,01	1 833,61	63,21		339,25	207,77
Poitou-Charentes	126 422,23	-1 546,85	1 191,77	-159,65		125 907,50	-591,94	339,84	1 615,55	10,53		112,43	299,31
Provence-Alpes-Côte d'Azur	457 215,30			-1 942,83		455 272,47	-2 393,37	1 849,68	6 532,11	68,47	64,80	710,61	258,94
Rhône-Alpes	588 119,70			401,32		588 521,03	-2 807,61	2 606,18	7 662,67	110,61		782,89	554,51
France métropolitaine	4 871 158,46	-1 480,04	0,00	7 167,60	-151,00	4 876 695,02	-22 699,12	18 241,93	61 951,58	832,22	421,20	6 435,90	5 512,83
Guadeloupe	61 699,72	532,43		-1 619,64		60 612,52	-202,65	128,80	553,08	16,53		24,09	8,12
Guyane	119,64			0,00		119,64	0,00	0,00	0,00	0,00			
Martinique	59 040,92	253,15		-1 581,78		57 712,29	-259,06	144,93	707,03	41,34		275,00	8,61
Réunion	89 349,96	694,46		-1 859,84		88 184,59	-315,58	94,68	861,28	16,53		24,09	8,71
DOM	210 210,25	1 480,04	0,00	-5 061,25	0,00	206 629,04	-777,28	368,41	2 121,40	74,40	0,00	323,18	25,44
Total dotation régionales	5 081 368,70	0,00	0,00	2 106,35	-151,00	5 083 324,06	-23 476,40	18 610,34	64 072,98	906,62	421,20	6 759,08	5 538,27

les montants sont en milliers d'eu

Régions	Complément plan urgences - PARM (MIG) (R)	Mesures détenus (MIG) (R)	Plan Alzheimer - création emplois CCA (MIG) (R)	Plan Alzheimer - renforcement CM et CMRR (MIG) (R)	Plan Alzheimer - centres nationaux éthique et malades jeunes (MIG) (R)	Plan douleur - Ets ex-DG et ex-OQN (MIG) (R)	Développement de l'éducation thérapeutique - Ets ex-DG et ex-OQN (MIG) (R)	Mesures santé publique qualité soins (MIG) (R)	Plan addictologie (MIG) (R)	Programme maisons des adolescents (MIG) (R)	Plan de lutte contre drogues et toxicomanies (MIG) (R)	Recherche clinique et soutien aux innovations coûteuses (MIG) (NR)	ATU (MIG) (NR)
Alsace	287,63			81,30					279,69		12,00	1 200,00	491,00
Aquitaine	567,68	648,00	36,15	321,30		260,00		80,00	476,98		30,00	2 304,00	613,00
Auvergne	209,96			96,30				72,00	206,18	407,00	30,00	784,00	0,00
Bourgogne	313,78		36,15	276,30			180,00		251,27		12,00	833,00	689,00
Bretagne	447,31	432,00	36,15	421,30				110,00	474,20		24,00	2 512,00	0,00
Centre	423,34	108,00		60,00		260,00		35,00	386,63	148,00	30,00	1 082,00	0,00
Champagne-Ardenne	226,28			45,00	400,00			35,00	207,15	148,00	24,00	644,00	0,00
Corse	27,46			40,00				40,00	42,88		12,00	0,00	0,00
Franche-Comté	245,31			110,00				32,00	176,83		36,00	777,00	0,00
Ile-de-France (hors AP-HP)	567,94			255,18				35,00	917,95	148,00	42,00	2 444,00	0,00
Languedoc-Roussillon	576,59	864,00		96,30					386,66	296,00	30,00	2 461,00	0,00
Limousin	119,38			145,00			80,00	40,00	112,16		18,00	633,00	0,00
Lorraine	315,20	432,00	36,15	50,00				32,00	361,48		24,00	1 165,00	0,00
Midi-Pyrénées	353,30			137,59				35,00	423,53		36,00	2 737,00	0,00
Nord-Pas-de-Calais	335,40	108,00	36,15	66,30	230,94			75,00	624,41		36,00	2 164,00	0,00
Basse-Normandie	238,78			117,59			120,00	40,00	223,88		18,00	828,00	166,00
Haute-Normandie	281,58	540,00	36,15	126,30	216,63				279,67		12,00	2 541,00	0,00
Pays-de-la-Loire	362,56	472,00		315,00			180,00		526,64	148,00	30,00	2 380,00	0,00
Picardie	268,22			261,30		260,00		32,00	291,27		12,00	486,00	0,00
Poitou-Charentes	327,88	756,00		257,59		260,00	120,00	40,00	264,09		24,00	457,00	0,00
Provence-Alpes-Côte d'Azur	691,92		72,30	240,00			180,00	107,00	735,73		36,00	4 696,00	1 045,00
Rhône-Alpes	924,54	1 728,00	36,15	386,30				67,00	922,70		42,00	5 793,00	3 729,00
France métropolitaine	8 112,04	6 088,00	325,35	3 905,95	847,57	1 040,00	1 190,00	907,00	8 571,98	1 295,00	570,00	38 921,00	6 733,00
Guadeloupe	69,50			0,00					68,76		6,00	269,00	0,00
Guyane												0,00	0,00
Martinique	52,50			0,00					61,32		6,00	307,00	0,00
Réunion	119,22	666,28		36,30			100,00	32,00	119,95		12,00	129,00	0,00
DOM	241,22	666,28	0,00	36,30	0,00	0,00	100,00	32,00	250,03	0,00	24,00	705,00	0,00
Total dotation régionales	8 353,26	6 754,28	325,35	3 942,25	847,57	1 040,00	1 290,00	939,00	8 822,01	1 295,00	594,00	39 626,00	6 733,00

les montants sont en milliers d'eu

Régions	MERRI recours (MIG) (NR)	Plateforme information santé (AC) (R)	Précarité - Ets ex-DG (MIG) (R)	Précarité - Ets ex-OQN (MIG) (R)	PDSH (MIG) (NR)	CPOM AP-HP (AC) (R)	Soutien Ets privés ex-DG (AC) (NR)	Accompagne- ment effets revenus 2009 (AC) (NR)	Mesures ponctuelles (R)	Mesures ponctuelles (NR)	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 17 mars 2009
Alsace	879,28		265,80	0,00	23 277,25		664,28	1 406,73			31 753,52	205 953,73
Aquitaine	1 449,68	310,00	100,56	70,41	30 160,27		459,48	2 374,94		233,99	44 660,76	292 812,50
Auvergne	363,39		0,00	0,00	13 415,88		91,21	1 172,99			18 944,35	148 633,83
Bourgogne	303,12		0,00	0,00	17 707,99		352,35	2 951,83		251,20	25 941,23	159 686,56
Bretagne	580,68		0,00	0,00	32 819,84		546,72	2 608,14	24,47	51,60	44 872,18	282 770,61
Centre	449,04		2 614,19	0,00	22 391,31		6,58	2 204,00	470,80	686,66	33 868,90	232 186,91
Champagne-Ardenne	327,47		2 053,27	0,00	13 673,98		72,55	2 567,39			22 143,05	159 041,63
Corse			329,79	0,00	2 293,45			1 022,49		780,00	4 866,04	31 557,70
Franche-Comté	423,80	160,00	0,00	0,00	12 241,91		0,67	2 348,20	-4,20	40,43	17 957,71	117 388,65
Ile-de-France (hors AP-HP)	3 676,45	160,00	9 571,23	1 275,74	63 625,36		4 173,24	9 293,52	4 178,37	-14,46	106 429,74	647 191,06
Languedoc-Roussillon	872,78		6 529,28	504,00	21 032,22		285,54	2 168,10	-3,43		39 496,91	241 482,17
Limousin	225,96		79,86	0,00	9 153,39		78,45	705,41			12 807,29	97 990,67
Lorraine	521,06		1 975,48	0,00	27 222,69		1 198,53	4 198,20			40 844,64	262 997,51
Midi-Pyrénées	1 030,32		4 791,14	249,34	23 603,73		335,78	1 371,74			38 789,46	311 647,43
Nord-Pas-de-Calais	688,32		16 712,12	702,93	41 297,90		1 341,93	3 820,62		1 388,07	74 448,05	400 839,64
Basse-Normandie	273,38		581,79	0,00	16 766,06		279,61	2 804,79	26,80	100,00	24 449,38	160 053,44
Haute-Normandie	332,34		2 332,52	110,94	15 782,99		183,44	3 075,83			28 179,83	184 521,71
Pays-de-la-Loire	1 588,05		202,33	0,00	30 367,44		379,48	1 264,88			41 704,53	267 189,01
Picardie	220,35	160,00	3 179,26	72,62	18 508,99		135,48	2 201,04	51,90		28 371,44	183 578,29
Poitou-Charentes	140,90		517,28	0,00	17 291,56		8,68	724,95			22 975,65	148 883,15
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 024,58		10 460,07	541,22	48 209,71		1 400,07	7 914,05	16,27		85 461,16	540 733,63
Rhône-Alpes	3 599,71	160,00	1 077,17	82,35	58 372,86		920,24	4 653,19			91 403,46	679 924,48
France métropolitaine	19 970,64	950,00	63 373,14	3 609,55	559 216,75	0,00	12 914,29	62 853,01	4 760,98	3 517,49	880 369,29	5 757 064,30
Guadeloupe	0,00		2 794,08	395,35	3 542,03			1 373,31			9 045,99	69 658,51
Guyane				128,80	0,00			0,42			129,22	248,86
Martinique	124,60		4 132,01	220,05	5 103,81			902,35		3 500,00	15 327,49	73 039,78
Réunion	54,66		7 327,86	646,25	7 551,07		85,72	870,92			18 440,94	106 625,53
DOM	179,26	0,00	14 253,95	1 390,45	16 196,91	0,00	85,72	3 146,99	0,00	3 500,00	42 943,65	249 572,68
Total dotation régionales	20 149,90	950,00	77 627,09	5 000,00	575 413,66	0,00	13 000,00	66 000,00	4 760,98	7 017,49	923 312,93	6 006 636,99

es montants sont en milliers d'euros

Régions	Base 2009	Mesures de reconduction Effort d'économies (R) (mesures salariales et effet prix) (R)	Recrutement apprentis préparateurs en pharmacie (NR)	Accompagne-ment développement d'activité (R)	Equipes mobiles de psychiatrie (rapport Pinte) (R)	Plan urgences - SSR (R)	Plan autisme (R)	Plan Alzheimer - SSR (R)	Plan solidarité grand âge - SSR (R)	
Alsace	411 853,06	-1 869,55	6 922,30	5,27	2 257,58	110,00	341,96	46,59	100,00	133,82
Aquitaine	651 153,74	-2 955,82	10 944,38	5,27	3 569,30	160,00	708,98	46,59	200,00	337,14
Auvergne	336 676,25	-1 528,30	5 658,75		1 845,49	30,00	312,66	46,59	100,00	173,68
Bourgogne	304 706,97	-1 383,18	5 121,42	5,27	1 670,25	30,00	375,35	46,59	100,00	179,97
Bretagne	789 323,56	-3 583,03	13 266,70	5,27	4 326,68	90,00	675,87	46,59	300,00	366,57
Centre	442 978,33	-2 010,84	7 445,44	10,53	2 428,19	50,00	555,57	46,59	300,00	527,36
Champagne-Ardenne	238 133,26	-1 080,97	4 002,47		1 305,33	30,00	277,56	46,59	100,00	270,97
Corse	59 929,27	-272,04	1 007,27		328,50	30,00	62,15	46,59	200,00	135,02
Franche-Comté	265 406,56	-1 204,78	4 460,87		1 454,83	30,00	237,20	46,59	100,00	103,02
Ile-de-France (hors AP-HP)	2 087 526,50	-9 476,04	35 086,48	10,53	11 442,79	810,00	1 705,08	146,76	800,00	510,46
Languedoc-Roussillon	476 497,07	-2 162,99	8 008,81		2 611,92	50,00	568,70	46,59	300,00	727,59
Limousin	202 836,48	-920,75	3 409,21		1 111,85	30,00	189,16	46,59	300,00	461,40
Lorraine	570 734,54	-2 590,77	9 592,72		3 128,49	320,00	470,13	46,59	300,00	198,18
Midi-Pyrénées	583 700,07	-2 649,63	9 810,64	5,27	3 199,56	50,00	629,56	46,59	300,00	847,42
Nord-Pas-de-Calais	852 915,33	-3 871,69	14 335,53		4 675,26	80,00	773,80	86,19	500,00	308,89
Basse-Normandie	324 183,37	-1 471,59	5 448,77		1 777,01	30,00	316,94	46,59	100,00	675,51
Haute-Normandie	343 446,71	-1 559,03	5 772,54		1 882,61	30,00	358,54	46,59	100,00	280,95
Pays-de-la-Loire	724 829,98	-3 290,27	12 182,71	5,27	3 973,16	220,00	722,59	46,59	500,00	1 488,08
Picardie	453 172,28	-2 057,11	7 616,78		2 484,07	180,00	364,88	46,59	100,00	272,84
Poitou-Charentes	354 770,33	-1 610,43	5 962,87		1 944,68	30,00	404,51	46,59	300,00	627,20
Provence-Alpes-Côte d'Azur	866 740,58	-3 934,45	14 567,90	10,53	4 751,04	270,00	1 071,08	93,18	500,00	1 571,03
Rhône-Alpes	1 298 808,44	-5 895,77	21 829,96	5,27	7 119,43	130,00	1 196,79	100,17	600,00	499,92
France métropolitaine	12 640 322,71	-57 379,04	212 454,52	68,48	69 288,02	2 790,00	12 319,06	1 264,92	6 200,00	10 697,02
Guadeloupe	96 492,38	-438,01	1 621,81		528,92	30,00	85,18	23,30	200,00	44,63
Guyane	176 115,78	-799,45	2 960,10		965,38	30,00	24,65	23,30	0,00	8,76
Martinique	109 401,00	-496,61	1 838,78		599,68	30,00	72,04	23,30	200,00	77,26
Réunion	111 807,09	-507,53	1 879,22		612,87	30,00	111,80	46,59	200,00	77,47
DOM	493 816,24	-2 241,61	8 299,91	0,00	2 706,86	120,00	293,67	116,49	600,00	208,12
Total montants régionaux	13 134 138,95	-59 620,65	220 754,42	68,48	71 994,88	2 910,00	12 612,73	1 381,41	6 800,00	10 905,14

es montants sont en milliers d'euros

Régions	Développement soins palliatifs en SSR (R)	Mesures détenus (R)	Programme maisons des adolescents (R)	PRISM (R)	Création de places en SSR (R)	Réforme protection juridique des majeurs (R)	Mesures ponctuelles (R)	Mesures ponctuelles (NR)	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 17 mars 2009
Alsace	208,00			329,43	413,39	213,02	-1,63		9 210,17	421 063,24
Aquitaine	325,00	195,58		522,61	1 448,98	394,04			15 902,06	667 055,79
Auvergne	78,00			265,08	837,34	174,64			7 993,93	344 670,18
Bourgogne	234,00			314,52	1 372,84	213,96	12,15	-4,36	8 288,79	312 995,76
Bretagne	195,00	137,88		610,23	2 024,82	536,15	-33,67		18 965,07	808 288,63
Centre	104,00			343,98	2 036,86	204,52			12 042,20	455 020,53
Champagne-Ardenne	195,00		148,00	167,44	1 940,59	133,98			7 536,95	245 670,21
Corse	39,00			32,52	188,87	36,87			1 834,76	61 764,03
Franche-Comté	78,00			223,89	941,66	110,77			6 582,05	271 988,61
Ile-de-France (hors AP-HP)	1 180,00			1 889,06	1 256,07	953,43	-2,44		46 312,18	2 133 838,69
Languedoc-Roussillon	260,00	275,77		455,41	650,02	305,36			12 097,17	488 594,25
Limousin	0,00		148,00	116,29	1 182,54	118,27			6 192,56	209 029,05
Lorraine	0,00	138,87		465,29	1 215,96	241,14			13 526,60	584 261,14
Midi-Pyrénées	156,00		148,00	428,41	1 008,71	444,45	247,00		14 671,98	598 372,05
Nord-Pas-de-Calais	0,00			781,84	1 427,65	423,23			19 520,70	872 436,03
Basse-Normandie	195,00			224,41	1 205,03	160,84			8 708,52	332 891,89
Haute-Normandie	195,00	172,36		426,19	1 046,50	158,92			8 911,16	352 357,88
Pays-de-la-Loire	0,00	137,88	148,00	585,10	1 985,29	380,73			19 085,14	743 915,12
Picardie	91,00			275,67	454,49	141,49	52,80	4,40	10 027,89	463 200,16
Poitou-Charentes	182,00	481,00		271,79	2 456,34	213,99			11 310,53	366 080,86
Provence-Alpes-Côte d'Azur	585,00			623,64	1 227,38	574,18			21 910,51	888 651,09
Rhône-Alpes	728,00	2 801,66		986,95	1 404,59	627,45			32 134,42	1 330 942,86
France métropolitaine	5 028,00	4 341,00	592,00	10 339,75	27 725,92	6 761,43	274,21	0,04	312 765,33	12 953 088,04
Guadeloupe	65,00			68,04	92,39	29,01			2 350,27	98 842,65
Guyane	26,00	162,00	148,00	49,87	47,76	7,15	274,12		3 927,63	180 043,41
Martinique	65,00			111,72	113,53	23,35		8 000,00	10 658,04	120 059,05
Réunion	117,00	270,84		86,00	813,60	84,91			3 822,76	115 629,85
DOM	273,00	432,84	148,00	315,62	1 067,28	144,42	274,12	8 000,00	20 758,71	514 574,95
Total montants régionaux	5 301,00	4 773,84	740,00	10 655,37	28 793,20	6 905,85	548,33	8 000,04	333 524,04	13 467 662,99

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Base 2009	Mesures de reconduction (R)	Recrutement apprentis préparateurs en pharmacie (NR)	PSGA (R)	hors PSGA (R)	Mesures ponctuelles (R)	Mesures ponctuelles (NR)	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 17 mars 2009
Alsace	40 527,20	397,61		1 855,21	421,12			2 673,94	43 201,14
Aquitaine	40 054,49	381,25		3 561,58	808,46			4 751,28	44 805,77
Auvergne	48 010,55	545,85		0,00	0,00			545,85	48 556,40
Bourgogne	23 313,60	791,71		2 575,71	584,67			3 952,09	27 265,69
Bretagne	64 886,82	672,07		1 825,00	414,26			2 911,33	67 798,15
Centre	49 868,63	1 050,62		0,00	0,00			1 050,62	50 919,24
Champagne-Ardenne	5 051,00	117,42	5,27	0,00	0,00			122,69	5 173,69
Corse	21 195,96	136,51		1 756,01	398,60			2 291,12	23 487,08
Franche-Comté	14 280,13	0,00		2 972,19	674,67			3 646,85	17 926,98
Ile-de-France (hors AP-HP)	74 104,49	914,17		3 198,22	725,98			4 838,37	78 942,86
Languedoc-Roussillon	57 857,51	805,38		0,00	0,00			805,38	58 662,89
Limousin	30 156,99	779,07		2 122,80	481,86			3 383,72	33 540,71
Lorraine	43 657,10	1 198,33		1 230,19	279,25			2 707,77	46 364,88
Midi-Pyrénées	51 227,93	1 007,09		3 653,78	829,39			5 490,27	56 718,19
Nord-Pas de Calais	64 615,64	474,21		3 187,10	723,45	43,40	43,40	4 471,56	69 087,20
Basse-Normandie	15 288,82	64,51		3 754,33	852,21			4 671,06	19 959,87
Haute-Normandie	20 507,31	0,00		4 855,13	1 102,09			5 957,22	26 464,52
Pays de Loire	66 109,74	1 289,78		2 271,54	515,62			4 076,94	70 186,69
Picardie	46 816,33	1 570,18		648,27	147,15			2 365,60	49 181,93
Poitou Charentes	32 587,19	1 039,79		1 378,15	312,83			2 730,77	35 317,96
Provence Alpes Côte d'Azur	49 615,37	83,43		5 347,85	1 213,93			6 645,22	56 260,59
Rhône-Alpes	92 648,84	2 405,16		3 890,09	883,03			7 178,27	99 827,12
France métropolitaine :	952 381,64	15 724,17	5,27	50 083,13	11 368,56	43,40	43,40	77 267,93	1 029 649,57
Guadeloupe	6 737,12	76,52		0,00	0,00			76,52	6 813,64
Guyane	387,80	4,46		0,00	0,00			4,46	392,26
Martinique	5 783,43	63,68		0,00	0,00			63,68	5 847,11
Réunion	3 153,92	36,27		0,00	0,00			36,27	3 190,19
DOM	16 062,27	180,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	180,92	16 243,19
Total dotation régionales	968 443,91	15 905,09	5,27	50 083,13	11 368,56	43,40	43,40	77 448,85	1 045 892,76

Annexe II. Financement des plans et mesures de santé publique en 2009

La mise en œuvre des plans et programmes de santé publique se poursuivra en 2009 pour un montant total de 390 millions d'euros : sont concernés les grands programmes engagés en 2008 : plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer et programme de développement des soins palliatifs, mais également les plans pluriannuels en cours pour leur tranche 2009 : plan de solidarité grand âge, poursuite du plan cancer, financements complémentaires au plan urgences, plan pour la prise en charge et la prévention des addictions, plan de lutte contre l'exclusion, plan maladies chroniques, plan de lutte contre la douleur, prise en charge de la santé des personnes détenues.

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 incluses et financées dans la masse tarifaire, sauf s'il s'agit de missions d'intérêt général, tandis que celles mises en œuvre en SSR, psychiatrie et USLD font l'objet de répartition au sein des dotations pour le secteur financé par dotation annuelle de financement et au sein de la construction tarifaire pour le secteur sous objectif quantifié national.

1. Les plans de santé publique relatifs à la prise en charge des personnes âgées

1.1. Le volet hospitalier du plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

1.1.1 Le développement des « consultations mémoire » et des « centres mémoire de ressources et de recherche »

Dans le cadre de la présente circulaire, les moyens délégués ont pour objet d'augmenter les moyens des structures à forte activité afin d'améliorer notamment le dispositif d'annonce de la maladie. 4,329 millions d'euros sont mobilisés à ce titre et se décomposent comme suit :

- 15 000 euros pour chaque « centre mémoire de ressources et de recherche » ou « consultation mémoire » qui transmettra grâce à un dossier informatisé, le corpus d'informations minimum Alzheimer (CIMA) à la base nationale Alzheimer (BNA) tel que prévu par la mesure 34 du plan. 2,2 millions d'euros ont été prévus pour cette mesure en 2009 ;
- 20 000 euros pour chaque « consultation mémoire » non labellisées qui réalise plus de 400 consultations, soit 19 structures, pour un montant total de 0,38 million d'euros ;
- 30 000 euros par « centre mémoire de ressources et de recherche » au titre de l'activité « consultation mémoire », soit un total de 0,75 million d'euros ;
- 36 296 euros par « consultation mémoire » labellisée dont le nombre de consultations réalisées est supérieur ou égal à 1000 ; 27 « consultations mémoire » sont éligibles, soit un total de 979 992 euros.

Dans la prochaine circulaire seront délégués, au vu d'une cartographie mise à jour des structures existantes les moyens nécessaires pour achever le maillage du territoire en consultations mémoires.

1.1.2. La création d'unités cognitivo-comportementales en SSR

Pour la seconde année, la création d'unités cognitivo-comportementales en soins de suite et de réadaptation fait l'objet d'un financement spécifique pour un total de 7,2 millions d'euros. Ces unités sont identifiées dans les structures SSR préexistantes. Le financement 2009

correspond, d'une part à l'extension en année pleine du financement attribué en mi-année en 2008 et d'autre part au financement en année pleine des unités créées en 2009. Comme indiqué dans la circulaire tarifaire du 3 mars 2008, le financement a pour objet de couvrir les coûts de fonctionnement supplémentaires liés à cette spécialisation, à savoir le recrutement de personnels spécifiques (1 psychomotricien / ergothérapeute, 1 assistante de gérontologie, 1 psychologue, 0,2 ETP de psychiatre pour une unité de 12 lits).

La montée en charge se poursuivra sur la durée du plan.

Ce financement est délégué en DAF. Aussi, le financement d'unités cognitivo-comportementales privées au sein au secteur OQN répondant aux conditions fixées dans l'appel d'offre, se fera à travers une régularisation ex-post dans le cadre des opérations de fongibilité.

1.1.3. La création d'un espace de réflexion éthique

Le dossier du centre mémoire de ressources et de recherche de Reims a été retenu pour être centre national éthique Alzheimer. A ce titre, un montant de 0,4 million d'euro est délégué dans la présente circulaire.

1.1.4. La création de postes de chefs de clinique

11 emplois hospitalo-universitaires de chefs de clinique des universités–assistants des hôpitaux (CCA) sont créés et ouverts au titre de l'année universitaire 2009/2010.

La part universitaire est financée par des crédits d'Etat (inscription de chaque emploi au budget du MESR). La part hospitalière est financée sur les budgets hospitaliers : l'enveloppe réservée à la création de ces 11 postes s'élève 397 650 euros.

1.1.5. L'identification d'un centre national de référence pour les malades jeunes

A la suite de l'appel à projet national, le dossier présenté par les CHU de Rouen et de Lille en lien avec l'AP-HP est retenu. Un montant de 0,6 M€ est délégué à ce titre et réparti entre les trois régions concernées.

Seront délégués dans la prochaine circulaire les moyens relatifs au programme hospitalier de recherche clinique.

1.2. Le plan de solidarité grand âge 2007-2012

1.2.1. Le développement du court séjour gériatrique

La mesure consiste à poursuivre le développement des services ou des lits de court séjour gériatrique. L'objectif poursuivi vise à proposer un lit de court séjour gériatrique pour 1000 habitants de plus de 75 ans. A cet effet, un montant supplémentaire de 27,68 millions d'euros est prévu pour le développement de cette activité.

1.2.2. La montée en puissance des hôpitaux de jour gériatrique

Le plan de solidarité grand âge a fixé comme objectif 0,5 place d'hôpital de jour gériatrique pour 1000 habitants de plus de 75 ans. Une enveloppe de 13,84 millions d'euros est prévue dans la masse tarifaire pour couvrir l'augmentation prévisionnelle de l'activité d'hôpital de jour gériatrique.

1.2.3. Les soins de suite gériatriques

L'objectif poursuivi par le plan de solidarité grand âge est la création de 3 lits de SSR gériatrique pour 1000 habitants de plus de 75 ans. Pour les établissements financés par dotation qui relèvent de l'ODAM, le financement s'élève à 11,18 millions d'euros dont 5,59 millions d'euros pour le financement en année pleine des mesures engagées en 2008. Les mesures nouvelles 2009, d'un montant de 5,59 millions d'euros pour les établissements financés par DAF, ont été réparties sur un critère démographique (nombre de personnes de plus de 75 ans). Pour les établissements privés relevant de l'OQN, les 2,86 millions d'euros en mesures nouvelles ont été intégrées au sein de la construction tarifaire.

1.2.4. La réforme du financement des USLD

En application du plan de solidarité grand âge, une enveloppe de 50 millions d'euros a été dégagée pour appliquer le financement au GMPS (groupe moyen pondéré) à tous les établissements qui entrent dans la partition. Ces mesures nouvelles sont destinées à mettre à niveau la dotation des établissements dont la valeur du point était inférieure à la valeur plafond (fixée à 12,83 euros pour 2009).

2. Les financements complémentaires au plan cancer

L'enveloppe consacrée en 2009 au renforcement des moyens de lutte contre le cancer représente 30,2 millions d'euros.

Une enveloppe de 13 millions d'euros destinée à l'accompagnement du dispositif d'autorisation en chirurgie des cancers (mise en œuvre des critères d'agrément) et au financement de l'augmentation du nombre des cancers pris en charge, est inscrite dans l'ODMCO.

Les mesures financées par la dotation MIGAC seront déléguées en cours d'année en fonction des premières priorités qui seront retenues dans le cadre du nouveau plan cancer. Des actions concernant l'onco-pédiatrie, le soutien à la radiothérapie, le développement des centres de références cancers rares, le soutien aux familles à haut risque génétique sont envisagées ainsi que les actions en faveur de la formation des radiophysiciens et de l'accompagnement de la qualité transversale en cancérologie prévue par le dispositif des autorisations (dispositifs d'annonce, soins de support, pluridisciplinarité).

S'agissant plus particulièrement de la radiothérapie, l'effort sera amplifié dans le cadre du nouveau plan cancer. Il sera notamment tenu compte des résultats des travaux du comité national de suivi mis en place par la ministre le 15 décembre avec un programme de travail précis, en particulier sur les coopérations entre centres de radiothérapie. Des financements seront délégués dans la prochaine circulaire pour permettre aux régions de donner les moyens de cet accompagnement contractuel.

Par ailleurs, les activités de tomothérapie et de cyberknife qui avaient fait l'objet de financements spécifiques en 2008 au titre des activités dites de recours exceptionnel sont, dans le cadre de la nouvelle classification des prestations d'hospitalisation (V11), dorénavant financées dans le cadre de la masse tarifaire.

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

3.1. Le développement des lits de soins palliatifs et des unités de soins palliatifs

La mesure n°1 du programme de développement de soins palliatifs 2008-2012 est consacrée au développement des lits de soins palliatifs au sein des structures hospitalières de court séjour en tenant compte du nombre de situations de fin de vie. De 2008 à 2011, un financement à hauteur de 85 million d'euros est ainsi réservé au développement :

- des lits identifiés de soins palliatifs (LISP), qui doivent être créés dans chaque établissement de santé dans lesquels sont comptabilisés près ou plus de 200 décès annuels en MCO, dès lors que ces établissements n'en disposent pas à ce jour ;
- des unités de soins palliatifs (USP), qui doivent être créés dans le même contexte d'inexistence de telles structures, le critère d'implantation étant établi à plus de 600 décès annuels en MCO, critère pouvant être affiné au niveau régional (cf. mesure du programme).

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

En 2009, il est consacré 20 millions d'euros à cette politique de développement dans les établissements de santé publics et privés au sein de l'ODMCO.

Parallèlement, **la hiérarchie des tarifs des 3 GHS correspondant aux prises en charge dans des lits non identifiés, dans des lits identifiés et dans des unités de soins palliatifs est modifiée afin de renforcer les prises en charges en unité dédiée** (le rapport entre les trois modes de prise en charge est fixé à 100/130/150).

La valorisation des séjours longs se trouve également améliorée par la création d'un GHS de très courte durée. Il est en outre retenu de fixer la borne basse à 4 jours et la borne haute à 12 jours aboutissant au :

- financement au tarif de l'extrême bas pour les séjours de durée inférieure à 4 jours ;
- financement au forfait GHS pour les séjours de durée comprise entre 4 et 12 jours ;
- financement au forfait GHS et à la journée au tarif de l'extrême haut pour les journées au-delà de 12 jours pour les séjours de plus de 12 jours.

En application de la mesure n°4 du programme, il est par ailleurs mobilisé sur l'enveloppe tarifaire 1 million d'euros afin d'assurer le développement de lits de soins palliatifs dans les unités pédiatriques ayant à gérer ce type de problématique.

3.2. Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) dans les services de soins de suite et de rééducation (SSR)

La mesure n°5 du programme prévoit l'identification de 1 200 lits de soins palliatifs (LISP) dans les services de soins de suite et de rééducation entre 2008 et 2010. En 2009, 7 millions d'euros (dont 1,4 million d'euros pour les établissements OQN) sont consacrés à cette mesure et doivent permettre la création de 538 lits sur la base du référentiel d'organisation des LISP décrit dans la circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

Les enveloppes régionales 2009 ont été réparties dans une logique de réduction des inégalités des taux d'équipement d'un territoire à l'autre, sur la base des résultats de l'enquête de la DHOS sur les dispositifs hospitaliers de soins palliatifs au 31 décembre 2007 en matière de LISP SSR, des créations prévues en 2008 ainsi que de l'écart du taux d'équipement régional estimé en 2008 par rapport à la moyenne nationale cible pour 2010.

Il est rappelé que ce financement n'est en aucun cas destiné au développement d'unités de soins palliatifs, lesquelles, conformément aux orientations de la circulaire du 25 mars 2008 précitée, relève du champ MCO et doivent en conséquence être soumises aux modalités de tarification à l'activité.

3.3. Les équipes mobiles de soins palliatifs

La mesure n°6 du programme vise à « rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes et à diffuser la culture palliative dans les établissements médico-sociaux. » Elle doit se traduire par la création de 75 nouvelles EMSP pour atteindre un nombre de 420 équipes en 2012 et le renforcement des équipes mobiles existantes.

En 2009, une enveloppe de 7 millions d'euros (dont 0,7 million d'euros pour les établissements ex-OQN) est mobilisée au sein de la dotation MIGAC et permettra, sur la base du référentiel de la circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs :

- la création de 15 EMSP correspondant à un montant de 4,125 millions d'euros (sur la base d'un coût unitaire de 275 000 euros) ; la répartition des crédits vise à réduire les inégalités régionales de façon à ce qu'à l'issue du plan l'ensemble des régions soient dotées d'EMSP dans des proportions comparables ;
- le renforcement d'équipes existantes à hauteur de 2,875 millions d'euros. La répartition régionale des crédits est effectuée au prorata de l'équipement existant au 31 décembre 2008.

3.4. La mobilisation du programme hospitalier de recherche clinique

La recherche constitue, comme la formation, un levier essentiel du développement des soins palliatifs, que ce soit dans sa dimension clinique ou dans ses dimensions éthique et sociale. La circulaire n°DHOS/OPRC/2008/289 du 12 septembre 2008 relative au programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) 2009 intègre les soins palliatifs dans les thématiques prioritaires de l'appel à projets national.

En 2009, cette thématique prioritaire du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) bénéficiera d'un financement de 1,5 millions d'euros au titre des MIGAC qui seront délégués dans la prochaine circulaire.

4. Les financements destinés aux structures de médecine d'urgence

4.1. Le renforcement de la régulation des SAMU : recrutement de PARM

Comme en 2007 et 2008, des crédits supplémentaires sont attribués en 2009 sur la dotation MIGAC afin de permettre le recrutement de permanenciers auxiliaires et de régulation médicale (PARM). L'enveloppe de 9 millions d'euros correspond à l'extension en année pleine de la mesure financée en 2008 (6 millions d'euros) ainsi qu'à une nouvelle tranche de financement pour 2009 en mi-année (3 millions d'euros). La répartition régionale des crédits est effectuée en fonction du nombre d'affaires régulées déclarées dans la SAE 2007.

Vous veillerez à ce que la répartition des crédits entre les SAMU de la région tiennent compte des crédits déjà attribués en 2007 et en 2008, des effectifs en PARM et de l'activité prévisionnelle. Vous veillerez également à encourager les mutualisations entre les différents SAMU, notamment la nuit, pour optimiser les ressources humaines et assurer des relais efficaces, en particulier en période de crise sanitaire.

4.2. Le renforcement de la filière urgences dans son ensemble

4.2.1. Améliorer le positionnement des structures de SSR dans la filière de prise en charge des patients

L'objectif est d'améliorer la fluidité de la prise en charge des patients tant en amont qu'en aval des structures de SSR, en travaillant sur la lisibilité de l'offre et sur les organisations de travail entre acteurs, dans le respect des objectifs thérapeutiques d'un séjour en soins de suite et de réadaptation.

Pour mémoire, ces crédits (13 millions d'euros), correspondant à l'extension en année pleine des mesures financées en demi-année en 2008, sont destinés à financer ou contribuer à financer prioritairement :

- des postes d'assistantes sociales dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Il est à noter que les décrets relatifs à l'activité de soins de suite et de réadaptation rendent obligatoire la présence d'assistante sociale dans les structures de SSR.
- la création de dispositifs de coordination SSR, comme il en existe par exemple en région Rhône- Alpes (dispositif Trajectoire). La participation des structures de SSR au réseau de prise en charge des urgences fait partie des missions qui leur sont conférées par les dispositions réglementaires. Ces dispositifs de coordination ont pour mission :
 - de recenser l'offre de SSR sur un territoire donné, d'identifier les besoins, de rendre lisibles les filières de prise en charge, de favoriser la communication entre établissements et professionnels des SSR ;
 - de favoriser le rapprochement fonctionnel entre les structures de court séjour et les structures de SSR en développant les outils de transmission (fiches d'admission communes, échanges informatiques, site internet, ...) ;
 - de favoriser les relations entre les structures de SSR et les acteurs des secteurs d'aval (structures sociales et médico-sociales, médecine de ville, services de soins à domicile, associations...) pour contribuer à la mise en place de réponses adaptées lors de la sortie des personnes de SSR.

Ces travaux contribueront également à enrichir le répertoire opérationnel des ressources prévu par le décret " urgences ".

4.2.2. Renforcer la compétence gériatrique

Les crédits délégués en 2009 en dotation MIGAC (5,79 millions d'euros) correspondent à l'extension en année pleine des mesures financées en demi-année en 2008 pour la mise en place d'équipes mobiles de gériatrie.

5. La poursuite des efforts en faveur du développement des soins de suite et de réadaptation

Comme en 2008, un effort important à hauteur de 60 millions d'euros est prévu pour poursuivre le développement de l'offre de soins de suite et de réadaptation dans le cadre de la mise en œuvre des autorisations de créations ou extensions des structures de SSR . Cette enveloppe est répartie entre l'ODAM (30 millions d'euros) et l'OQN (30 millions d'euros).

Pour les établissements financés par dotation annuelle de financement, cette enveloppe est répartie entre les régions en tenant compte de deux critères :

- un critère démographique tenant compte, d'une part de la population générale, d'autre part de la population de 60 ans et plus ;
- la densité de lits de SSR en 2007 par rapport à la population de 60 ans et plus. Sont financées les régions présentant des densités inférieures à la moyenne nationale.

Pour les établissements sous OQN, cette enveloppe permettra le développement de l'activité.

6. La prise en charge et la prévention des addictions

6.1. Le plan pour la prise en charge et la prévention des addictions

La mise en œuvre de ce plan bénéficie d'un financement de 39,72 millions d'euros qui se répartit à parts égales entre les mesures nouvelles 2009 et l'extension en année pleine des mesures 2008.

La déclinaison entre les différentes composantes est la suivante :

- La création ou le renforcement des structures de niveau 2 (11,08 millions d'euros) et de niveau 3 (4,62 millions d'euros) ;
- Le financement des GHS pour sevrage complexe pour un montant de 9,24 millions d'euros, réparti également dans les masses tarifaires des établissements publics et privés ;
- La création ou le renforcement de consultations pour un montant de 10,16 millions d'euros, financés à parts égales entre les tarifs et la dotation MIGAC (soit 5,08 millions d'euros sur la dotation MIGAC, moitié en extension année pleine et moitié en mesures nouvelles) ;
- La création ou le renforcement des équipes de liaison et de soins en addictologie, financées en MIGAC pour un montant de 4,62 millions d'euros, moitié en extension année pleine et moitié en mesures nouvelles.

La répartition des MIGAC entre les régions se fait sur une base démographique.

6.2. Le plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies

L'amélioration de la prise en charge de la population détenue touchée par les addictions est un des objectifs du plan 2008-2011 piloté par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT). Pour 2009, est financée par la dotation MIGAC à hauteur de 0,6 million d'euros la mise en place d'une vacation hebdomadaire de spécialiste en addictologie à orientation alcoologie dans les UCSA de 100 établissements pénitentiaires. Cette vacation sera rattachée à l'établissement de santé dont dépend l'UCSA.

Les établissements pénitentiaires retenus pour l'application de la mesure sont les maisons d'arrêt non pourvues de SMPR (service médico-psychologique régional) de France métropolitaine auxquelles s'ajoutent cinq établissements pénitentiaires situés dans les DOM, la population de ces établissements étant particulièrement touchée par les addictions.

Le montant de l'allocation attribuée (6 000 euros) couvre le coût d'une vacation hebdomadaire de spécialiste. Il est identique pour l'ensemble des établissements pénitentiaires, à l'exception des maisons d'arrêt de plus de 700 détenus pour lequel il a été doublé (12 000 euros).

Par ailleurs, les actions de formation des professionnels de santé à la prise en charge des populations toxicomanes font l'objet d'un accompagnement financier à hauteur de 50 000€ répartis à parts égales entre l'ODMCO et l'ODAM (DAF).

7. Les mesures relatives à la santé mentale

7.1. Le plan autisme 2008-2010

Le plan en faveur de l'autisme, annoncé le 16 mai 2008, poursuit l'objectif d'améliorer les conditions d'établissement du diagnostic de l'autisme, en particulier de réduire les délais d'accès aux équipes spécialisées et de développer la réalisation d'évaluations approfondies des capacités des personnes.

Sur les 1,9 million d'euros représentant la tranche 2009 du volet hospitalier du plan, la présente circulaire délègue près de 1,4 millions d'euros au sein de l'ODAM (crédits pour 6 mois) afin de renforcer les capacités des équipes hospitalières spécialisées dans le diagnostic des troubles envahissants du développement et qui interviennent au sein des centres de ressources pour l'autisme sur le territoire régional.

Les régions métropolitaines et la Réunion bénéficient au minimum d'un renforcement de leurs moyens de 46 590 euros, ce qui correspond à titre indicatif au financement sur 6 mois d'un mi temps de praticien hospitalier, d'un mi temps de psychologue et d'un mi temps d'infirmier. Les régions de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Guyane sont dotées à hauteur de 23 295 euros. Ce financement est majoré pour les quatre régions les plus importantes (Ile de France, Rhône Alpes, Provence Alpes Côte d'Azur et Nord-Pas-de-Calais), au prorata de leur population. Le complément vous sera alloué en 2010.

7.2. La création d'équipes mobiles de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité

Les préconisations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire formulées par M. le député Etienne Pinte dans son rapport au Premier ministre pour une relance de la politique d'hébergement et de l'accès au logement ont été retenues par le gouvernement. Une enveloppe de 7 millions d'euros sera mobilisée à la suite de ce rapport en 2009.

Dès la présente circulaire, un soutien financier de 3 millions d'euros est apporté pour le déploiement des équipes mobiles de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité et d'exclusion, complétant l'impulsion donnée à ce dispositif par le plan Psychiatrie et santé mentale au cours de la période 2005-2008. La répartition de ces crédits vise à adapter l'implantation de ces équipes aux besoins des régions, en fonction de leur poids démographique et du niveau de précarité de leurs habitants.

8. Les soins aux personnes détenues

Des crédits sont alloués afin d'assurer l'ouverture des nouvelles UCSA et d'assurer la progression d'activité des structures existantes liée aux augmentations de capacités des établissements pénitentiaires. L'attribution se fait sous forme :

- de crédits MIGAC pour le volet MCO, à hauteur de 6,9 millions d'euros ;
- de crédits DAF pour les soins psychiatriques d'un montant de 0,8 million d'euros.

Par ailleurs, la dotation DAF de la région Rhône-Alpes est majorée de 2,6 millions d'euros afin de prendre en compte l'ouverture de l'unité hospitalière spécialement aménagée.

Rappel : le plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies prévoit la mise en place d'une vacation hebdomadaire de spécialiste en addictologie à orientation alcoologie dans les UCSA de 100 établissements pénitentiaires (cf. supra).

9. Les mesures en faveur de la qualité des soins

9.1. Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur

Parmi les axes prioritaires du programme national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 figurent le renforcement de la prise en charge de la douleur chronique rebelle ainsi que l'accès à une prise en charge spécifique des enfants et adolescents atteints de douleurs chroniques.

Afin de poursuivre les efforts engagés depuis 2006 pour le renforcement en personnel des structures spécifiques de prise en charge de la douleur chronique rebelle, une quatrième tranche de crédit est allouée en 2009 en dotation MIGAC à hauteur de 1,04 million d'euros pour les établissements de santé publics et privés. Cette dotation est attribuée prioritairement aux régions déclarant le plus faible nombre de structures au prorata de leur population.

9.2. Le plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques

Dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques 2007-2011, le développement de l'éducation thérapeutique du malade constitue une mesure prioritaire.

Un financement à hauteur de 1,55 million d'euros est alloué en 2009 au titre de la mission d'intérêt général intitulée « Actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques, et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et au VIH ». Il permettra de financer de nouvelles actions d'éducation thérapeutique ou conforter celles déjà mises en oeuvre. Ces financements ont été répartis entre les régions sélectionnées au prorata de la population et entre établissements de santé publics et privés.

9.3. Le programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008

Le renforcement des antennes régionales de lutte contre les Infections nosocomiales et des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales

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

Pour 2009, une dotation en MIGAC à hauteur de 0,28 million d'euros est allouée pour poursuivre le renforcement des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales et à hauteur de 0,19 million d'euros pour les CCLIN. La répartition des mesures nouvelles 2009 tient compte de la modélisation élaborée dans le cadre du guide méthodologique de contractualisation sur les MIG et l'aide à la contractualisation.

Le renforcement des centres de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires (IOA) complexes

La prise en charge adéquate des infections ostéo-articulaires (IOA), enjeu majeur de santé publique, fait partie des mesures inscrites dans le programme national de lutte contre les

infections nosocomiales 2005-2008 En octobre 2008, huit centres ont été reconnus. Ils ont une mission de coordination, d'expertise, de formation et de recherche ainsi que de prise en charge des infections ostéo-articulaires les plus complexes en lien avec les correspondants d'autres structures. Un montant de 0,11 million d'euros a été alloué à chaque centre.

Pour 2009, une dotation complémentaire en MIGAC à hauteur de 0,28 million d'euros est prévue pour assurer la mise en place de ces premiers centres et un montant de 0,92 million d'euros est mobilisé sur la masse tarifaire pour assurer, au travers de tarifs adaptés, le financement des surcoûts liés à la prise en charge des IOA complexes dans les centres de références et les centres associés.

9.4. Le programme national de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles

Les 28 comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) doivent remplir les missions qui leur sont dévolues dans le cadre du décret du 15 novembre 2005. Il s'agit en particulier de favoriser la coordination de l'ensemble des professionnels, de participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de celle-ci, à l'harmonisation des pratiques et d'augmenter l'exhaustivité du recueil des données épidémiologiques.

Figure dans le guide d'aide à la contractualisation sur les MIGAC, une modélisation des financements tenant compte des moyens en personnels prévus dans la circulaire du 19 décembre 2005. Cette modélisation est corrélée à l'importance des files actives suivies et à la zone géographique couverte par le COREVIH. Pour 2008, une dotation en MIGAC à hauteur de 0,42 million d'euros est affectée en priorité aux régions pour lesquelles la modélisation a mis en évidence un besoin de renforcement des COREVIH.

9.5. Les plateformes d'information santé

Il s'agit d'une mesure majeure destinée à faciliter l'accès de la population à un certain nombre d'informations relatives à l'urgence et à la permanence des soins destinées au public en créant dans chaque région d'une part, un portail www.infocitoyenREGION.sante.gouv.fr et d'autre part, une plateforme de renseignement téléphonique.

Ces mesures visent à améliorer l'information du public, et ainsi, à délester les Centres 15 d'une certaine proportion d'appels qui ne requièrent pas un avis ou une orientation médicale.

Des crédits FMESPP seront délégués pour financer les investissements nécessaires :

- site Internet d'information du public (logiciel, infrastructure informatique)
- aménagements des locaux et postes de travail pour les professionnels qui assureront le renseignement téléphonique

Des crédits de fonctionnement à hauteur de 0,95 million d'euros sont délégués dans la présente circulaire pour les cinq régions précurseurs afin d'assurer :

- le fonctionnement et la maintenance des sites Internet d'information ;
- la rémunération des professionnels qui assureront le renseignement téléphonique.

Les financements pour les autres régions seront alloués dans la prochaine circulaire tarifaire.

Annexe III. Financement des charges de personnel et de l'effet-prix pour les établissements ex-DG

1. Les mesures de reconduction : mesures salariales globalisées et effet-prix

Les montants destinés à compenser l'effet-prix et les charges de rémunération supplémentaires (hors financements fléchés) ont été globalisés et répartis pour les établissements ex-DG entre la masse tarifaire de l'ODMCO, la dotation MIGAC et l'ODAM. Pour les dotations, les mesures de reconduction se traduisent par une hausse des financements de 1,7% des montants DAF et des dotations MIGAC.

Il a été tenu compte du coût d'une éventuelle transposition des mesures prévues pour les agents de la fonction publique et les praticiens hospitaliers du secteur public aux établissements privés anciennement sous dotation globale.

Outre la revalorisation des charges à caractère médical, hôtelier et général afin de prendre en compte l'inflation, cette enveloppe commune intègre le financement des charges suivantes :

L'ensemble des mesures salariales générales

Les moyens financiers supplémentaires attribués aux établissements de santé incluent le financement de l'augmentation du point de la fonction publique, du « glissement vieillesse technicité » (GVT), de la reconduction de la garantie individuelle du pouvoir d'achat, des allocations de formation versées dans le cadre du droit individuel à la formation, du remboursement des frais de transport domicile-travail, de la dernière hausse de la cotisation au fonds de mutualisation des études promotionnelles.

La mise en œuvre du protocole 2006-2009

Il s'agit du financement de la dernière tranche du Protocole BERTRAND signé le 19 octobre 2006:

- troisième et dernière tranche de la mesure concernant la catégorie B, filière paramédicale - soignante, médico-technique et de rééducation - correspondant au relèvement du quota statutaire pour le passage de la classe normale à la classe supérieure (40% en 2009),
- troisième et dernière tranche de la mesure relative à la valorisation des fonctions d'assistants des responsables de pôles d'activités cliniques et médico-techniques (attribution d'une prime forfaitaire de 100 euros bruts),

La revalorisation de la rémunération des agents de catégorie C

Le coût de la revalorisation des grilles indiciaires des corps de catégorie C effective au 1er juillet 2008 (application du décret n° 2008-1268 du 3 décembre 2008) a été intégré dans les tarifs et les dotations.

La revalorisation du traitement brut minimum de la fonction publique suite à la hausse du SMIC au 1^{er} mai 2008 a également été prise en compte.

2. Les mesures catégorielles relatives au personnel médical

2.1. Le financement de la transformation d'emplois HU de MCU-PH d'Odontologie à temps partiel en emplois à temps plein

Les MCUPH d'odontologie sont à ce jour 404 dont 313 exercent à temps partiel. Afin de valoriser l'activité de soins des MCUPH d'odontologie, il a été décidé d'accompagner le financement de la transformation d'un certain nombre d'emplois à temps partiel en temps plein.

Pour l'année 2009, la transformation de 14 postes financés par l'enveloppe MIGAC est prévue. Le montant correspondant à ces transformations en emplois temps plein s'élève à 453 600 euros.

2.2. Les autres mesures prévues seront financées dans le cadre des prochaines délégations de crédits

Les emplois de consultants

Comme les années précédentes, les crédits pour les postes de consultants seront délégués en fin d'année. Il appartient aux centres hospitaliers universitaires de faire remonter le plus rapidement possible les décisions préfectorales de nomination ou de renouvellement à la mission « gestion » de la sous-direction des ressources humaines du système de santé de la DHOS.

L'augmentation du nombre d'internes au titre de l'année universitaire 2009/2010

Cette mesure figurera dans une prochaine circulaire budgétaire. Une enveloppe de crédits en MIGAC lui a été réservée.

La nouvelle prime de responsabilité versée aux internes de 4^e et de 5^e année

Une prime de responsabilité destinée à valoriser la part importante que prennent les internes en médecine et en pharmacie de 4^e et 5^e années dans l'activité hospitalière est créée. D'un montant annuel brut de 2000 €, elle sera versée mensuellement à compter du 1^{er} mai 2009.

Pour les internes en médecine de 5^e année, le montant annuel sera porté à 4000 € à compter du 1^{er} janvier 2010.

Le décret modifiant le code de la santé publique et l'arrêté correspondant sont actuellement en cours de signature.

La procédure d'intégration des pharmaciens dans les corps hospitalo-universitaires (PU-PH et MCU-PH)

Les crédits seront délégués dès que les établissements d'affectation des personnels intégrés seront connus.

La création de 200 postes d'assistants spécialistes partagés (conventions de coopération CHU/CH)

Cette mesure est destinée à renforcer la démographie médicale dans les régions où les besoins en jeunes professionnels seront demain les plus importants, par accroissement des possibilités de post internat.

Le financement de ces 200 postes sera imputé sur la dotation MIGAC. Le dispositif est subordonné à l'identification, par les ARH, des spécialités éligibles afin de combler un déficit constaté au regard des capacités de formation régionales et de la démographie des professionnels.

La délégation des crédits correspondants sera effectuée dans une prochaine circulaire.

3. Le soutien au recrutement d'apprentis préparateurs en pharmacie hospitalière

138 établissements de santé recruteurs pour la session 2008-2009 recevront une dotation sous forme de MIGAC ou de DAF, d'un montant de 5 267 euros par apprenti pour la métropole et de 8 267 euros par apprenti pour la région Antilles-Guyane. Au total, 1,164 millions d'euros sont alloués à ce titre.

4. La proratisation de la rémunération des praticiens à temps partiel sur la rémunération des praticiens hospitaliers à temps plein.

Afin d'aligner leur rémunération sur leur temps de travail (6 demi-journées hebdomadaires), il a été décidé, de mettre en œuvre, à compter du 1^{er} juillet 2009, la 1^{ère} phase de proratisation de la rémunération des PH à temps partiel sur la base de 6/10^e contre 6/11^e auparavant.

Annexe IV-1 Evolution du modèle de financement des activités MCO

La construction tarifaire s'appuie principalement, en 2009, sur la disponibilité de nouvelles données de coûts, issues de l'échelle nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC 2006) ainsi que d'une nouvelle classification des GHM (V11).

1. L'échelle nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC 2006)

Pour les établissements ex DG, les tarifs affectés à chaque GHS depuis 2005 étaient principalement basés sur l'échelle de coûts 2002-2003. Pour les établissements de santé anciennement sous OQN, en l'absence de données relatives aux coûts, les tarifs étaient déterminés par la moyenne des tarifs historiques à la journée et à l'acte.

La réalisation de l'objectif de convergence intersectorielle nécessitait de pouvoir évaluer les coûts respectifs des deux secteurs au moyen d'outils et selon une méthodologie comparables.

La définition de cette méthodologie commune a été réalisée en concertation avec les fédérations d'établissements. L'étude a porté sur un échantillon d'établissements sélectionnés dans chacun des deux secteurs en utilisant les données de l'année 2006. Elle a conduit à établir des hiérarchies de coûts par GHM, propres à chacun des secteurs, mais élaborées de manière comparable.

Ces modifications méthodologiques, l'évolution de la composition de l'échantillon pour le secteur ex DG ainsi que des évolutions dans les paramètres de redressement des données issues de l'échantillon conduisent à des évolutions sensibles dans la valorisation des tarifs 2009. Dans le secteur ex-OQN, la prise en compte des données de coût, bien que prudente pour cette première année, conduit à des évolutions tarifaires significatives pour 2009.

2. La 11^{ème} version de la classification des groupes homogènes de malades

Le référentiel de classification des séjours est en constante évolution afin d'améliorer la description et la valorisation de l'activité produite.

Les principales évolutions de cette 11^{ème} version sont les suivantes :

- décomposition de la plupart des GHM en 4 niveaux de sévérité, représentatifs de l'état du patient par la prise en compte améliorée et élargie des complications et morbidités associées (CMA) ainsi que des effets de l'âge ;
- redéfinition du diagnostic principal (DP) davantage fondé sur la raison de la venue du patient à l'hôpital et non plus sur le motif de prise en charge ayant mobilisé la plus grande part des ressources médicales, en cohérence avec l'introduction des niveaux de sévérité ;
- suppression de la CM 24 et création, au sein des racines de GHM concernées, de véritables groupes de chirurgie ambulatoire (date d'entrée = date de sortie) ;
- création de groupes "d'explorations et surveillance" non éligibles aux niveaux de sévérité
- création de GHM de très courte durée destinés à résoudre le problème des séjours inférieurs à 2 jours dans les GHM médicaux à DMS élevée ;
- créations de nouvelles racines et ajustement de certains GHM.

Cette évolution de la classification, préparée en concertation avec les professionnels, améliore ainsi l'homogénéité des GHM de base (niveau 1 de sévérité, sans complications et morbidités associées), notamment les GHM médicaux, et valorise plus justement les séjours les plus lourds, regroupés dans les niveaux 3 et 4 de sévérité. Elle permet également de repérer les séjours strictement ambulatoires, lesquels, dans l'actuelle V10, sont intégrés aux séjours de moins de 2 jours de la CM 24. Il résulte de cette évolution une augmentation sensible du nombre de GHM qui passe de près de 800 à 2 291.

Cette nouvelle version de la classification apporte donc des modifications significatives dans l'identification des séjours avec, pour conséquence, des effets revenus dépendants de l'activité réalisée.

3. La méthode de construction des tarifs

La construction des tarifs 2009 comporte 3 étapes : définition de tarifs "bruts", de "tarifs repères", enfin de tarifs "initiaux".

Pour chaque secteur, les tarifs "bruts" sont issus de l'application de la classification V11 et respectent la hiérarchie des coûts ENCC. Ils répartissent une recette identique à l'objectif de dépenses MCO par les établissements.

Les tarifs "repères" résultent de l'application de certaines contraintes pour préserver les orientations des politiques publiques, notamment par la limitation des effets revenus sur la prise en charge du cancer, sur les soins palliatifs, sur les activités lourdes (craniotomies, transplantations, chirurgie cardiaque ...), ainsi que de la poursuite de politiques tarifaires incitatives sur la périnatalité et la chirurgie ambulatoire.

Enfin, les tarifs "initiaux 2009" sont obtenus après application d'une contrainte visant à limiter les effets revenus par grand type d'activité (CMD, sous-CMD) ou par type de prise en charge (chirurgie ambulatoire)

4. L'évolution des modalités de facturation des séjours

L'arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités MCO du 19 février 2009 remplace le coefficient de minoration applicable aux séjours dont la durée est inférieure aux bornes basses définies dans l'arrêté tarifaire par les modalités de facturation suivantes :

- un forfait au séjour est déduit du montant du GHS dans les cas où existent des niveaux de sévérité inférieurs pour ce GHS ;
- lorsqu'il n'existe pas de niveau inférieur, un montant journalier à multiplier par le nombre de jours correspondant à la différence entre la borne basse et la durée réelle du séjour est déduit du montant du GHS. Lorsque la durée de séjour est de 0 jour, le nombre de jours est remplacé par la valeur 0,5.

Annexe IV- 2 Le financement de la permanence des soins hospitalière (PDSH)

La sujétion particulière que représente l'obligation d'assurer une permanence des soins, dans les établissements hospitaliers, les nuits, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés introduit un surcoût pour les établissements qui en assurent la charge, qui doit faire l'objet d'un financement spécifique.

Cette reconnaissance participe, du fait d'une meilleure cohérence du contenu des tarifs, à la convergence intra et inter sectorielle.

Ce sujet a été limité, pour 2009, au seul périmètre des permanences sur place et des astreintes à domicile réalisées par les médecins, à l'exclusion des structures d'urgence (service des urgences, SAMU, SMUR), qui font déjà l'objet de financements particuliers. Les établissements privés ex OQN ne sont pas concernés dans la mesure où les médecins assurant la permanence des soins sont aujourd'hui rémunérés par honoraires. Les travaux sont poursuivis pour prendre en compte les autres charges liées à la permanence des soins, concernant notamment les personnels non médicaux et les plateaux techniques.

Une méthodologie de recueil a été élaborée en concertation avec les fédérations hospitalières et avec l'aide d'un prestataire extérieur. Testée au premier semestre 2008 auprès de quelques ARH, elle a permis de déployer une enquête nationale auprès de l'ensemble établissements de santé, via les ARH.

Les coûts unitaires annuels des lignes de garde et d'astreinte des personnels médicaux ont été pris en compte de la manière suivante :

- coût moyen d'une ligne de garde pour un sénior : 416 720 euros ;
- coût moyen d'une ligne de garde pour un junior : 173 030 euros ;
- coût moyen d'une ligne d'astreinte opérationnelle : 29 190 euros (74 500 euros avec déplacements) ;
- coût moyen d'une ligne d'astreinte de sécurité : 130 030 euros ;
- coût moyen d'une ligne d'astreinte forfaitisée : 21 150 euros (30 220 euros avec déplacements).

En gardant à l'esprit les difficultés portant sur la juste distinction entre les coûts liés à la PDSH et ceux liés à la continuité des soins au profit des patients déjà hospitalisés, le coût "assurance maladie" a été estimé à 633 millions d'euros pour 2009 avec effet au 1^{er} mars (soit 760 millions d'euros en année pleine).

Le principe retenu est de retrancher de la masse tarifaire globale les moyens ainsi évalués et, dans un premier temps, de réallouer ces moyens aux régions à due concurrence de la perte tarifaire par le biais de la MIG ad hoc créée à cet effet. Une simulation de l'impact de cette baisse tarifaire sur les établissements de santé de votre région vous sera transmise dans les prochains jours. Je vous demande de répartir cette enveloppe entre les établissements de santé sur ce critère. Les ARH qui ont préalablement défini une organisation régionale de la permanence des soins hospitalière peuvent moduler la répartition des dotations entre établissements, pour un montant maximum de 10% de l'enveloppe régionale, en fonction de l'organisation cible de la PDSH.

Cette marge de manœuvre des ARH sera progressivement augmentée les années suivantes, l'objectif à terme étant d'allouer les moyens exclusivement au profit des établissements supportant effectivement la charge de la PDSH, selon une organisation à contractualiser dans une perspective de recomposition des organisations actuelles en cohérence avec les SROS.

Annexe IV- 3 Le financement de la prise en charge des patients en situation de précarité

Les études diverses menées notamment par la DREES et par des établissements ont démontré un impact en termes de surcoûts pour les établissements prenant en charge des patients en situation de précarité.

S'agissant de l'accueil de ces populations et de leur prise en charge sanitaire, on peut retenir, d'une part, un impact structurel lié à l'obligation pour l'établissement de mobiliser des moyens humains et matériels renforcés et, d'autre part, un impact sur les soins lié notamment à l'augmentation des durées moyennes de séjour des patients les plus précaires.

Une étude MT2A/DHOS réalisée avec l'aide d'un prestataire, s'appuyant sur une enquête nationale auprès de l'ensemble des établissements via les ARH, a permis d'évaluer ces impacts, d'estimer certains surcoûts, et de valoriser pour 2009 une première dotation représentative de ces surcoûts à hauteur de 100 millions d'euros.

Le principe retenu est de retrancher de la masse tarifaire globale le montant de la dotation ainsi évaluée et de réallouer ce montant de manière ciblée, au titre des missions d'intérêt général, aux établissements prenant effectivement en charge le plus de patients en situation de précarité.

Le montant de la dotation sera prélevé pour 95 millions d'euros sur la base tarifs du secteur ex DG et pour 5 millions d'euros sur la base tarifs du secteur ex OQN. Les marqueurs disponibles à ce jour, utilisés pour la réallocation de la dotation aux établissements, seront essentiellement administratifs : CMU/CMUC, AME/AMESU (système d'information de l'assurance maladie).

La liste des établissements éligibles qui vous sera communiquée a été limitée aux établissements accueillant le plus significativement ces populations.

Annexe IV- 4 Les autres évolutions du modèle de financement des activités MCO

1. Le financement de la surveillance continue

Des travaux ont été engagés avec les fédérations d'établissements et les sociétés savantes depuis plus de deux ans afin de réviser le financement de la surveillance continue, dans un contexte de grande hétérogénéité entre établissements. L'objectif était de définir un financement qui tienne compte de la lourdeur des prises en charge des patients dont l'état clinique nécessite ce type de surveillance.

Le dispositif retenu sélectionne les séjours éligibles au supplément SC d'une part sur la présence du malade dans une unité reconnue, et d'autre part sur l'existence de critères liés au malade (diagnostics, actes, indice de gravité, sortie de réanimation).

Ces critères d'éligibilité définis dans l'arrêté "prestations", sont les suivants :

- malades sortant de réanimation (supplément réanimation facturé)
ou
- IGS sans l'âge ≥ 7 et le diagnostic principal établi est l'un de ceux de liste dite diagnostique
ou
- IGS sans l'âge ≥ 15
ou
- acte de la liste des interventions pouvant nécessiter une surveillance répétée et méthodique.

Les autres séjours réalisés au sein de l'unité de surveillance continue n'ouvrent droit à aucun supplément.

Les tarifs du supplément de surveillance continue sont revalorisés en conséquence.

Pour les établissements du secteur ex-OQN, les suppléments liés au classement (SRA et SSC) sont supprimés à compter du 1er mars 2009. Il est par conséquent indispensable que les autorisations ou reconnaissances contractuelles d'unités de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue soient finalisées à cette date.

Pour rappel, les établissements n'ayant pas encore effectué la visite de conformité de leur unité de réanimation peuvent, ainsi que l'arrêté prestations le prévoit, facturer les suppléments REA et STF, dès obtention de la notification de leur autorisation lorsqu'il s'agit d'une poursuite d'activité.

2. Le financement de l'accueil et du traitement des urgences

L'arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale du 19 février 2009 prévoit la facturation d'un forfait accueil et traitement des urgences (ATU) dès lors que des soins non programmés et non suivis d'hospitalisation sont délivrés aux patients dans un établissement autorisé pour la médecine d'urgence. Les modalités de facturation et de valorisation du forfait ATU par les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale feront l'objet d'une circulaire spécifique.

Par ailleurs, le montant du forfait d'accueil aux urgences (FAU) pour 2009 sera déterminé selon les mêmes modalités qu'en 2008, sur la base du nombre total de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation. Vous mobiliserez à cet effet les données disponibles dans FICHSUP.

3. Le coefficient haute technicité

Conformément aux dispositions de l'arrêté du 25 février 2008 relatif aux modalités de disparition progressive du coefficient de haute technicité des établissements du secteur ex-OQN, la valeur de ce coefficient est portée à 1 à compter du 1^{er} mars 2009.

Parallèlement, il est versé aux établissements concernés un forfait de haute technicité qui s'élève à 75% du montant calculé selon les modalités définies à l'annexe de l'arrêté susmentionné.

Le complément (soit 25% du montant « haute technicité ») constitue une enveloppe financière de 59,1 millions d'euros qui est reversée dans la masse tarifaire selon les modalités suivantes :

- une liste de 62 GHM dits de haute technicité a été établie en concertation avec les fédérations ; en 2009, la majeure partie de cette enveloppe financière disponible abonde les GHM de cette liste ;
- le complément est déversé sur les autres GHM de chirurgie.

Annexe IV-5 : Les dispositions relatives aux médicaments et dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste en sus

Les dépenses au titre des médicaments onéreux à l'hôpital (dites spécialités pharmaceutiques financées en sus des prestations d'hospitalisation) ont connu ces dernières années une croissance annuelle très importante, largement supérieure à 10 %, pesant lourdement sur l'ONDAM.

Afin de maîtriser cette évolution, les médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des tarifs de prestations sont soumis à un mode de régulation spécifique :

- le tarif de remboursement est fixé par les ministres de la santé et de la sécurité sociale, après avis du Comité économique des produits de santé, en fonction du prix de vente déclaré par le fabricant ;
- le remboursement est conditionné à l'engagement par les établissements de conclure avec l'ARH un contrat de bon usage dont le non respect entraîne l'application d'un abattement sur le tarif de remboursement qui peut aller jusqu'à 30%.

Ce dispositif a été complété par diverses mesures introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et par la poursuite de l'intégration des DMI dans les GHS.

1. La fixation d'un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux de la liste en sus (article L162-22-7-2 du code de la sécurité sociale)

Cette disposition privilégie la maîtrise des dépenses par l'amélioration de la qualité des pratiques et la recherche de l'efficacité des soins, fondée sur des référentiels médicaux. Elle renforce et élargit le champ des contrats de bon usage signés entre un établissement de santé, l'agence régionale de l'hospitalisation et l'assurance maladie.

La mesure repose sur un mécanisme se décomposant en 3 étapes, les deux dernières reposant sur les ARH:

- **1ère étape (nationale)** : au début l'année N, une analyse nationale est conduite par l'Etat sur l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations inscrits sur la liste en sus (comparaison entre régions, entre établissements). L'Etat fixe par arrêté un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de la liste en sus. **Ce taux s'élève à 10% pour l'année 2009 (publication en cours).**
- **2ème étape (régionale)** : à la fin de l'année N, les agences régionales d'hospitalisation (ARH) examinent l'évolution annuelle des pratiques de prescriptions de spécialités, produits et prestations de la liste en sus des établissements de santé de leur ressort au regard :
 - a) de l'analyse nationale menée par l'Etat ;
 - b) des référentiels et recommandations médico économiques élaborés par la HAS, l'INCA et l'AFSSAPS ;
 - c) du taux prévisionnel d'évolution qui a été arrêté par l'Etat.

Si l'ARH considère que le dépassement du taux d'évolution résulte de pratiques de prescription non conformes aux préconisations nationales, elle conclut un plan d'action d'un an avec l'établissement (et l'assurance maladie) visant à corriger les dérives constatées par l'amélioration des pratiques hospitalières.

- **3ème étape (régionale)** : conclusion et suivi du plan d'action (N+1 et N+2) :

Le plan d'action est conclu en début d'année N+1 pour une durée d'un an, il sera évalué en N+2, année au cours de laquelle l'ARH pourra, le cas échéant, au vu de l'évaluation de la mise en œuvre du plan, prononcer des baisses de taux de remboursement.

Les modalités précises d'application de cette disposition seront communiquées par voie de circulaire à la fin du premier semestre 2009.

2. L'identification du prescripteur de médicaments de la liste en sus par un numéro personnel

Le II de l'article 47 soumet la prise en charge par les organismes de sécurité sociale des dépenses afférentes aux prescriptions de spécialités pharmaceutiques de la liste en sus à l'identification du prescripteur par un numéro personnel (numéro personnel des médecins ou RPPS mentionné à l'article L. 162-5-15 du même code). Cette disposition entre en vigueur le 1er janvier 2010.

Ce dispositif s'inscrit dans le cadre plus large de la régulation des dépenses de soins de ville et du report sur les dépenses de ville des prescriptions hospitalières. A cette fin, il faudra procéder à la mise en place, dans les établissements de santé, des systèmes d'information nécessaires.

3. L'encadrement des prescriptions initiales des médicaments orphelins

Cet encadrement, entrant en vigueur à compter du 1er janvier 2009 (article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale), prévoit que l'assurance maladie prend en charge les médicaments orphelins (inscrits sur la liste en sus) sous réserve que le centre de référence maladie rares ou l'un des centres de compétences qui lui sont rattachés ait validé la prescription initiale pour le traitement envisagé. Les modalités d'application de la mesure vous seront communiquées ultérieurement.

4. La facturation à l'assurance maladie des médicaments classés par leur AMM en "prescription hospitalière et administration dans un environnement hospitalier » lorsqu'ils ont administrés sur un patient non hospitalisé

Les spécialités pharmaceutiques classées dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière et devant être administrées dans un environnement hospitalier peuvent être directement fournies par la pharmacie à usage intérieur en vue de leur administration au cours de la prise en charge d'un patient dont l'état de santé nécessite des soins non suivis d'hospitalisation dans un établissement de santé (articles R.5121-85 et R.5121-86 du code de la santé publique).

L'article L.162-27 du code de la sécurité sociale prévoit la prise en charge de la spécialité concernée, en plus des actes et consultations, sur la base, soit, si la spécialité est par ailleurs inscrite sur la liste en sus, du tarif de responsabilité (prévu à l'article L. 162-16-6), soit, si tel n'est pas le cas, au tarif fixé par le comité économique des produits de santé, dans des conditions similaires à la liste "en sus".

Les établissements de santé recevront des consignes sur les modalités d'enregistrement de ces spécialités dans le fichier de "facturation" des consultations externes (RSF ACE).

5. L'intégration des certains dispositifs médicaux implantables dans les tarifs des GHS

La dynamique d'intégration sélective des DMI dans les GHS et d'harmonisation des listes en sus entre les deux secteurs se poursuit en 2009 avec :

- **l'intégration dans les GHS du secteur privé**

- des implants de réfection de paroi (y compris barrières anti-adhérences ; montant financier de l'ordre de 23 millions d'euros) ;
- des implants de colposuspension (montant financier de l'ordre de 11 millions d'euros) ;
- **l'inscription sur la liste remboursable en sus dans les deux secteurs :**
 - des ligaments artificiels (montant financier de l'ordre de 3,2 millions d'euros) ;
 - des implants tendineux (montant financier de l'ordre de 1,3 million d'euros).

Il est par ailleurs donné un signe dans le sens de l'intégration pour des DMI actuellement sur liste en incluant les grains d'iode dans le tarif du GHS des deux secteurs.

Annexe V : l'évolution des dotations régionales 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 annuel d'aide à la contractualisation résume les travaux réalisés.

Lors des campagnes 2006 à 2008, les rééquilibrages intra régionaux ont été privilégiés et il a été procédé dans le cadre de la politique de contractualisation sur les MIGAC aux nécessaires rééquilibrages entre MIG. Il est donc désormais impératif de justifier dans l'avenant MIGAC du CPOM les éventuels écarts avec les modélisations fournies.

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

Enfin, l'année 2009 voit la poursuite de la montée en charge de la réforme du financement des MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation).

Les missions d'intérêt général à caractère régional

Concernant les MIG, il a été procédé à une comparaison interrégionale afin d'objectiver la nécessité de rééquilibrer les dotations régionales. Le travail de rééquilibrage des dotations a été limité aux MIG à caractère régional pour lesquelles les moyens alloués doivent être a priori corrélés à la population de la région.

L'attractivité ou les flux interrégionaux n'ont pas été pris en compte dans la mesure où la patientèle utilise pour ces MIG avant tout l'offre régionale (exemples des SAMU et des SMUR).

Les MIG à caractère national (type centre national de référence) ou à caractère interrégional (par exemple les CCLIN ou les centres anti-poisons), dont les financements sont liés à la répartition géographique des structures, ont donc été exclues de l'analyse.

Ont également été exclues les MIG financées sur crédits non reconductibles à la suite d'appels à projets (PHRC, STIC, contrats EPST/établissements) les MIG dont le transfert vers les tarifs était envisagé pour 2009 ou 2010 (organes artificiels, certaines MIG rattachées au plan cancer) ainsi que celles sur lesquelles des travaux spécifiques sont menés par ailleurs (actes hors nomenclature et laboratoires de génétique).

Après concertation durant l'automne qui a conduit à revoir la liste initialement retenue, 34 missions, pour un total de 1 milliard d'euros, ont finalement été incluses et pour deux d'entre elles (SAMU et SMUR), la comparaison ne s'opère que sur une quote-part (50%) des dotations des SAMU et des SMUR en raison des contextes locaux très variés insuffisamment pris en compte par le seul critère populationnel.

Pour 2009, l'objectif est **d'atténuer les écarts extrêmes** : des transferts à hauteur de 7 millions d'euros sont opérés entre les six régions les plus sur-dotées au profit des six régions les plus sous-dotées. Ces transferts de crédits correspondent à 20% de l'effet revenu lié au rééquilibrage.

Ce mouvement de rééquilibrage se poursuivra les années suivantes avec une actualisation annuelle des données.

Les marges de manœuvre régionale (volet aide à la contractualisation des MIGAC)

Au sein de la dotation MIGAC, l'aide à la contractualisation a, historiquement, principalement financé les surcoûts de charges d'amortissement induits par les investissements (notamment dans le cadre du plan hôpital 2007). Elle vous permet également d'accompagner le développement ou le maintien d'activités dans le cadre du SROS et de soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre.

On peut chiffrer à plus de 1,1 milliard d'euros (hors crédits hôpital 2007 et 2012) les marges de manœuvre dont vous disposez aujourd'hui.

Dans le cadre des travaux menés fin 2007 sur l'utilisation des marges de manœuvre régionale, les mesures nouvelles AC 2008 avaient été réparties sur la base de deux critères avec une pondération identique (50/50) :

- rééquilibrage des 12 régions dont les marges de manœuvre étaient les plus faibles (poids de la AC hors hôpital 2007 ramené au total des recettes MCO)
- aide aux restructurations avec une répartition selon un critère populationnel.

La Corse et les DOM sont traités séparément pour prendre en compte, d'une part des besoins d'aide à la contractualisation majorés du fait de l'isolement géographique et d'autre part de la nécessité de disposer d'un forfait minimum qui n'est pas atteint avec le critère populationnel lorsqu'il est appliqué dans des régions peu peuplées.

La circulaire tarifaire du 3 mars 2008 a souligné, qu'après trois années de renforcement sensible, l'enveloppe d'aide à la contractualisation ne pourrait augmenter à l'avenir sans limite et il vous a été rappelé que l'aide à la contractualisation devait **comporter des contreparties en terme d'engagements et de résultats et être systématiquement allouée à titre non reconductible** afin de reconsidérer chaque année les montants affectés pour soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation. Ces principes demeurent valables.

Pour 2009, les 100 millions d'euros de mesures nouvelles dégagées sur l'aide à la contractualisation **sont alloués en non reconductibles, afin d'accompagner les établissements les plus impactés par la mise en œuvre de la campagne 2009 et notamment de l'ENCC-V11 et ne viendront donc pas, au sens strict, abonder les marges de manœuvre à votre disposition.**

La demande d'une plus grande objectivation dans la fixation des dotations MIGAC reste forte. A cet effet, et, comme cela avait été annoncé fin 2007, il est procédé pour la première fois en 2009 à un redéploiement inter-régional des marges de manœuvre. Celui-ci est opéré à hauteur de 3 millions d'euros des trois régions les mieux dotées (Limousin, Picardie et Haute Normandie) vers les trois régions les moins dotées (Bretagne, Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon).

Il est enfin rappelé l'exigence de transparence dans l'attribution des marges de manœuvre. La qualité des remontées d'informations via l'outil ARBUST MIGAC constitue un des critères permettant d'atteindre cette nécessaire transparence. Le non respect de cette exigence et plus globalement de la doctrine d'utilisation de la dotation nationale MIGAC rappelée dans les précédentes circulaires tarifaires ainsi que dans le guide d'aide à la contractualisation sur les MIGAC, pourra donner lieu à titre de sanction en 2010 à une réfaction des marges de manœuvre régionale des régions concernées.

La poursuite de la réforme du financement des MERRI

La réforme du financement des MERRI a été mise en œuvre à compter de la campagne tarifaire 2008. La réforme a consisté à passer de deux compartiments (MERRI fixes et variables) à trois compartiments de financement des MERRI (socle fixe, parts modulable et variable), les deux derniers compartiments étant majoritaires (60%) afin de créer une incitation au développement de la recherche.

Comme annoncé lors de la mise en œuvre du nouveau modèle, les travaux se sont poursuivis en 2008 afin de l'améliorer. Le principal objectif poursuivi a consisté à affiner le contenu et la répartition de la part modulable, notamment :

- en précisant les règles de comptabilisation des publications dans SIGAPS (non prise en compte de la validation automatique, prise en compte des attachés, gestion des dates d'arrivée et de départ...),
- en élargissant l'indicateur « valorisation de l'innovation » (uniquement basé en 2008 sur le nombre de brevets) aux licences obtenues à partir de ces brevets et aux contrats de partenariat industriel,
- en introduisant un nouvel indicateur « recherche clinique », basé en 2009 sur le nombre d'essais cliniques enregistrés, pondéré par un certain nombre de paramètres (promoteur/non promoteur, académique/industriel, phases I et II/phases III...); cet indicateur a vocation à évoluer dans les prochaines années par prise en compte du nombre de patients inclus, ceci grâce au déploiement du logiciel SIGREC dans les établissements concernés (maîtrise d'œuvre : CHU de Lille).

Dans le cadre de ces travaux, plusieurs points méritent une présentation détaillée

1. Prise en compte des mesures nouvelles depuis 2006

Le modèle 2008 a été construit sur la base des données 2006. L'enveloppe dévolue aux MERRI en 2006 (1832,6 millions d'euros) a donc été répartie entre les établissements selon les nouvelles règles du modèle. La quote-part MERRI des mesures nouvelles statutaires et générales de 2007 et 2008, qui représente un taux de progression d'environ 1,5% par an, n'a pas été individualisée. Le montant correspondant qui s'élève à 49,2 millions d'euros, figure dans les bases des dotations régionales et est réintégré dans l'enveloppe régionale des MERRI 2009 (parts fixe et modulable). En pratique cela signifie que vous devez réaffecter le cas échéant une partie de votre base MIGAC en MERRI.

Concernant la part variable, il est retenu le montant constaté dans les données d'Arbust MIG 2007. Par ailleurs, après un contrôle de cohérence des montants alloués au titre des CIC, il a été constaté que les CLCC et quelques CHU disposaient de sommes importantes à ces titres sans disposer du label CIC et que d'autres CIC ont été ouverts sur cette période (le solde est de l'ordre de 24 millions d'euros). Ces montants sont retirés aux établissements concernés pour être réalloués à la masse des MERRI. L'ensemble de ces modifications sur les CIC a fait l'objet d'une concertation avec la FNCLCC.

S'agissant des mesures nouvelles 2009, il est retenu un taux de 1,5% (correspondant aux mesures salariales générales et aux évolutions de charges extérieures), qui, appliqué aux parts fixe et modulable, représente un montant de 25,2 millions. Cette somme est affectée uniquement à la part modulable afin de renforcer l'impact des indicateurs constitutifs de la part modulable, et plus particulièrement aux volets « recherche » de cette part modulable (publications, recherche clinique, brevets/valorisation).

2. Pondération des différentes composantes de la part modulable

Il a été annoncé l'année dernière que le volet « brevets/valorisation » avait vocation à augmenter. En outre, il est retenu pour 2009 un poids de 7,5% seulement de l'ensemble de la part modulable destinée à la recherche clinique.

Le tableau suivant résume, après intégration des mesures nouvelles 2007, 2008 et 2009, l'évolution des proportions de chaque volet de cette part modulable :

	2008	2009
Publications (SIGAPS)	64,2%	60%
Etudiants	33,9%	29%
Brevets, valorisation	1,9%	3,5%
Recherche clinique	-	7,5%

3. Schéma de transition

En 2007, il a été arbitré une montée en charge progressive du nouveau modèle : 15% de l'effet revenu en 2008, 35% en 2009, 65% en 2010, 100% en 2011. Ce schéma est maintenu pour 2009 avec application un effet revenu de 35% hors mesures nouvelles.

4. Préparation de la réforme du financement des actes hors nomenclature (BHN /PHN) en 2010

Depuis le démarrage de la T2A, il est identifié que les déclarations effectuées dans les retraitements comptables 2003 sous la rubrique « actes hors nomenclature » et ayant servi de base à la fixation des dotations à ce titre ne remplissaient pas tous les critères de fiabilité. Pour 2009, dans le cadre du processus d'objectivation et d'homogénéisation des financements des BHN et afin de résoudre le problème de certains CHU, il est considéré que les actes hors nomenclature représentent 12% au minimum des charges de laboratoire et au maximum 33% pour les CHU et de 40% pour les CLCC.

Un groupe de travail de la conférence des DG de CHU a par ailleurs pris l'initiative, en toute transparence, de constituer une liste des actes en BHN et PHN en travaillant avec l'ensemble des sociétés savantes. Ce travail considérable piloté par le CHU de Montpellier, a permis d'aboutir à une liste d'actes aux libellés non ambigus et munis d'une cotation relative (par référence aux cotations en B d'actes de référence choisis dans la NABM). Cette grille de recueil sera utilisée à l'avenir pour comptabiliser les activités hors nomenclature de chaque établissement et permettra de juger de la pratique des établissements et de décider ensuite, en concertation avec les professionnels, des modalités de financement de ces actes dans le respect de l'enveloppe actuelle des BHN et laboratoires de génétique. Les établissements concernés devront opérer ce recueil sur la base de cette grille de cotation, dès le 1^{er} janvier 2009 : la remontée des données se fera via l'outil FICHSUP rempli au niveau des laboratoires des établissements de santé.

Il est enfin rappelé que cette liste ne constitue pas une nouvelle nomenclature mais est un outil permettant de financer ces actes en fonction de la nature et du volume d'actes produits et non plus seulement sur la base des déclarations des établissements issues des retraitements comptables.

5. Le financement des activités dites de recours exceptionnel

Dans le cadre des travaux engagés sur les MERRI et les activités de recours, les résultats des enquêtes effectuées auprès des établissements en 2008 ont permis de sélectionner les activités de recours exceptionnel retenues pour 2009.

Il est rappelé que les activités de recours exceptionnels justifiant d'être rémunérées en sus des modalités tarifaires existantes, au moins temporairement, par la dotation nationale de financement des MIGAC, ne concernent que les activités de soins avec hospitalisation techniquement complexes, portant sur des volumes limités de séjours et réalisés par un faible nombre d'établissements. Les innovations en cours d'évaluation, pouvant par exemple faire l'objet d'un STIC ou d'autres types de procédure d'évaluation, sont donc hors champ, même si par ailleurs la question de la rémunération de ces activités peut se poser. Ainsi chaque année les activités retenues au titre des activités de recours exceptionnel évoluent en fonction des « sorties » de STIC et des « entrées » dans le champ tarifaire.

Ainsi, l'orthopédie septique, retenue en 2008 au titre du recours exceptionnel, mais ayant dorénavant des tarifs adaptés dans la V11 de la classification, n'est plus financée à ce titre en 2009.

Pour la campagne budgétaire 2009, les activités de soins retenues sont les suivantes :

- la chimiothérapie hyperthermique intra-péritonéale ;
- la chirurgie de l'hypertension artérielle pulmonaire (endartériectomie pulmonaire) ;
- la chirurgie des sarcomes ;
- la chirurgie des malformations cardiaques congénitales pédiatriques complexes ;
- la thermo-ablation tumorale par radiofréquence ;
- la chimio-embolisation ;
- la reconstruction du sein par lambeaux ;
- la curiethérapie pulsée gynécologique ;
- le cathétérisme cardiaque interventionnel pour affection congénitale ;
- la réanimation néonatale chez les nouveaux-nés de moins de 700g.
- l'assistance respiratoire extracorporelle en pédiatrie

Une enveloppe de 25 millions d'euros a ainsi été prévue pour le financement de ces prises en charge aux enjeux de santé publique majeurs.

6. Le soutien au progrès médical (tableau détaillé joint)

La totalité des moyens sont délégués sous forme non reconductible au titre des MIGAC.

Les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC)

Les dotations régionales intègrent les montants correspondants aux crédits alloués au titre de l'exercice 2009, pour les PHRC des exercices antérieurs (2007 et 2008), en distinguant les volets « cancer » et « hors cancer » (appels à projets nationaux et interrégionaux).

Les délégations à la recherche clinique et à l'innovation

Comme l'an passé, un soutien structurel est accordé aux délégations à la recherche clinique et à l'innovation situées dans les CHU. Il s'agit, d'une part, d'aider à la promotion des essais cliniques, d'autre part, d'améliorer le développement et l'encadrement de la diffusion des innovations. Dans les deux cas, le recrutement de personnel spécialisé dans un objectif de pérennité constitue l'impératif majeur.

Les contrats d'interface destinés aux chercheurs de l'Inserm

Les dotations régionales MIGAC intègrent les montants correspondants aux crédits alloués pour le financement des contrats d'interface des chercheurs, résultant des appels d'offres lancés par l'Inserm en 2004, 2005, 2006 et 2007. Les contrats issus de l'appel d'offres lancé 2003 et financés à partir de l'exercice 2003, arrivés à échéance au terme de 5 ans, viennent de donner lieu à une procédure de sélection. Seuls les contrats sélectionnés font l'objet d'un renouvellement pour un an financé en dotation non reconductible, dans l'attente d'une solution plus durable à inscrire dans le cadre des mesures du plan d'attractivité des carrières des chercheurs.

En ce qui concerne les contrats issus de l'appel d'offres lancé en 2003 et financés à partir de 2004, les délégations de crédits sont suspendues s'agissant de contrats financés pendant cinq années, dans l'attente des décisions de renouvellement pour un an, qui seront transmises par l'Inserm à la DHOS au cours de l'année 2009.

Les programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC)

Les dotations régionales comprennent les deuxièmes tranches pour 2009 des deux programmes couvrant les thèmes « cancer » et « hors cancer » commencés en 2008.

Le programme de recherche en qualité hospitalière (PREQHOS)

Le financement accordé correspond aux suites des programmes lancés respectivement en 2007 (troisième et dernière tranche) et en 2008 (deuxième tranche).

Les implants cochléaires

Des crédits, destinés aux équipes d'ORL très spécialisées précédemment soutenues en 2008, vous sont alloués afin de couvrir les dépenses engagées par les établissements pour l'acquisition d'implants cochléaires dans la période précédant leur inscription sur la liste des dispositifs pris en charge en sus des séjours. Cette inscription est intervenue le 2 mars. Elle est toutefois subordonnée aux dispositions prévues dans le dernier paragraphe de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et il vous appartient en conséquence d'établir la liste des établissements de santé situés dans votre région pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ces implants. Une circulaire DSS/DGS/DHOS vous précisera prochainement les modalités d'élaboration de cette liste d'établissements.

Progrès médical (NR)

Les montants sont en milliers d'euros

Régions	PHRC "cancer" (programmes antérieurs) (NR)	PHRC "hors cancer" (programmes antérieurs) (NR)	Délégations à la recherche clinique et à l'innovation (NR)	contrats d'interface "chercheurs" (appels d'offres Inserm financés en 2005, 2006, 2007, 2008 et renouvellements 1 an première tranche) (NR)	Programme 2008 de soutien aux techniques innovantes et coûteuses "cancer": deuxième tranche 2009 (NR)	Programme 2008 de soutien aux techniques innovantes et coûteuses "hors cancer": deuxième tranche 2009 (NR)	Programme de recherche en qualité hospitalière (programmes antérieurs) (NR)	Implants cochléaires (NR)
Alsace		433	380	322				65
Aquitaine	438	603	380	437		331		115
Auvergne	32	296	325	23			43	65
Bourgogne	153	298	250	92				40
Bretagne	572	903	575	92	200			170
Centre	226	500	250	46				60
Champagne-Ardenne		263	250	46				85
Corse								
Franche-Comté		439	250				48	40
Ile-de-France (hors AP-HP)	1 697	167		552			28	
Languedoc-Roussillon	369	659	630	368	300			135
Limousin		383	250					
Lorraine	227	387	325	115			46	65
Midi-Pyrénées	453	932	380	736			71	165
Nord-Pas-de-Calais	536	937	380	184			12	115
Basse-Normandie	275	217	250	46				40
Haute-Normandie	227	575	250	23		1 400	6	60
Pays de la Loire	516	763	575	437			14	75
Picardie		213	250	23				
Poitou-Charentes		207	250					
Provence-Alpes-Côtes d'Azur	699	1 292	825	920	175	650		135
Rhône-Alpes	595	2 309	1 075	1 058	250		256	250
France métropolitaine hors AP-HP	7 015	12 776	8 100	5 520	925	2 381	524	1680
Guadeloupe		19	250					
Guyane		0						
Martinique		57	250					
Réunion		129						
DOM		205	500					
France entière hors AP-HP	7 015	12 981	8 600	5 520	925	2 381	524	1680

Annexe VI : Financement des établissements ayant une activité de SSR et des hôpitaux locaux

1 - L'évolution du modèle de financement des structures SSR

La mise en place dans le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR) d'un système d'allocation de ressources tenant compte de l'activité réalisée par chaque établissement, avec la perspective d'une meilleure équité dans l'affectation des ressources disponibles, vise à fluidifier la filière de soins dans un contexte de vieillissement de la population et de développement des maladies chroniques et du handicap.

La diversité des types de structures et de prises en charge (rééducation fonctionnelle polyvalente ou spécialisée, soins de suite médicaux avec gériatrie post-aigüe, convalescence post-chirurgicale, cures, soins palliatifs...) ainsi que l'absence actuelle de certains outils ne permettent pas, cependant, de proposer à court terme un modèle fiabilisé. La nécessaire refonte, en profondeur, de l'étude de coûts (mise en place d'une ENCC à compter du 1er janvier 2009) ainsi que de la classification médico-économique descriptive de l'activité SSR renvoie à l'horizon 2012 la mise en œuvre effective de la T2A dans ce champ.

Dans l'attente de la construction et du test du modèle cible, et dans le but d'amorcer une dynamique de nature à familiariser les acteurs à la démarche et à faciliter, in fine, leur adhésion, il a été retenu d'appliquer un modèle intermédiaire dès 2009.

1.1 Présentation du modèle intermédiaire IVA

Le modèle intermédiaire, développé par l'ATIH, est fondé sur l'Indice de Valorisation de l'Activité (IVA). Basé sur les données issues des résumés hebdomadaires standardisés du PMSI, cet indice intègre des facteurs représentatifs des patients pris en charge (morbidity dominante, âge, actes de rééducation, dépendance physique, dépendance cognitive, comorbidités associées, type de prise en charge et type d'hospitalisation).

S'agissant du calcul de l'indice de modulation, une ressource théorique a été estimée pour chaque établissement, en multipliant le nombre de points IVA issus des données PMSI 2007 par la valeur financière nationale du point. A cette ressource théorique de l'activité est ajoutée le montant relatif à des activités ou des charges très particulières qui pourraient faire l'objet d'un financement spécifique dans le modèle cible (missions d'intérêt général, plateaux techniques spécialisés, molécules onéreuses). Les montants correspondant à ces charges ont été valorisés pour chaque établissement sur la base d'enquêtes réalisées en 2008 et de données issues des retraitements comptables.

L'indice de modulation, correspondant au ratio entre les ressources réellement perçues en 2007 et la ressource théorique comprenant les compartiments conduit à positionner chaque établissement en situation de sur ou sous dotation relative.

1.2 L'utilisation de l'IVA dans le cadre de la campagne 2009

S'agissant de la modulation en propre, elle s'appliquera, pour les établissements financés par dotation globale, sur une fraction de 2% de la DAF, et, pour les établissements sous OQN, sur la fraction résiduelle entre le taux des mesures nouvelles 2009 et un taux de 1%.

La modulation des ressources des établissements, dans chacun des deux secteurs, pourra être ajustée, au niveau régional, en fonction des situations spécifiques.

Les établissements ouverts en 2007 et pour lesquels le calcul du point IVA n'a pas pu être réalisé ne seront pas concernés par l'application de cette modulation.

Pour les établissements n'ayant pas transmis de données PMSI au titre de l'année 2007 une modulation par défaut correspondant à un alignement sur le taux de modulation régional le plus défavorable devra être appliquée pour les établissements sous DG. Quant aux établissements du champ OQN, seul le taux de base (c'est-à-dire hors modulation) leur sera appliqué.

Périmètre d'application du modèle IVA

En raison de leur mode de fonctionnement et de la nature particulière de leur activité, les MECS, les pouponnières et les structures de post cure psychiatriques ne sont pas concernées, en 2009, par le dispositif.

Ces établissements bénéficieront en conséquence du taux général d'évolution de la DAF ou de celui des tarifs.

2 - L'évolution du modèle de financement des hôpitaux locaux

2.1 – L'activité MCO

Dès cette année, dans une perspective d'allocation des ressources plus pertinente, il vous est demandé de procéder à la modulation de la DAF pour les hôpitaux locaux qui recueillent et transmettent les données PMSI, sur la base d'une valorisation de l'activité MCO.

2.2 – L'activité SSR

Les hôpitaux locaux, pour ce qui concerne leur activité SSR, sont concernés par l'application du modèle IVA décrit supra.

Annexe VII. Financement des activités de psychiatrie

Mise en œuvre de la réforme de la protection juridique des majeurs

1. Cadre juridique défini par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs

Les établissements dispensant des soins de longue durée ou des soins psychiatriques et dont la capacité est supérieure à un seuil fixé par décret (article L.6111-4 du CSP), devront, à compter du 1er janvier 2009, désigner un ou plusieurs agents comme mandataires judiciaires à la protection des majeurs pour exercer les mesures ordonnées par l'autorité judiciaire au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire. Ces dispositions sont applicables aux établissements publics de santé et aux établissements privés ex DG ¹.

Cette obligation consiste :

- soit dans la désignation (obligatoire) d'un agent (ou plusieurs) chargé(s) de la tutelle des majeurs protégés ;
- soit dans la constitution facultative d'un service social ou médico-social ².

La mise en œuvre de ces dispositions va se traduire pour les établissements concernés :

- par le renforcement des normes et des conditions de gestion de la tutelle et, dans certains cas, l'obligation de recruter un agent en qualité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs ;
- par l'élévation des exigences en matière de compétences demandées aux agents concernés, ce qui entraînera soit des recrutements nouveaux, soit des formations pour les agents en place.

Avant même l'entrée en vigueur de la loi du 5 mars 2007, certains établissements assuraient déjà des fonctions de mandataire judiciaire à la protection des majeurs qu'ils hébergent.

2. Modalités de financement

Deux cas sont à distinguer :

2.1. Les établissements gérant des services d'USLD

Les charges exposées par les établissements - minorées du prélèvement opéré sur les ressources des majeurs³ - seront financées par le biais de la hausse des tarifs d'hébergement (article R.314-182 du code de l'action sociale et des familles).

2.2. Les établissements assurant les hospitalisations psychiatriques

Pour ces établissements, la loi du 5 mars 2007 prévoit que cette charge est financée par la dotation annuelle de financement (DAF), après prélèvement sur les ressources des majeurs.

Pour l'exercice 2009, il est prévu de financer la mise en œuvre des mesures précitées à hauteur de 7 M €. La répartition de ce montant entre les régions est opérée au prorata de l'activité en psychiatrie constatée dans chaque région. Il vous est néanmoins demandé d'attribuer ces crédits en portant une attention particulière aux établissements pour lesquels l'application de ce nouveau dispositif est susceptible d'entraîner des conséquences les plus significatives.

¹ établissements mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale

² au sens du 14° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.

³ décret n° 2008-1554 du 31 décembre 2008 relatif aux modalités de participation des personnes protégées au financement de leur mesure de protection

Annexe VIII. Le financement des unités de soins de longue durée (USLD)

1. La partition des USLD

La mise en œuvre de la redéfinition des unités de soins de longue durée issue des dispositions de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, s'est poursuivie sur l'année 2008 : 300 nouveaux établissements, soient 27 000 lits, sont entrés dans la réforme au 1er janvier 2009.

Cette partition s'accompagne, dans le cadre du Plan Solidarité Grand Age, d'une enveloppe de 50 millions d'euros pour 2009 destinée à renforcer le niveau des ressources d'assurance maladie pour les USLD dont la dotation « soins » était inférieure au plafond de ressources défini par l'équation tarifaire au GMPS. Par ailleurs, les USLD bénéficient d'un financement de 15,8 M€ pour prendre en compte l'évolution des dépenses de personnel et du coût des achats.

2. La mise en œuvre du financement au GMPS pour les unités qui ont partitionné

2.1. Le cadre juridique

- En vertu de l'article L.314-9 du code de l'action sociale et des familles, le forfait « soins » prend en compte le niveau de dépendance moyen (le GIR moyen pondéré mesuré à partir de la grille nationale AGGIR mentionnée à l'article L. 232-2) et les besoins en soins médico-techniques de la personne accueillie (le PATHOS moyen pondéré mesuré à partir du référentiel mentionné à l'article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 et précisé dans l'arrêté du 12 mai 2006).
- L'arrêté du 4 juin 2007 relatif aux indicateurs nationaux de référence et à leur prise en compte dans le cadre de la tarification des besoins en soins requis dans certains établissements relevant du I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles définit l'équation tarifaire en fonction du nombre de points correspondant au groupe iso-ressources moyen pondéré « soins » (GMPS) et les modalités de calcul de la valeur du point d'un établissement.

Calcul du GMPS moyen de l'USLD :

$$\text{GIR moyen pondéré} + (\text{PATHOS moyen pondéré} * 2.59)$$

Valeur annuelle du point : charges nettes en soins / (GPMS * capacité exploitée)

Calcul de la dotation : nombre de patients * GMPS moyen * valeur du point annuelle

- La LFSS pour 2009 donne une base juridique à la tarification au GMPS pour les USLD et permet de définir les règles de convergence : « *les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent fixer annuellement les tarifs plafonds ou les règles de calcul de ces tarifs plafonds pour les unités ou centres de soins de longue durée, ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds. (L.174-6 du CSS)* ».
- L'arrêté fixant les modalités de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévu à l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale, qui s'applique aux établissements qui ont conventionné et qui ont réalisé leur partition au 1^{er} janvier 2009, fixe la valeur nationale plafond du point GMPS à 12,83 € pour 2009 et définit les modalités de convergence.

2.2. Les modalités de financement pour 2009

Trois situations distinctes sont à prendre en compte :

- pour les établissements n'ayant pas signé leur convention tripartite, le forfait global de soins qui a été attribué au titre de l'exercice 2007 est reconduit en 2009 en application de l'article 69 de la LFSS pour 2008
- pour les établissements ayant signé leur convention tripartite, mais n'ayant pas finalisé leur processus de partition au 1^{er} janvier 2009, le forfait global de soins est augmenté de 1,15 %. Je vous invite à moduler le taux de progression des établissements en prenant en compte la charge en soins des patients qu'ils hébergent, tout en respectant un taux d'évolution moyen régional de 1,15 % pour cette catégorie d'établissements.
- pour les établissements ayant signé leur convention tripartite et ayant réalisé leur partition au 1^{er} janvier 2008 ou 2009, la tarification au GMPS s'applique, avec une valeur du point GMPS fixée à 12,83 €
 - Les établissements « sous-dotés » bénéficient de mesures nouvelles pour atteindre la valeur nationale du point (12,83 €)
 - Les établissements « sur-dotés » voient leur dotation « soins » progresser de 0,5%.

Il convient de rappeler que la réforme vise à recentrer les USLD sur leur activité sanitaire : en effet cette réforme avait été engagée sur la constatation d'un certain taux d'inadéquation de la prise en charge des patients dans les USLD. **Vous veillerez, dans le cadre de la contractualisation, à ce que les USLD redéfinies accueillent des patients requérant des soins médico-techniques lourds.** Une nouvelle coupe Pathos qui sera réalisée en 2010, permettra de mesurer l'adéquation du profil des patients à la vocation sanitaire de l'unité et servira de base pour le calcul du montant de la dotation « soins » pour 2010.

2.3. La convergence tarifaire

La convergence ne concerne que les établissements sur-dotés dans la mesure où les établissements qui sous-dotés bénéficient, à l'occasion de leur partition, de mesures nouvelles pour atteindre la valeur nationale plafond.

La convergence tarifaire est réalisée en deux étapes. En 2009, les établissements sur-dotés se voient appliquer une augmentation de dotation plus faible que la progression de la valeur du point. Puis, à partir de 2010, la convergence est mise en œuvre sur une durée maximale de sept ans. Le rythme de convergence sera fixé chaque année par arrêté ministériel. Pour les établissements sur-dotés, la convergence peut être réalisée par une diminution progressive de la dotation « soins » ou par la mise en adéquation de leur dotation avec le niveau de soins médicaux et techniques, notamment par l'augmentation des capacités.