



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

Direction générale de l'offre
de soins
Sous-direction de la régulation de
l'offre de soins
Bureau de l'Évaluation, des
modèles et méthodes (R5)

Personne chargée du dossier : **Adrien DEBEVER**
tél. : 01 40 56 55 51
mèl. : adrien.debever@sante.gouv.fr

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

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé
(pour exécution)

CIRCULAIRE N° DGOS/R5/2011/315 du 1^{ER} août 2011 relative au guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation

Date d'application : immédiate

NOR: ETSH1121575C

Classement thématique : établissements de santé – dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

Validée par le CNP, le 13 juillet 2011 - Visa CNP 2011-194

Catégorie: Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application.
Résumé : La présente circulaire présente le guide destiné à objectiver les crédits délégués au titre de l'aide à la contractualisation
Mots-clés : MIGAC- AC- aide à la contractualisation- délégation des crédits- notification des crédits- marge de manœuvre régionale
Textes de référence : Code de la sécurité sociale: articles L.162-22-13 et L.162-22-14
Textes abrogés : aucun
Textes modifiés : aucun
Annexes : Guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation.
Diffusion : les établissements et organismes concernés doivent être destinataires de cette circulaire, par l'intermédiaire des ARS.

Vous trouverez en annexe le guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation, dans sa version finale.

Ce guide, qui a pour objet de sécuriser les dotations finançant les aides à la contractualisation rappelle:

- le périmètre des aides à l'actualisation;
- l'objet de ces aides;
- le nécessaire caractère «non reconductible» des crédits alloués;
- le nécessaire lien à un besoin objectivable;
- la nécessité d'une inscription de ces aides dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements de santé;
- l'existence de critères de sélection des établissements;
- l'existence de critères de compensation, ayant permis de calculer objectivement la dotation.

Des fiches sont établies permettant de confronter ces règles aux différents cas pour lesquels les agences financent des actions au titre des AC.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de son annexe à vos services et aux établissements de santé et me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans sa mise en œuvre, en prenant contact le cas échéant avec le Bureau de l'Évaluation, des modèles et méthodes (dgos-R5@sante.gouv.fr).

Avec le souhait que ce guide puisse vous être utile dans le dialogue de gestion transparent à conduire avec les établissements.

Pour les ministres et par délégation

signé

Annie PODEUR
Directrice générale de l'offre de soins

DGOS

Direction générale
de l'offre de soins

**Guide de délégation
des dotations
concourant
aux aides à la
contractualisation**

Version 1



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Guide de délégation des dotations concourant aux aides à la contractualisation

Synthèse du contenu du guide	4
Introduction	5
Partie 1 : Les principes d'utilisation des aides à la contractualisation	7
A. L'utilisation des aides à la contractualisation	7
B. Le périmètre des aides à la contractualisation	7
1. Les 6 catégories d'aide à la contractualisation et leur contenu	8
a. Développement de l'activité	8
b. Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS	8
c. Amélioration de l'offre	8
d. Restructuration et soutien financier aux établissements	10
e. Aides à l'investissement	10
f. Autres	11
2. Lien avec le système d'information	11
Partie 2 : La procédure et les règles à respecter pour toute délégation	12
A. La procédure	12
1. Contractualisation avec les établissements délégataires	12
2. Arrêté de versement	13
B. Les règles à respecter	13
1. Des aides non reconductibles	13
2. Analyse préalable du besoin	13
3. Définir des critères de sélection de l'établissement	13
4. Définir des engagements en contre partie de l'aide	14
5. Définir des critères de compensation	14
6. Les exigences de non surcompensation	14
Partie 3 : Fiches pratiques	16
A. Développement de l'activité	16
B. Maintien d'une activité déficitaire identifiée comme telle dans le SROS	18
C. Amélioration de l'offre	19
1. actions de coopération	19
2. soutien à la démographie des professionnels de santé	21
D. Restructurations et soutien financiers	23
1. Restructuration liée à un plan de redressement	23
2. Restructuration hors PRE	24
3. soutien financier ponctuel	25
4. Compensation temporaire de l'effet revenu	26

E. Investissements	27
1. Mesures nationales	27
2. Mesures régionales	28
Annexe 1 : Modèle d'annexe au CPOM ou à un contrat spécifique	29
Annexe 2 : Modèle d'arrêté	32
Annexe 3 : Tableau comparatif présentant les modifications proposées au périmètre AC	34
Annexe 4 : L'application du droit communautaire aux établissements de santé	35
Annexe 5 : table de correspondance réglementaire des mesures nouvelles en LFSS pour 2011	36

Synthèse du contenu du guide

Les marges de manœuvre laissées à l'initiative des directeurs généraux d'ARS répondent à des exigences dont le respect conforte la sécurité juridique de leurs décisions et de leurs actes.

- A cet effet, pour chaque établissement bénéficiaire d'une dotation finançant l'aide à la contractualisation (AC), l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), qui précède l'arrêté de délégation de la dotation, doit préciser :
 - L'objet de la AC,
 - Les engagements de l'établissement pris pour mettre en œuvre le projet faisant l'objet d'un financement AC ;
 - La pertinence des délégations de crédits ;
 - Les critères ayant permis de sélectionner l'établissement;
 - Les critères de compensation, ayant permis de calculer le montant de la dotation.
- L'arrêté pris en application de l'article R162-42-4 du code de la sécurité sociale¹ détermine le montant annuel de la AC, attribué en lien avec l'engagement du CPOM. Cet arrêté doit renvoyer expressément aux dispositions du CPOM définissant la pertinence des délégations et la définition des divers critères de sélection et de calcul de la compensation.

Les systèmes d'information permettant la délégation et le suivi des AC, notamment Arbust et Arbust-MIGAC, évolueront à court terme de manière à permettre d'améliorer le suivi des engagements pluriannuels souscrits au titre de l'investissement par les ARS (nature et durée).

¹ Arrêté déléguant par établissement, le montant annuel de la dotation de financement d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14, dans le respect de sa dotation régionale

Introduction

Objet du guide

Ce guide a pour objet d'accompagner les agences régionales de santé dans le travail nécessaire d'objectivation des aides à la contractualisation.

Il a pour but de définir les principes d'utilisation des aides et de définir leurs périmètres.

Ce guide a aussi pour objectif de donner un ensemble de conseils simples et précis dans la délégation des crédits, en conformité avec les règles générales issues du droit interne et du droit communautaire².

En effet, l'absence d'objectivation des délégations de dotations AC peut entraîner :

- une condamnation de l'agence régionale de santé devant les tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et une annulation de l'ensemble des délégations de crédits sur la base du non respect des principes d'égalité et de non discrimination ;
- une condamnation de l'Etat Français sur la base d'une incompatibilité avec le droit communautaire.

Le suivi des préconisations contenues dans le guide doit permettre de sécuriser la procédure de délégation des dotations AC.

² Voir en ce sens l'annexe 3 relative à l'application du droit communautaire aux établissements de santé et le guide relatif à l'application aux services d'intérêt économique général, et en particulier aux services sociaux d'intérêt général, des règles de l'Union européenne en matière d'aides d'Etat, de « marchés publics » et de « marché intérieur ».

Définition de l'aide à la contractualisation

Le législateur a entendu, au travers de la création de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) maintenir des sources de financement en dehors du principe général de la tarification à l'activité ; il a souhaité que les ressources d'un certain nombre de missions ne soient pas soumises aux variations de l'activité dénombrée par les séjours ou les séances. En effet, les activités des établissements de santé ne se limitent pas à des activités quantifiables à travers les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et facturables à l'assurance maladie ; cette notion n'est pas propre au système français et tous les systèmes étrangers de tarification à la pathologie les plus importants prévoient de telles modalités complémentaires de financement. Elle ne signifie pas pour autant que les dotations ne doivent pas prendre en compte les différences entre établissements, en termes d'activité ou de résultats.

Les dotations finançant les aides à la contractualisation (AC) sont une part de cet ensemble.

Cette dotation peut être définie comme la marge de manœuvre laissée aux agences régionales de santé afin de répondre à des orientations ou à des problématiques régionales, non prises en compte par les autres sources de financement (tarifs, dotations finançant les missions d'intérêt général, forfaits).

Les dotations AC ont, dans un premier temps, principalement financé les surcoûts de charges d'amortissement induits par les investissements (notamment dans le cadre du plan « Hôpital 2007 »). Elles ont permis également d'accompagner le développement ou le maintien d'activités dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) et de soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre.

La campagne budgétaire 2006 a introduit une nouvelle orientation par la volonté de développer les marges de manœuvre des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) au travers de l'identification d'enveloppes régionales d'aide à la contractualisation imputées sur la partie « AC » des MIGAC. Cette orientation a été ensuite confirmée.

La circulaire tarifaire du 3 mars 2008 a apporté des précisions sur l'utilisation de la dotation AC. Elle souligne notamment que l'enveloppe d'aide à la contractualisation, après trois années de renforcement sensible, ne pourra connaître à l'avenir de telles progressions. En effet, l'objet de la réforme du financement à l'activité est de permettre aux établissements de procéder aux adaptations nécessaires de la structure de leurs activités et de leurs dépenses. Dès lors, l'aide apportée pour accompagner ces adaptations ne peut être que temporaire. Par conséquent depuis, il est demandé aux agences régionales d'utiliser systématiquement leur marge de manœuvre régionale 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 de retour à l'équilibre et pour prendre en compte les contraintes locales en matière d'organisation des soins.

L'évolution de cette dotation est marquée à la fois par la volonté d'assurer les marges de manœuvre des agences régionales de santé (ARS), et donc leur capacité à orienter l'organisation de l'offre de soins des établissements au plus près des besoins des territoires, ainsi que par la volonté de disposer d'un outil privilégié pour procéder aux nécessaires rééquilibrages interrégionaux des moyens.

Dans cet esprit, la circulaire tarifaire du 31 mai 2010 précise que la dotation AC permet 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. A l'exception des crédits destinés à financer les surcoûts d'investissements pouvant être accordés sur 20 ans, les dotations d'aide à la contractualisation sont déléguées en non reconductible et subordonnées au respect des engagements contractés en contrepartie.

L'utilisation des marges de manœuvre doit donc s'appuyer sur des critères précis et sur une objectivation de la procédure de délégation des dotations.

Suite à la remise au président de la République du rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, en avril 2010, a été décidé l'instauration de mécanismes systématiques de mise en réserve en début d'année des dotations (dont la dotation AC), dont le dégel total ou partiel est subordonné au respect de l'ONDAM. Cette mesure a été appliquée dès l'année 2010.

Dès lors, est renforcée la **nécessité du caractère non reconductible des AC**. C'est la raison pour laquelle il est envisagé de distinguer dans l'avenir les moyens consacrés au soutien national à l'investissement qui obéissent à une logique et des modalités distinctes.

Partie 1 : Les principes d'utilisation des aides à la contractualisation

A. L'utilisation des aides à la contractualisation

L'aide à la contractualisation a été conçue de manière à financer ponctuellement et temporairement les établissements de santé³ pour la mise en œuvre des adaptations de l'offre de soins, ainsi que pour l'accompagnement de la montée en charge du modèle de financement T2A.

Aujourd'hui, la AC doit davantage s'analyser comme un outil d'appui aux transitions et à l'innovation, notamment organisationnelles, et non de montée en charge du modèle de financement.

Levier des politiques régionales de santé, les dotations doivent avoir pour objectif de moderniser l'offre de soins et de soutenir les efforts liés aux restructurations.

Il est donc nécessaire que, de par sa nature, sa délégation demeure circonscrite à un financement ponctuel et temporaire, sauf dans sa dimension relative à l'investissement immobilier et mobilier.

B. Le périmètre des aides à la contractualisation

Il est important de souligner que la dotation AC est constituée de crédits d'Assurance maladie dont les objets sont limitativement énumérés par la réglementation et les instructions qui vous sont adressées. Elle n'a donc pas vocation à financer toutes les missions, dès lors qu'elles seraient assurées par des établissements de santé.

De la même manière, il convient de rappeler que la dotation finançant les AC ne doit pas servir à financer une mission d'intérêt général (MIG).

Six grandes rubriques avaient été initialement déterminées afin de définir le périmètre des AC. Le présent guide actualise et précise certains points en 2011, afin notamment, de limiter en volume la catégorie « autres ».

Enfin, il convient de faire mention de l'existence d'une table de correspondance, annexée à la circulaire budgétaire pour 2011 (et au présent guide), visant à donner une correspondance réglementaire / ou de gestion à chaque mesure nouvelle. Cela permet d'accompagner les ARS dans leur travail d'imputation des crédits dans l'outil ARBUST MIGAC⁴, afin, notamment, d'être en mesure de tracer et « d'historiciser » les crédits attribués au titre des plans nationaux de santé publique.

³ A noter la possibilité pour des établissements de mutualiser leurs aides à la contractualisation pour la mise en œuvre d'un projet commun finançable en AC. Cela permet d'introduire la possibilité pour un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens de percevoir des MIGAC

⁴ ARBUST MIGAC : base de données gérée par l'ATIH et qui a pour objet le suivi intégral des crédits de l'enveloppe MIGAC. Il est renseigné depuis 2005 par les instances régionales (ARH/ARS) et couvre le champ de tous les établissements recevant une dotation MIGAC, quel que soit son secteur. ARBUST, quant à lui, permet notamment de retracer la délégation des seules mesures nouvelles non reconductibles.

1. Les 6 catégories d'aide à la contractualisation et leur contenu

a. Développement de l'activité

Cette catégorie vise l'aide au démarrage d'activités non assurées précédemment, l'aide à la montée en charge ou en gamme d'une activité existante ainsi que le développement d'activités connexes ou complémentaires à une activité existante. L'attribution d'aides au titre de cette catégorie doit être limitée dans le temps, fondée sur le diagnostic de l'offre de soins réalisé dans le cadre du plan stratégique régional de santé. Les activités ciblées doivent être expressément visées dans le SROS.

Les activités visées, et apparaissant comme une sous catégorie sous ARBUST :

- Obstétrique / Périnatalité
- Urgences
- Chirurgie
- Dialyse
- HAD
- Soins palliatifs
- Réanimation / surveillance continue / soins intensifs
- Cancérologie

Les ARS ont cependant la possibilité de créer leurs propres libellés, et ce afin d'affiner l'imputation. Rien n'interdit donc à une agence de créer une ligne médecine et venir y imputer des crédits correspondant au développement d'activité.

A noter que l'imputation des dotations AC relevant du plan cancer doit s'opérer dans la sous catégorie « cancérologie » (sauf si ces crédits sont délégués en faveur du personnel auquel cas il conviendra d'imputer ces crédits dans la sous catégorie : soutien à la démographie des professionnels de santé).

b. Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS

Cette catégorie vise l'octroi de crédits visant à financer un surcoût engendré par le maintien d'une activité dont l'exercice est reconnu comme indispensable dans le SROS sans que la masse critique de patientèle permettant l'équilibre économique ne soit atteinte.

Les activités visées, et apparaissant comme une sous catégorie sous ARBUST :

- Obstétrique / Périnatalité
- Urgences
- Chirurgie
- Dialyse
- HAD
- Soins palliatifs
- Réanimation / surveillance continue / soins intensifs
- Cancérologie

Tout comme pour le développement d'activité, les agences ont la possibilité de créer leurs propres libellés.

c. Amélioration de l'offre

Le périmètre de l'amélioration de l'offre se limite au soutien général à l'offre de soins sur une région. Si une aide a comme objectif le soutien à une activité (son développement ou son maintien dans un établissement précis), alors l'imputation doit s'effectuer dans le cadre du « développement d'activité » ou du Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS

En outre, les crédits délégués ayant pour objet de compenser l'évolution des dépenses de personnel et des dépenses à caractère hôtelier et général (compensation de l'inflation) ne doivent pas venir s'imputer dans cette catégorie. Ces dotations, s'apparentant à des frais de structure, doivent venir s'imputer sur l'ensemble des MIGAC. A ce titre, elles doivent être intégrées dans la base des établissements⁵. Les agences doivent néanmoins préciser dans leur délégation la part correspondant à ces mesures catégorielles, à charge aux établissements de faire apparaître ce distinguo dans ICARE⁶.

➤ actions de coopération

Cette sous catégorie vise les crédits délégués au développement des actions de coopérations.

Ces actions peuvent recouvrir notamment :

- le développement des coopérations inter-établissements dans le but de renforcer les structures de lutte contre les infections nosocomiales (dans le cadre du programme national de lutte contre les maladies nosocomiales) ;
- le développement des réseaux « douleur » (dans le cadre du plan de santé publique relatif à la lutte contre la douleur).

Des crédits peuvent être délégués afin de financer les réseaux de santé. L'article L. 6321-1 prévoit que ces réseaux ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

L'objectif est d'entretenir une dynamique organisationnelle entre les acteurs de santé dont le but final est d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination, la continuité des soins et de délivrer des soins de proximité de qualité.

Le financement des réseaux de santé par AC demeure subsidiaire, et ne peut se substituer à une source de financement existante. Les dotations issues du FIQCS demeurent le levier principal de leur financement. Les dotations AC ne peuvent être déléguées que sur des actions non financées par le FIQCS (ou par d'autres sources de financement principales : tarifs, forfaits).

➤ soutien à la démographie des professionnels de santé

Cette sous catégorie renferme en particulier les crédits délégués aux primes médicales⁷, aux emplois d'assistants spécialistes partagés, ou aux indemnités de responsables de pôle visant à soutenir la démographie médicale hospitalière.

Ces crédits peuvent également venir soutenir les postes de praticiens référents, c'est-à-dire notamment des correspondants douleur et des correspondants hémovigilance. Il convient néanmoins de faire le distinguo

⁵ Au sein de la catégorie "Amélioration de l'offre", le libellé "Part AC de l'évolution des dépenses de personnel et des dépenses à caractère hôtelier et général (compensation de l'inflation)" a été supprimé. Ce libellé avait été créé suite à la circulaire budgétaire du 24 février 2006 disposant que le calcul des dotations régionales prenait en compte l'effet prix sur la base d'une majoration des dépenses à caractère général et hôtelier de 1,7%.

Les actions imputées sur ce libellé ont pour objectif de compenser l'inflation. En soit, contrairement à l'ensemble des crédits financés au titre des MIGAC, ces crédits ne viennent pas spécifiquement compenser une mission assumée ou une action développée par un établissement. Ils n'ont donc pas vocation à venir s'imputer sur le financement d'une mission ou d'une action : la nomenclature MIGAC est basée sur les missions/actions et non sur la nature ou l'origine des crédits. C'est la raison pour laquelle ce libellé a été supprimé. Aucun crédit ne doit venir s'imputer directement dans ce libellé.

Ces dotations doivent néanmoins être ventilées sur toutes les MIGAC. Prenons l'exemple d'un établissement de santé, qui reçoit des dotations afin de financer l'accomplissement de deux missions d'intérêt général (à hauteur de 50000€ chacune) ainsi que pour mettre en place une action (à hauteur de 25000€), déléguée dans le cadre des aides à la contractualisation. Cet établissement reçoit en outre des crédits destinés à compenser l'inflation (à hauteur de 1000€), qui étaient auparavant imputés sous le libellé "Part AC de l'évolution des dépenses de personnel et des dépenses à caractère hôtelier et général". Il convient de répartir ces crédits au pro rata des financements attribués au titre des MIC ou AC déléguées. En l'occurrence, il conviendra d'imputer 400€ sur chaque libellé correspondant aux deux dotations finançant les MIG, et 200 € sur le libellé correspondant à la dotation AC déléguée. En fonction de la structure des moyens consacrés à chacune des missions et actions (exemple : plus de personnels ou plus de crédits de fonctionnement), cette répartition pourra différer d'une clef de répartition au strict prorata. Les charges supplémentaires résultant de l'inflation ou des mesures de personnels doivent ainsi être prises en compte pour justifier la variation des crédits consacrés à chacune des missions et actions.

⁶ ICARE : informatisation des comptes administratifs retraités (ne concerne que les établissements de santé publics)

⁷ Prime multisites, prime relative à un poste prioritaire, prime relative à l'engagement d'assistants.

avec la MIG « coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés aux articles R. 1221-32 à R. 1221-35 du code de la santé publique ». En aucun cas, une dotation AC peut venir contribuer au financement de ces coordonnateurs, seuls les correspondants hémovigilance sont ici visés.

Il est loisible de rappeler que les crédits délégués au titre de cette catégorie n'ont pas non plus vocation à soutenir certains emplois de techniciens et d'assistants financés au titre de MIG (par ex : l'emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer).

d. Restructuration et soutien financier aux établissements

➤ aide à la restructuration liée à un plan de retour à l'équilibre (PRE)

Le soutien aux établissements déficitaires peut porter sur toute aide au retour à l'équilibre lorsque les établissements bénéficient d'un PRE (et ont donc signé un contrat de retour à l'équilibre) ou sont en voie d'en bénéficier. Ces aides sont accordées lorsque certaines mesures du plan de retour (diminution des dépenses ou reconversion d'activités) ne peuvent produire leurs effets que sur plusieurs exercices.

Il convient de souligner que ces crédits ne peuvent être délégués que si les engagements inscrits dans le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) sont respectés sur la base d'une évaluation systématique. A noter par ailleurs, que le caractère pluriannuel des CREF ne doit pas conduire à allouer ces dotations sous forme reconductible.

➤ aide à la restructuration hors PRE

L'aide à la restructuration hors PRE a pour objet d'accompagner des surcoûts ponctuels dûs à la réorganisation ou à la restructuration de plateaux techniques (de chirurgie par exemple), aux frais relatifs à un déménagement ...

➤ soutien aux établissements déficitaires

Il s'agit d'aides non reconductibles attribuées à des établissements qui rencontrent un déficit lié à une situation spécifique ponctuelle qui ne justifie pas la mise en place de restructurations importantes (ex départs de médecins en MCO avec perte correspondante de recettes T2A). Cette catégorie a vocation à rester résiduelle.

➤ soutien aux établissements subissant un « effet revenu »

Cette aide vise à soutenir, ponctuellement et partiellement, les établissements subissant un « effet revenu », dû, par exemple, aux modifications de mode de financement (ex : évolution de la classification, intégration de molécules dans les tarifs, coefficients divers). Le cas échéant, certaines de ces modalités de compensation pourront faire l'objet d'instructions dans le cadre des circulaires de campagne.

➤ ancienne « DAC 100% »

Cette catégorie a vocation à disparaître si elle ne fait pas l'objet d'un fléchage sur des actions ou mesures identifiées.

e. Aides à l'investissement

➤ mesures nationales

Ces mesures nationales sont la résultante des plans nationaux d'investissement hospitalier « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », ainsi que des opérations ponctuelles décidées par le ministère directement. Seules ces mesures ne font pas partie des « marges de manœuvre » des ARS.

➤ **mesures régionales**

Des mesures régionales spécifiques peuvent accompagner la politique nationale d'investissement. Il est demandé de limiter ces opérations autant que possible, afin de ne pas limiter durablement les marges de manœuvres régionales.

f. Autres

➤ **culture à l'hôpital**

Cette démarche initiée depuis 2000 en lien avec le ministère chargé de la culture vise à développer au sein des hôpitaux la promotion et l'initiation à la culture ou l'animation culturelle auprès des patients : spectacles, expositions, réalisations. Le financement est tripartite : ministère de la culture, Conseil régional, ARS. Un chef de projet régional anime les actions du plan.

➤ **Aides diverses**

Il est impératif que cette sous catégorie demeure résiduelle : les agences doivent être en mesure d'indiquer les motifs qui empêchent que cette aide entre dans une catégorie existante. Ces aides, bien que non rattachables aux catégories existantes, doivent respecter l'ensemble des règles énoncées au présent guide.

2. Lien avec le système d'information

Les systèmes d'information ARBUST et ARBUST MIGAC sont en cours d'actualisation pour prendre en compte notamment les évolutions de la nomenclature des catégories précisées supra. L'objectif est de permettre un suivi précis « des contrôle de la cohérence » des dotations déléguées.

Ils devront également évoluer de manière à mieux prendre en compte la question des engagements pluriannuels en matière d'investissement, dont la nature et la durée ne peuvent actuellement être connus via le SI partagé entre les ARS et le niveau national. Si cette évolution ne pouvait avoir lieu dès 2011, une enquête *ad hoc* serait mise en place à la fin de l'année.

Partie 2 : La procédure et les règles à respecter pour toute délégation

Outre le respect général du droit, interne et communautaire, la procédure de délégation des dotations AC et ses règles générales ont comme objectif de rationaliser de délégation des dotations et de rapprocher au maximum les besoins régionaux des crédits octroyés en ce sens.

C'est avant tout une logique d'efficacité, de transparence et d'équité qui doit gouverner la délégation des crédits.

A. La procédure

L'attribution d'une dotation AC est subordonnée à la signature du CPOM⁸ et à sa mention dans le contrat. L'arrêté de versement annuel, quant à lui, a vocation à mentionner le montant délégué pour la réalisation de telle ou telle AC, en se référant au CPOM détaillant l'objet de l'AC et l'engagement de l'établissement.

Dans cette perspective, l'attribution « objectivée » des crédits au titre des AC doit s'effectuer en deux étapes :

1. Contractualisation avec les établissements délégataires

Pour chaque établissement (ou structure) allocataire, il est conseillé de :

- préciser la pertinence de délégation des crédits (L'objectif est de pouvoir justifier de l'intérêt du versement de la dotation et le rattacher si possible à un diagnostic préalable, objectif, précis et pertinent au regard du financement octroyé) ;
- définir les critères ayant permis de sélectionner l'établissement (ou la structure) ;
- définir les critères de compensation, c'est à dire détailler le calcul économique ayant déterminé le montant des crédits délégués ;
- inscrire les contreparties de cette délégation, c'est-à-dire les engagements pris par l'établissement (ou la structure) et les indicateurs permettant d'évaluer le respect de ces engagements.

Eu égard au droit communautaire, au code de la santé publique (article L.6114-2) et au principe général de transparence des dotations, l'attribution de crédits d'aide à la contractualisation (comme pour l'attribution des dotations finançant les MIG) est strictement subordonnée à la signature d'un avenant au CPOM (ou à tout engagement contractuel spécifique) avec, le cas échéant, un plan de redressement qui fait l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier.

Il est rappelé que suite à l'arrêt Altmark de la Cour de justice de l'Union européenne⁹, la Commission européenne exige l'existence d'un mandat dans le cadre de l'attribution d'une aide d'Etat à tout opérateur délégataire d'un service d'intérêt économique général (SIEG) et donc *in fine*, à tout établissement en charge d'une activité de soins, financé par les crédits de l'Assurance maladie¹⁰. Dans le cas contraire, l'aide serait considérée comme incompatible avec le Traité. Ce mandat doit indiquer la mission confiée à l'opérateur concernée, ainsi que l'étendue et les conditions générales de fonctionnement du SIEG. La Commission européenne exige également que le mandat ait la forme d'un ou de plusieurs actes officiels ayant une valeur juridique contraignante en droit national. L'arrêté déléguant les crédits n'est donc pas un mandat à proprement parler.

⁸ Ou un engagement contractuel spécifique liant la structure allocataire à l'agence régionale de santé lorsque le délégataire n'est pas un établissement de santé. C'est le cas du GCS, structure pouvant être amenée à se voir déléguer en propre des crédits AC.

⁹ Jugement rendu le 24 juillet 2003 dans l'affaire *Altmark Trans GmbH* et *Regierungspräsidium Magdeburg* contre *Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH* (ou plus simplement Arrêt Altmark, affaire 280/00)

¹⁰ Voir l'annexe 4 relative à l'application du droit communautaire aux établissements de santé.

Le CPOM ou tout engagement contractuel spécifique passé entre une ARS et un établissement de santé correspond à cette notion de mandat (reconnaissance de la mission, précision de son étendue et de ses conditions de fonctionnement) et répond à cette exigence communautaire.

2. Arrêté de versement

Eu égard au droit communautaire et au droit interne, il est indispensable de motiver l'arrêté pris en application de l'article R162-42-4 du code de la sécurité sociale¹¹.

Le simple renvoi n'est pas juridiquement suffisant. Cette motivation doit s'effectuer par reprise *in extenso* des termes du CPOM. En effet, l'arrêté, de par sa publication, permet à tout établissement de prendre connaissance des critères de délégation. Si l'arrêté ne fait que renvoyer au CPOM, ces établissements ne pourront prendre connaissance des critères, car ils n'ont pas accès à ces contrats. A ce titre, l'arrêté pourrait être annulé pour violation du principe général de motivation des actes administratifs.

Mis à part les engagements pris par l'établissement, l'arrêté doit retranscrire l'ensemble des critères ayant permis de déléguer l'aide à l'établissement, inscrits préalablement dans le CPOM.

B. Les règles à respecter

1. Des aides non reconductibles

La notion de pérennité doit être distincte des notions budgétaires de reconductibilité / non reconductibilité .

Les aides à la contractualisation ont été conçues comme des aides à titre non reconductible pour les raisons suivantes :

- pouvoir les reconsidérer ou réévaluer chaque année ;
- conserver une marge de manœuvre face aux modifications conjoncturelles ;
- rendre utile et pertinent leur diagnostic relatif à l'offre et aux besoins de santé.

Contrevenir au principe de non-reconductibilité fait encourir un risque d'ordre juridique. En effet, si une agence en année n délègue objectivement des crédits reconductibles, en année n+1 ces crédits ne seront justifiés qu'au regard de leur délégation en année n. Hors, il est impératif que la justification (telle que précisée au présent guide) s'effectue annuellement

2. Analyse préalable du besoin

Si le financement intervient directement ou indirectement au soutien d'une activité, il est indispensable que la délégation s'appuie sur le diagnostic de l'offre et du besoin par territoire de santé, contenu dans le plan régional de santé (en particulier le plan stratégique régional de santé ou le schéma régional d'organisation des soins). La référence expresse à l'analyse préalable du besoin devra être inscrite dans le CPOM de l'établissement, puis par retranscription dans l'arrêté de versement.

3. Définir des critères de sélection de l'établissement

La délégation doit s'effectuer en respectant des règles de transparence et de stricte égalité entre établissements de santé afin d'éviter toute discrimination. Le choix de l'opérateur, c'est-à-dire de l'établissement bénéficiant de la dotation, ne doit pas avoir pour conséquence de créer une distorsion de concurrence.

¹¹ Arrêté déléguant par établissement, le montant annuel de la dotation de financement d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14, dans le respect de sa dotation régionale.

Dès lors le CPOM de l'établissement (puis, par retranscription, l'arrêté de versement) devra définir les critères ayant permis de sélectionner l'établissement allocataire. Ces critères devront donc être objectivés et identiques pour chaque établissement placé dans une situation de fait comparable.

Ils devront être confrontés à la situation et au projet de l'établissement afin de s'assurer que le choix de l'établissement est pertinent.

Dans la mesure du possible, il est conseillé de privilégier l'appel à projet (dès lors que cette méthode est appropriée à l'action visée – exemple : tout financement visant à concourir à l'investissement immobilier des établissements de santé).

Chaque appel à projet devra faire l'objet d'une publication, notamment sur le site internet de l'ARS concernée et une information complète devra être envoyée préalablement aux organismes professionnels régionaux représentatifs (fédérations hospitalières régionales notamment).

4. Définir des engagements en contrepartie de l'aide

Il est indispensable que la délégation de la dotation soit justifiée par des contreparties, c'est-à-dire des objectifs ou des engagements de la part de l'établissement précis et vérifiables. Ils doivent s'inscrire dans le cadre des CPOM. Le CPOM précise également les indicateurs permettant d'évaluer le respect des engagements pris par l'établissement.

Sur la base de ces indicateurs, les aides accordées font l'objet d'une évaluation systématique menée conjointement par l'ARS et l'établissement.

Le non respect de ces engagements peut faire l'objet d'une sanction financière, selon la procédure de droit commun des CPOM (article R. 6114-10 du code de la santé publique).

5. Définir des critères de compensation

Il est essentiel que le CPOM (puis par retranscription l'arrêté de versement), précise les paramètres sur la base desquels la compensation est définie, afin de permettre aux juridictions, institutions nationales et, le cas échéant, européennes d'exercer leur contrôle. Dans la mesure où la méthode choisie permet un calcul transparent et vérifiable de la compensation, les ARS disposent d'un large degré de liberté dans la détermination de ces paramètres, tout en s'assurant que les critères sont non discriminatoires.

Il est conseillé aux agences de confronter, dans la mesure du possible, leur financement aux données issues des retraitements comptables des établissements (RTC), de leurs états des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) et de leurs comptes financiers et de dégager des critères précis de calcul du montant de la dotation¹².

En effet, l'objectif est de pouvoir vérifier à tout moment que la dotation est proportionnée et n'est pas venue surcompenser l'action soutenue. Les crédits délégués doivent impérativement être inférieurs ou égaux au montant des surcoûts de cette action (soit de ses charges nettes)¹³. En outre, il est impérieux de déduire du financement d'une action au titre de la AC l'ensemble des autres sources de financements existantes et finançant ladite action : tarifs, forfaits, subvention diverse. Cela permet d'éviter toute situation de double financement.

Est compatible avec le droit communautaire, l'octroi d'une aide relative à un investissement sous condition de retour à l'équilibre des comptes d'un établissement dont la situation se serait détériorée pour des raisons tenant à l'accomplissement d'activités spécifiques, activités dont la nécessité a été affirmée (ou démontrée) préalablement par un outil de planification régionale (PRS).

6. Les exigences de non surcompensation

Les agences régionales de santé sont libres de décider du modèle et du niveau de financement octroyé, aussi longtemps que ce financement n'aboutit pas à une surcompensation des pertes opérationnelles, et que l'évaluation montre la nécessité de le maintenir.

¹² Il convient de préciser que le périmètre de ces outils, RTC et EPRD, est restreint aux établissements publics

¹³ Charges directes et indirectes de fonctionnement déduction faite d'autres ressources ou financements obtenus.

La surcompensation se définit comme un financement supérieur à celui qui est strictement nécessaire à la compensation des charges induites par l'accomplissement des missions confiées aux établissements. L'ARS a une obligation de récupération des sommes déléguées de façon induue, à défaut elle peut être condamnée.

A contrario, les règles européennes comme nationales n'interdisent pas la sous-compensation ou l'absence de compensation des prestataires.

Afin de respecter cette exigence, les agences doivent pouvoir s'assurer, à travers des outils d'analyse comptable, que l'établissement recevant une compensation ne bénéficie pas en réalité d'une surcompensation.

Partie 3 : Fiches pratiques

Quelques fiches pratiques sont présentées à titre indicatif avec pour objectif de confronter les règles contenues dans le guide à certaines actions financées au titre des AC.

Ces fiches n'ont pas pour vocation d'être exhaustives. Cela étant, elles feront l'objet de compléments afin d'accroître leur caractère opérationnel et ce, dans la perspective de l'actualisation du guide.

A. Développement de l'activité

➤ Analyse préalable

Il convient de lier la dotation AC au diagnostic de l'offre et du besoin, intégré dans le plan stratégique régional de santé (PSRS) ou dans le schéma régional de l'offre de soins (SROS).

Ces deux documents devront faire apparaître un besoin précis relatif au démarrage (ou au développement) d'une activité, sur une zone géographique tout aussi précise.

Le CPOM de l'établissement (puis par retranscription, l'arrêté de versement), devra viser expressément le diagnostic.

➤ Une délégation non discriminatoire

Le choix de l'établissement de santé ne doit pas créer de distorsion de concurrence.

La délégation devra être restreinte aux seuls établissements détenteurs de l'autorisation d'activité requise. Quant aux aides ne touchant que des segments d'une activité autorisée, la détention d'une autorisation demeure nécessaire.

L'analyse préalable (le diagnostic de l'offre et du besoin) ainsi que le projet d'établissement doivent permettre d'objectiver quel(s) établissement(s) doive(nt) et/ou peu(ven)t développer l'activité envisagée.

Si un ou plusieurs établissements ressortent positivement de cette analyse, il est conseillé de recourir à un appel à projet qui devra faire l'objet d'une publication. Cet appel pourra s'appuyer sur plusieurs critères, notamment les contreparties de l'établissement à la délégation des crédits AC (possibilité de développement de l'activité à moindre frais, démarche de coopération inter établissements, ...).

Ces critères devront par la suite être fixés dans le CPOM (puis par retranscription, dans l'arrêté de versement)

Cela étant si l'analyse préalable objective suffisamment les besoins, cela empêche de facto toute distorsion de concurrence et rend l'appel à projet superfétatoire. Cette hypothèse doit cependant être circonscrite à certains cas spécifique. Par exemple, si le SROS dispose que sur l'ouest du territoire de santé X, il n'y a qu'un établissement de santé autorisé en chirurgie et que sur ce territoire l'activité de chirurgie viscérale n'est pas assez développée, la solution envisagée peut être l'octroi de crédit AC. Dans ce cas précis, l'appel à candidature n'est pas indispensable.

➤ Justification

La justification de la délégation doit s'analyser comme la contrepartie demandée à l'établissement, c'est-à-dire son engagement à développer l'activité. A ce titre, des objectifs clairs, précis et mesurables doivent être mentionnés dans le CPOM (plus fondamentalement, il convient de préciser que l'aide doit être de courte durée, le temps de la montée en charge de l'activité et des recettes correspondantes pour couvrir les coûts fixes).

➤ Proportionnalité

Des critères précis visant à calculer la dotation doivent être préalablement définis avant toute délégation de crédits. Les critères peuvent être, par exemple :

- le nombre d'équivalents temps plein (ETP) nécessaires afin de développer l'activité ;
- le calcul des frais liés à tout investissement immobilier ou mobilier ;
- le calcul des frais de fonctionnement liés directement au développement de l'activité ;
- la différence (sur une courte période) entre les coûts fixes estimés selon ces critères et le niveau de recettes générées par l'activité lors de la montée en charge.

Ces critères doivent impérativement s'inscrire dans le CPOM (puis par retranscription, dans l'arrêté de versement). Il est conseillé de se servir des RTC afin de définir au plus près ces critères et des données issues des EPRD.

B. Maintien d'une activité déficitaire identifiée comme telle dans le SROS

➤ Analyse préalable

Il convient de lier la dotation AC au diagnostic de l'offre et du besoin, intégré dans le plan stratégique régional de santé (PSRS) ou dans le schéma régional de l'offre de soins (SROS).

Ces deux documents devront faire apparaître un besoin précis relatif au maintien de l'activité et ce, sur un périmètre précis (géographique et fonctionnel).

Par ailleurs, l'analyse devra souligner, par expertise des retraitements comptables (RTC), que le maintien de l'activité entraîne un déficit pour le ou les établissements se situant sur la zone géographique considérée.

Le CPOM (puis par retranscription, l'arrêté de versement) devra viser expressément ledit diagnostic.

➤ Une délégation non discriminatoire

Si plusieurs établissements maintenant une activité déficitaire apparaissent sur la zone géographique précitée, il est conseillé de recourir à un appel à projet qui devra faire l'objet d'une publication. Il conviendra alors d'établir des critères de sélection, préalablement communicables à tout établissement.

Ces critères peuvent notamment être : garantie de maintien de l'activité (eu égard au projet d'établissement), maintien de tarifs opposables, garanties de retour à l'équilibre des comptes.

Ces critères devront être rappelés dans le CPOM (puis par retranscription, dans l'arrêté de versement).

➤ Justification

Des objectifs clairs et précis de maintien de l'activité doivent être assignés dans le CPOM.

➤ Proportionnalité

Il convient de prendre en compte les surcoûts générés par le maintien de cette activité ; à cet effet, les charges nettes majorées¹⁴ décrites dans les RTC peuvent servir de base à leur évaluation, Ces critères de « juste compensation » devront apparaître dans le CPOM (puis par retranscription, dans l'arrêté de versement).

¹⁴ Charges directes de fonctionnement + charges indirectes – ressources éventuellement perçues

C. Amélioration de l'offre

1. Actions de coopération

1.1. GCS porteur d'un projet immobilier

La logique est identique à celle décrite dans le point relatif au soutien à l'investissement.

1.2. Structure porteuse de projet système d'information pour le territoire de santé

Cet exemple n'inclut pas le cas du financement des systèmes d'informations hospitaliers, financés en partie par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et en partie par de la AC dans le cadre du plan « hôpital 2012 ». Ils relèvent alors de la rubrique investissement national.

En outre, l'accompagnement des coopérations sur les projets SIH ou autres doit bien être différencié des crédits Télémedecine alloués au niveau central par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP santé) puis au niveau régional via le FMESPP. Cet accompagnement doit également être bien différencié des crédits relevant du plan « hôpital 2012 » alloués aux GCS télésanté-SIH implantés dans les régions.

➤ Analyse du besoin

Les systèmes d'information constituent un levier essentiel pour la transformation de l'organisation des soins dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique nationale et/ou régionale.

L'analyse du besoin, devant s'inscrire expressément dans le CPOM (puis par retranscription, dans l'arrêté de versement) pourrait s'effectuer à travers:

- Les projets de territoire liés à l'organisation de l'offre de soins

La mutualisation de moyens ou de compétences lors de la mise en œuvre d'action de coopération nécessite :

- une coordination des structures
- la mise en commun des informations pertinentes à la collaboration (informations médicales par exemple).

Ces deux exigences nécessitent souvent la mise en place et le développement de systèmes d'information (SI) mutualisés, portés par une structure de coopération (parfois un GCS), qui se trouve en charge du pilotage et de la mise en œuvre du projet SI.

- Les projets de territoire liés à l'efficacité des systèmes d'information

Par ailleurs, certains besoins SI méritent d'être mutualisés au sein d'un territoire de santé, soit pour des raisons d'économie d'échelle, soit pour des raisons fonctionnelles (besoin d'ergonomie du SI et de rapidité d'accès aux informations par exemple). Ceci se traduit par un portage des projets mutualisés par des structures de coopération

➤ Une délégation non discriminatoire

L'ARS peut décider, en coordination avec les acteurs régionaux, de soutenir le développement de projets de territoires à destination de tous les établissements ou structures de santé de sa région. Ces derniers ont le choix d'adhérer ou non à la structure porteuse du projet de territoire mais ne bénéficieront de l'ensemble des services liés à la mise en place du projet que s'ils en sont membres ou adhérents.

Nonobstant la multiplicité ou non des projets, Il est conseillé à des fins utiles d'information de lancer un appel à projet. Cet appel permet par ailleurs d'objectiver le choix de tel ou tel dossier.

➤ **Justification**

La contrepartie afférente à cette délégation de crédit peut être l'engagement de signer la convention constitutive de la structure de coopération et l'engagement de mettre en œuvre les moyens nécessaires afin de porter au mieux le projet SI.

Ces engagements doivent s'inscrire dans le CPOM

➤ **Proportionnalité**

Il convient de calculer le coût de la mise en place d'une structure de coopération visant à porter le projet SI, en lieu et place des membres fondateurs.

La solution est d'objectiver le coût au regard des RTC et de dégager des critères permettant de calculer le montant des crédits délégués (ex : X ETP déployés pour mettre en œuvre l'action, ...). Ces critères devront être inscrits dans le CPOM (puis par retranscription, dans l'arrêté de versement).

Il conviendra de prendre en compte, le cas échéant, le financement du FMESPP et de déduire ce montant du calcul de la compensation en AC. L'addition des deux dotations ne doit pas surcompenser financièrement l'action entreprise.

1.3. Autres actions de coopérations

Les exemples de coopérations sont nombreux : cancérologie, périnatalité, éducation à la santé, échange d'images, expérimentation de suivi clinique à domicile en cardiologie, etc.

Ces actions peuvent aussi être la résultante de priorités nationales :

- le développement des coopérations inter-établissements dans le but de renforcer les structures de lutte contre les infections nosocomiales (dans le cadre du programme national de lutte contre les maladies nosocomiales) ;
- le développement des réseaux « douleur » (dans le cadre du plan de santé publique relatif à la lutte contre la douleur).

➤ **Analyse préalable**

Le financement de ces actions de coopération doit répondre au besoin précis de développer une activité particulière identifiée dans le SROS.

Or ce développement passe, non pas à travers le financement d'un établissement en particulier, mais à travers le financement de coopérations hospitalières.

Cette analyse du besoin devra s'inscrire expressément dans le CPOM (puis par retranscription, dans l'arrêté de versement), de chacun des vecteurs de la coopération bénéficiant de la AC.

➤ **Une délégation non discriminatoire**

Dans l'optique de ne pas créer de distorsion de concurrence, deux possibilités s'offrent aux agences :

- Soit un appel à projet. Cette solution est vivement recommandée ;
- Soit objectiver les établissements qui, eu égard à leur activité ou à leurs capacités, sont seuls capables de développer une coopération. Cette justification devra nécessairement apparaître dans le CPOM (puis par retranscription, dans l'arrêté de versement). Cette solution doit être circonscrite aux uniques cas où *de facto* la distorsion de concurrence est inévitable. Par exemple, sur un territoire X, le SROS souligne le besoin de développer la chirurgie orthopédique, et ce à travers des outils de coopération. En effet, c'est la mauvaise articulation entre les établissements qui est à

l'origine de cette carence. Or sur le territoire X, il n'y a que 2 établissements autorisés en chirurgie. Dans ce cas précis, l'appel à candidature n'est pas indispensable.

➤ **Justification**

La justification de l'aide devra se retranscrire par un engagement écrit et motivé dans le CPOM à réaliser certaines actions ainsi que par le contrat instituant le réseau.

➤ **Proportionnalité**

Il existe plusieurs modes de détermination des crédits nécessaires : le nombre d'ETP mis à disposition afin de constituer et de faire vivre la coopération par exemple ou surcoûts tels qu'ils peuvent ressortir des retraitements comptables (charges de fonctionnement directes et indirectes déduction faite des ressources ou financements obtenus par ailleurs), sous réserve d'actualisation ou de validation des informations saisies.

Ces critères de « juste compensation » devront apparaître dans le CPOM (puis par retranscription dans l'arrêté de versement).

2. Soutien à la démographie des professionnels de santé

La création de poste hospitalo-universitaire ou le versement de prime de postes prioritaires sont des exemples d'aides pouvant venir s'imputer dans cette catégorie.

➤ **Analyse préalable**

Il convient de lier la dotation AC au diagnostic de démographie médicale, présent dans les éléments du PRS, à savoir dans le plan stratégique régional de santé (PSRS) ou dans le schéma régional de l'offre de soins (SROS).

Ces deux documents devront faire apparaître un besoin précis relatif au maintien (ou au développement) de professionnels sur un territoire de santé.

Il est conseillé que le CPOM (puis l'arrêté de versement) fasse un renvoi exprès et explicite à ce diagnostic.

➤ **Une délégation non discriminatoire**

La délégation de crédit à un établissement ne doit pas venir créer de distorsion de concurrence sur un territoire, c'est-à-dire qu'aucun établissement ne doit être lésé par l'aide octroyée.

Il est conseillé de lancer un appel à projet, dont les critères de sélection, communicables par l'agence, pourraient se baser sur le projet d'établissement (poste prioritaire non pourvu, volonté d'améliorer les capacités formatrices d'un terrain de stage, ...).

Ces critères doivent être inscrits dans le CPOM (puis par retranscription, dans l'arrêté de versement).

L'appel à projet n'est cependant pas nécessaire si une agence objective son besoin par la définition de critères (qui doivent impérativement faire l'objet d'une publication). Cela étant dans ce cas, tout établissement répondant à ces critères se verra ouvrir un droit de délégation de crédits.

➤ **Justification**

Les contreparties afférentes à cette délégation de crédit peuvent être, outre la création d'un poste/ délégation de primes, l'engagement d'ouverture de terrain de stage dans plusieurs activités.

Ces engagements doivent s'inscrire dans le CPOM.

➤ Proportionnalité

Le calcul de l'aide doit se fonder sur les charges afférentes à la création d'un poste ou à la délégation d'une prime. Il est conseillé de se baser sur le coût moyen d'un ETP (selon l'ancienneté recherchée et l'activité), au regard par exemple des RTC. Les crédits délégués devront impérativement être au maximum égaux aux charges qu'entraîne cette création de poste ou cette ouverture de primes. Ces critères devront apparaître dans le CPOM (puis par retranscription, dans l'arrêté de versement).

D. Restructurations et soutiens financiers

Les agences régionales de santé peuvent déléguer aux établissements des aides ayant pour objectif de les accompagner dans leurs restructurations ou de les soutenir financièrement. Ces aides doivent être déléguées à titre non reconductibles.

L'analyse de chaque situation doit notamment prendre en compte :

- les caractéristiques du tissu hospitalier dans lequel est situé l'établissement : zone urbaine ou rurale, montagne, isolement par rapport aux autres acteurs de l'offre de soins,
- les missions de l'établissement vis-à-vis des patients, missions de service public, accessibilité financière, permanence des soins,
- la qualité du service rendu à la population,

Il conviendra d'évaluer l'utilisation des aides accordées.

1. Restructurations liées à un plan de redressement

Il s'agit des aides au retour à l'équilibre attribuées dans le cadre d'un plan de redressement et qui sont contractualisées dans un avenant au CPOM. La procédure de mise en œuvre d'un plan de redressement relève :

- pour les EPS, de l'article L6143-3 du code de la santé publique (CSP) ;
- pour les CLCC de l'article L.6162-12 du CSP ;
- pour les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, au XXIII de l'article 1 de la loi HPST ;
- pour les autres établissements de santé privés qui ont opté pour la dotation globale, au XXI de l'article 1 de la loi HPST.

➤ Analyse préalable

Ces aides, non reconductibles, sont accordées lorsque certaines mesures du plan de redressement (usuellement appelé plan de retour à l'équilibre ou PRE) ne peuvent produire leur plein effet que sur plusieurs exercices. Elles permettent de continuer à couvrir les besoins de santé de la population en évitant des tensions trop fortes au sein de l'établissement.

La dotation octroyée dans ce contexte à un établissement de santé doit être strictement liée aux modalités de retour à l'équilibre contractualisées dans le cadre d'un avenant au CPOM. La contractualisation des objectifs doit intervenir après un diagnostic précis de la situation de l'établissement, des engagements qu'il est en mesure de prendre, et du besoin régional faisant apparaître le nécessaire maintien de l'établissement.

Dans cette perspective, il est conseillé de viser dans le CPOM (puis par retranscription, dans l'arrêté de versement) ce diagnostic de l'offre et du besoin de santé, présent dans le SROS, afin d'objectiver l'aide accordée.

L'aide est octroyée au regard de l'atteinte de ces objectifs annualisés.

➤ Une délégation non discriminatoire

La délégation devra se baser sur des critères préalablement définis et communicables à tout établissement. Il est recommandé d'inscrire ces critères dans le CPOM (puis par retranscription, dans l'arrêté de versement).

Selon la procédure définie par la loi HPST, la mise en œuvre d'un plan de redressement peut concerner les établissements publics de santé, les établissements de santé privés qui étaient participant au service public hospitalier à la date de publication de la loi HPST ou avaient opté pour la dotation globale et les CLCC.

Afin de ne pas créer de distorsion de concurrence, l'ARS doit analyser la situation financière de chaque établissement sur la base d'une méthode identique.

➤ Justification

La justification de la délégation doit s'analyser comme la contrepartie de l'effort de l'établissement, c'est-à-dire, son engagement à respecter les mesures du plan de redressement. Dans ce cas précis, la délégation ne

peut ainsi être consentie que si l'établissement a rempli les conditions du contrat selon le calendrier défini et les indicateurs de suivi préalablement déterminés.

➤ **Proportionnalité**

Le montant des crédits accordés est déterminé par l'ARS au vu de l'analyse des critères et des engagements pris par l'établissement de santé (définis dans le CPOM puis par retranscription dans l'arrêté de versement). Ce montant est nécessairement inférieur au déficit structurel de l'établissement.

2. Restructurations hors PRE

Il s'agit d'aides non reconductibles accordées à des établissements dont la mise en place d'un plan de redressement n'est pas indiquée mais dont la situation justifie la mise en œuvre de mesures de restructurations. L'octroi d'une aide permet dans ce cas d'éviter des tensions trop fortes à l'établissement pendant la phase de montée en charge des réformes structurelles.

L'absence de PRE ne signifie pas absence de contractualisation sur les objectifs fixés à l'établissement. Ceux-ci devront également faire l'objet d'un avenant au CPOM après une phase de diagnostic de la situation de l'établissement ainsi qu'une analyse des besoins de santé du territoire.

Les engagements de l'établissement peuvent avoir des incidences financières ou non. En effet, ils peuvent concerner des mesures de réorganisation ou de qualité de la prise en charge nécessitant de la part de l'établissement des mesures spécifiques.

➤ **Analyse préalable**

La délégation des crédits doit se baser sur un besoin régional objectivable, comme par exemple le nécessaire maintien de l'établissement au vu des besoins de la population et du développement de l'activité nécessaire à leur couverture.

Il est donc impératif, dans ce cas, de viser dans le CPOM (puis dans l'arrêté de versement) le diagnostic de l'offre et du besoin figurant dans le SROS.

Si la délégation a comme objet le soutien d'un projet de réorganisation, il est impératif de viser, en sus, le projet de l'établissement faisant état du besoin de réorganisation.

➤ **Une délégation non discriminatoire**

Les activités restructurées peuvent nécessiter un certain temps avant de produire des recettes de manière stable alors que les activités "déficitaires" sont déjà supprimées. Il y a donc un décalage dans le temps entre la production de nouvelles recettes et celles supprimées. C'est dans ces conditions et dans cet interstice que l'on peut être amené à aider l'établissement.

Il n'y a donc pas dans un tel cas de justification d'un appel à projet, sauf si au regard de l'analyse préalable et de l'état financier des établissements concernés, plusieurs d'entre eux sont éligibles à cet octroi de crédits.

En cas d'appel à projet, les critères permettant de choisir l'établissement pourront être : l'état des plateaux techniques, une diminution de la file d'attente ...

Toutes choses égales par ailleurs, Il est recommandé d'inscrire les critères permettant d'objectiver le choix de l'établissement dans le CPOM (puis par retranscription, dans l'arrêté de versement).

➤ **Justification**

La justification de la délégation doit s'analyser comme la contre partie de l'établissement, c'est-à-dire, son engagement à mettre en œuvre les mesures de restructuration contractualisées avec l'ARS selon le calendrier défini et les indicateurs de suivi préalablement déterminés.

➤ Proportionnalité

La dotation déléguée doit permettre d'aider l'établissement pendant la période de mise en œuvre des réformes structurelles. Les crédits notifiés ne doivent en aucun cas aboutir à une surcompensation des surcoûts de l'établissement liés aux restructurations.

3. Soutien financier ponctuel

Il s'agit de crédits délégués dans le cadre de déficit lié à une situation spécifique ponctuelle qui ne justifie pas la mise en place de restructurations importantes.

Le périmètre de ces aides est hétéroclite et peut comprendre la compensation due aux départs de médecins en MCO avec perte correspondante de recettes T2A ou la compensation de surcoûts liés au classement d'un établissement en immeuble de grande hauteur (entraînant la rémunération de pompiers).

L'ARS doit procéder dans ce cadre à une analyse détaillée de l'impact sur l'établissement des difficultés spécifiques et temporaires rencontrées.

Cette catégorie peut également recouvrir des aides financières fléchées allouées par le niveau national visant à répondre à des problématiques spécifiques, notamment pour prendre en compte certaines sources de surcoût (par exemple salariaux, cf. le soutien financier aux établissements ex-DG dans l'annexe V de la circulaire budgétaire de mars 2011).

➤ Analyse préalable

La délégation des crédits doit se baser sur un besoin régional objectivable, comme par exemple le nécessaire maintien d'un service de chirurgie au vu des besoins de santé de la population non couverts à l'issue du diagnostic de l'offre et du besoin de santé.

Dès lors, le CPOM (puis par retranscription, l'arrêté) devra viser le SROS, et son diagnostic faisant apparaître un besoin précis.

➤ Une délégation non discriminatoire

La délégation devra se baser sur des critères préalablement définis et communicables à tout établissement. Il est recommandé d'inscrire ces critères dans le CPOM (puis par retranscription dans l'arrêté).

Ces critères peuvent se baser sur le fait qu'en regard à l'implantation géographique de l'établissement et au diagnostic précédemment visé, le maintien de l'établissement s'avère indispensable.

Il est cependant conseillé de lancer un appel à projet si l'analyse préalable englobe plusieurs établissements, dont la situation financière pourrait mériter un accompagnement.

➤ Justification

La justification de la délégation doit s'analyser comme la contrepartie consentie par l'établissement, c'est-à-dire son engagement à mettre en œuvre les mesures visant à résoudre les difficultés ponctuelles rencontrées dans un calendrier défini (ex : anticiper/ diminuer la file d'attente). Les engagements de l'établissement devront faire l'objet d'un avenant au CPOM. La délégation sera ainsi déléguée au regard du respect de ces engagements.

➤ Proportionnalité

La dotation déléguée doit permettre à l'établissement de faire face aux difficultés ponctuelles rencontrées. Le montant des crédits doit être défini au regard des coûts supportés. Il est donc conseillé de se baser sur le RTC des établissements et d'en dégager des critères, définis dans le CPOM (puis par retranscription dans l'arrêté de versement).

4. Compensation temporaire de l'effet revenu

Cette sous catégorie recouvre, entre autre, les aides visant à accompagner transitoirement (à court terme) un établissement faisant face à une modification des modes de financement.

➤ Analyse préalable

La délégation des crédits doit se baser sur une analyse régionale mettant en exergue les établissements impactés par l'ensemble des changements de modèle tarifaire.

Dès lors, le CPOM (puis par retranscription, l'arrêté) devra venir viser cette analyse.

➤ Une délégation non discriminatoire

La délégation devra se baser sur des critères préalablement définis et communicables à tout établissement. Il est recommandé d'inscrire ces critères dans le CPOM (puis par retranscription dans l'arrêté). Dans certains cas, ces critères peuvent être indiqués par le niveau national dans le cadre de la circulaire budgétaire.

Ces critères peuvent se baser sur le fait qu'en regard à l'implantation géographique de l'établissement, aux activités qu'il exerce et au diagnostic précédemment visé, le maintien de l'établissement s'avère indispensable.

Il est cependant conseillé de lancer un appel à projet si l'analyse préalable englobe plusieurs établissements, dont la situation financière pourrait mériter un accompagnement.

➤ Justification

La justification de la délégation doit s'analyser comme la contrepartie offerte par l'établissement, c'est-à-dire son engagement à mettre en œuvre les mesures visant à résoudre les difficultés ponctuelles rencontrées dans un calendrier défini

Ces contreparties peuvent être l'engagement de pratiquer des tarifs conventionnels ou plus généralement, pour l'ensemble des établissements, de poursuivre l'exercice des activités dont le financement est impacté par des réformes.

Les engagements de l'établissement devront faire l'objet d'un avenant au CPOM. La délégation sera ainsi déléguée au regard du respect de ces engagements.

➤ Proportionnalité

La dotation déléguée doit permettre à l'établissement de faire face aux difficultés ponctuelles rencontrées. Le montant des crédits doit être défini au regard des surcoûts supportés. Il est donc conseillé de se baser notamment sur le RTC des établissements et d'en dégager des critères, décrits dans le CPOM (puis par retranscription dans l'arrêté de versement).

E. Investissements

1. Mesures nationales

Les plans nationaux d'investissement s'entendent comme un effort d'investissement supplémentaire, s'ajoutant aux investissements qui auraient été réalisés sans plan.

Concernant le Plan Hôpital 2012, les objectifs ont été clairement définis par les circulaires de juin et de décembre 2007¹⁵ et centrés sur quelques priorités : opérations de recomposition hospitalière privilégiant les regroupements de plateaux techniques publics et privés, opérations de coopération ou de mutualisation entre établissements ainsi que l'accélération du déploiement et de la modernisation des systèmes d'information.

➤ Analyse préalable

La démarche est très précisément encadrée. Dans le cadre d'Hôpital 2012 un dispositif d'instruction et de suivi a été mis en place lors du lancement des différents plans: les établissements déposent leur projet auprès des ARS qui valident la pertinence et le dimensionnement du projet. Le dossier est ensuite examiné au niveau national par un comité national de validation piloté par la DGOS qui formule un avis sur le projet suite à une expertise effectuée par l'Agence nationale d'appui à la performance, sur la pertinence du projet, sa réponse aux besoins, sa soutenabilité financière et son juste dimensionnement.

Les projets doivent répondre aux orientations définies dans les circulaires de lancement :

1. Maintien d'un haut niveau d'investissement
2. Appui à la mise en œuvre des SROS
3. Soutien pour des opérations répondant aux critères d'efficience
4. Développement des systèmes d'information hospitaliers
5. Mises aux normes de sécurité à caractère exceptionnel

Les modalités de financement prennent la forme, d'une part, d'une subvention d'investissement assurée par la voie du « FMESPP » et, d'autre part, **d'une subvention de fonctionnement couvrant partiellement le coût du recours à l'emprunt par les établissements, notamment en crédits d'aide à la contractualisation**. La durée de versement de délégation est pluriannuelle : 5 ans pour les projets de système d'information et 20 ans pour les projets immobiliers.

➤ Une délégation non discriminatoire

Les circulaires de lancement du Plan Hôpital 2012 du 15 juin et du 12 décembre 2007 précisent clairement les structures éligibles, à savoir toutes les structures sanitaires, et les opérations éligibles.

➤ Justification

Le montant de la délégation accordée est déterminé au vu de l'analyse du projet, des orientations du plan d'investissement et des critères d'analyse d'efficience.

Depuis le début de l'année 2011, un comité national de suivi des plans d'investissement (H 2007, H 2012, PRISM ...) effectue chaque année, avec les agences régionales, une revue des projets qui permet de rectifier leurs situations au regard des objectifs et des engagements pris en contrepartie des aides.

➤ Proportionnalité

Ce montant, déduit de la subvention « FMESPP » est nécessairement inférieur (ou au maximum égal) aux montants et aux coûts induits par l'investissement.

¹⁵ Circulaire n° DHOS/F2/2007/248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan « Hôpital 2012 » - Circulaire n° DHOS/F2/2007/438 du 12 décembre 2007 relative à la procédure de validation des projets au plan « Hôpital 2012 ».

2. Mesures régionales

Accordées à titre exceptionnel, les mesures d'accompagnement régional des projets d'investissement doivent s'inspirer des dispositifs et des orientations définies au niveau national. Ces orientations peuvent être adaptées au contexte régional selon les besoins régionaux.

Il convient de préciser que contrairement aux mesures nationales, il est conseillé de déléguer ces crédits de manière non reconductible.

➤ **Analyse préalable**

Tout comme pour les mesures nationales, il est conseillé de définir et de formaliser au préalable des orientations régionales, préalablement définies, telles que :

1. Appui à la mise en œuvre des SROS
2. Soutien pour des opérations répondant aux critères d'efficience
3. Développement des systèmes d'information hospitaliers
4. Mises aux normes de sécurité à caractère exceptionnel

➤ **Une délégation non discriminatoire**

Il est conseillé de lancer un appel à projet, dont les critères de sélection communicables par l'agence (définis sur la base d'orientations régionales préalables, qui pourront mentionner des enveloppes globales prévisionnelles et devront indiquer les priorités régionales) pourraient se baser sur le projet d'établissement ainsi que la soutenabilité financière de l'investissement pour l'établissement.

Il est recommandé d'inscrire ces critères dans le CPOM (puis par retranscription dans l'arrêté).

➤ **Justification**

Le montant de la délégation accordée est déterminé au vu de l'analyse du projet, des orientations du plan d'investissement et des critères d'analyse d'efficience.

Les engagements de l'établissement devront faire l'objet d'un avenant au CPOM.

➤ **Proportionnalité**

Ce montant est nécessairement inférieur (ou au maximum égal) aux montants et aux coûts induits par l'investissement. Il est donc conseillé de se baser sur des devis et d'établir un pourcentage de remboursement. Cette démarche devra être définie dans le CPOM (puis par retranscription dans l'arrêté de versement).

Annexe 1 : Modèle d'annexe au CPOM ou à un contrat spécifique

La présente annexe répertorie, après notification, les crédits versés par l'ARS au titre de l'accompagnement budgétaire à la mise en œuvre du CPOM. Elle vise les dotations déléguées en sus des éventuels produits de la tarification à l'activité. Elle est révisée par voie d'avenant à chaque délégation de ressources nouvelles et, par souci de traçabilité, constitue un rappel exhaustif des dotations accordées.

Par soucis de lisibilité, des encadrés ont été insérés visant à aider au remplissage de l'annexe.

AVENANT N°X AU CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS RELATIF AUX Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation

Entre, d'une part,
L'Agence Régionale de santé

Et

L'établissement de santé XXX

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 : Cadrage général

Conformément à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale, les engagements de l'établissement XXX pouvant donner lieu à l'attribution d'une dotation MIGAC sont mentionnés dans le présent avenant.

Pour chaque mission retenue, figurent l'analyse du dossier ayant conduit à retenir l'établissement pour accomplir cette mission, l'analyse technique (activité, qualité, conditions d'exécution et modalités d'évaluation) et l'analyse financière (dotation MIGAC, participation financière de l'établissement, autres financements).

Article 2 : Aides à la contractualisation

- 1) Mesure faisant l'objet d'un accompagnement – catégorie d'AC visée (ex : développement du système d'information – investissement régional).

a) généralité

Dotation déléguée le	Ce n'est pas le CPOM qui attribue en tant que tels les crédits. C'est l'arrêté de versement annuel, postérieur au CPOM, qui a vocation à mentionner le montant délégué pour la réalisation de telle ou telle mission, en se référant au CPOM détaillant l'objet de la mission et l'engagement de l'établissement. Cela étant, il est nécessaire de faire apparaître la date à laquelle cette dotation a commencé à être allouée et, le cas échéant, la date à laquelle cette dotation a vocation à s'éteindre. Cette durée ne peut dépasser la durée du contrat.
Prévision de fin de l'aide	
Evaluation prévue le	Il s'agit de décrire les modalités d'évaluation du respect de ses engagements par l'établissement. Notamment : fournir un bilan annuel de la mission réalisée, ou de l'aide octroyée, avant le 15 Février de l'année N+1 (protocoles, études rapports...).
Montant annuel indicatif	Il convient d'inscrire, au regard des critères de compensation, le montant annuel prévisionnel (à titre purement indicatif) que l'établissement pourra recevoir. Ce montant est révisable chaque année.

b) Besoins régionaux et objectifs

Il convient de souligner le besoin régional, ayant motivé cette délégation de crédits et les principaux objectifs de l'établissement.

c) modalités de délégations

Si la dotation est la résultante d'un appel à candidature ou d'une labellisation (nationale/ régionale), il est nécessaire de faire apparaître ledit acte.

Le but étant de prouver que l'octroi de la dotation s'est fait à travers une procédure publique et transparente.

d) périmètre du financement et compensation

périmètre de financement

Définir strictement et précisément l'ensemble des actions et/ou des structures financées à travers la dotation.

critères de compensation

Le calcul du montant de la dotation doit correspondre aux les coûts occasionnés par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission (dont l'octroi de crédits est la résultante).

Il convient donc de faire apparaître, selon la dotation :

- Le modèle de financement national (dotation forfaitisée par établissement en fonction de critères d'activité notamment).
- Un référentiel de moyens valorisés.

e) Engagement et suivi

Il s'agit de décrire les moyens financiers, techniques, matériels et humains mis en œuvre par l'établissement pour réaliser cette mission. Il convient ici de procéder à une analyse des moyens mis en œuvre.

Il s'agit de définir les axes stratégiques, les opportunités et les potentiels d'amélioration que peut développer l'établissement et de décrire les engagements de celui-ci (qualité, activité, conditions d'exécution). Cette analyse peut porter à la fois sur l'offre de soins, les recettes et les coûts de l'établissement relatifs à cette mission.

En outre, pour un suivi pratique et pluriannuel, il est proposé le tableau ci-dessous. Il permet d'y associer chaque objectif à un indicateur permettant d'éclairer sur la légitimité et la transparence des délégations. A un indicateur correspond une cible régionale et la cible établissement, permettant une comparaison et une optimisation du financement.

Objectif fixé à l'établissement	Indicateur et Descriptif de l'indicateur	Cible régionale					Cible Établissement										Source d'information (HOSPIDIAG...) + Année
							Valeur cible					Résultat					
		Année N1	N2	N3	N4	N5	N1	N2	N3	N4	N5	N1	N2	N3	N4	N5	

Fait à....., le...

Annexe 2 : Modèle d'arrêté

Arrêté fixant les dotations ou forfaits annuels de [...] pour l'exercice 2011

du [...]

EJ FINESS : [...]

EG FINESS : [...]

- VU** le code de la santé publique, notamment les articles L.6145-1 et suivants, et R.6145-10 et suivants ;
- VU** le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L162-22-9, L.162-22-13, L174-1, R.162-32 et suivants R162-42 ;
- VU** l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale,
- VU** l'arrêté du portant détermination pour l'année xxx de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du [...].modifié fixant pour l'année [...].les montants régionaux des dotations annuelles, les dotations régionales de l'ODAM et les dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation,
- VU** le plan stratégique régional de santé, arrêté le [...],
- VU** le schéma régional d'organisation des soins, arrêté le [...],
- VU** l'avis de la Commission Exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du xxx ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement de santé, en date du [...].,

Considérant l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens relatif aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation en date du ... ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce, et l'évaluation de leur mise en œuvre au [...].

ARRETE

ARTICLE 1 : Les dotations ou forfaits annuels du [...] pour l'année [...] sont fixés par le présent arrêté.

ARTICLE 2 : Le montant de la dotation annuelle de financement (DAF) mentionnée à l'article L 174-1 du code de la sécurité sociale est fixé conformément aux dispositions de l'article R.6145-26 du code de la santé publique à [...] €.

ARTICLE 3 : Le montant de la dotation de financement aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à [...] €.

- [...]€ au titre de [...] (action financée), tel que mentionné au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en date du [...].

Il ressort de l'analyse [...] un besoin en [...] se situant [...].

Les critères de sélection des établissements délégataires à cette dotation de financement de l'aide à la contractualisation au titre de [...] (action financée) sont les suivants : [...].

Les critères de compensation de la dotation sont les suivants : [...].

Il est conseillé de reprendre in extenso l'analyse préalable et les critères établis dans le CPOM.

ARTICLE 4 : Le montant du(des) forfait(s) annuel(s) mentionné(s) à l'article L.162-22-12 du code de la sécurité sociale est (sont) fixé(s) à :

- [...]€ pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences ;
- [...]€ pour le forfait annuel relatif à l'activité de prélèvement d'organe ;
- [...] € pour le forfait annuel relatif à l'activité de transplantation d'organes et de greffes de cellules souches hématopoïétiques

ARTICLE 5 : Le présent arrêté est notifié à l'établissement ... et la caisse, selon le cas, mentionnée à l'article R.174-1 ou R.174-17 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 6 : Les recours contre le présent arrêté sont à former auprès du secrétariat du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale - [...] - dans le délai d'un mois à compter de la notification ou, selon le cas de la publication du présent arrêté.

ARTICLE 7 : Le Directeur général de l'Agence régionale de santé [...], le Directeur du [...] sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à,

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé

Annexe 3 : Tableau comparatif présentant les modifications proposées au périmètre AC

Ancienne catégorie	Nouvelle catégorie
<p>1. Développement de l'activité*</p> <p>2. Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS*</p> <p>3. Amélioration de l'offre de soins existante (Renforcement de moyens)</p> <p>a. Part AC de l'évolution des dépenses de personnel et des dépenses à caractère hôtelier et général (compensation de l'inflation)</p> <p>b. Mesures en faveur des personnels</p> <p>4. Restructurations et soutien aux établissements déficitaires</p> <p>a. Plan de retour à l'équilibre</p> <p>b. Restructurations (hors PRE)</p> <p>c. Soutien aux établissements déficitaires (hors PRE) : Mesures ponctuelles</p> <p>5. Investissements</p> <p>a. Plans nationaux d'investissement</p> <p>b. Financements régionaux non rattachables aux rubriques précédentes</p> <p>6. Autres</p> <p>a. Coopération</p> <p>b. Culture à l'hôpital</p> <p>c. Compensation de l'effet revenu lié à un changement du modèle tarifaire</p> <p>d. Divers</p> <p>e. Ancienne DAC 100%</p>	<p>1. Développement de l'activité*</p> <p>2. Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS*</p> <p>3. Amélioration de l'offre</p> <p>a. Action de coopération</p> <p>b. Soutien à la démographie des personnels de santé</p> <p>4. Restructuration et soutien financier aux établissements</p> <p>a. Aide à la restructuration lié à un plan de retour à l'équilibre (PRE)</p> <p>b. Aide à la restructuration hors PRE</p> <p>c. Soutien financier ponctuel</p> <p>d. Compensation temporaire de l'effet revenu</p> <p>e. Ancienne DAC 100%</p> <p>5. Aides à l'investissement</p> <p>a. Mesures nationales</p> <p>b. Mesures régionales</p> <p>6. Autres</p> <p>a. culture à l'hôpital</p> <p>b. Aides diverses</p>

* : Les activités visées :

Obstétrique / Périnatalité

Urgences

Médecine (en dehors de soins palliatifs)

Chirurgie

Dialyse

HAD

Soins palliatifs

Réanimation / surveillance continue / soins intensifs

Cancérologie

Annexe 4 : L'application du droit communautaire aux établissements de santé

Les services d'intérêt économique général (SIEG), sont définis comme des « activités de service marchand remplissant des missions d'intérêt général et soumises de ce fait par les Etats membres à des obligations spécifiques de service public¹⁶ » (ex. : services de réseaux de transports, d'énergie ou de communication). Les établissements de santé appartiennent donc à cette catégorie d'acteurs économiques.

Au-delà de cette définition, la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (UE) précise trois conditions cumulatives à réunir pour qualifier une entreprise en charge d'un SIEG.

1. L'entreprise doit exercer une activité économique au sens du droit de la concurrence. La notion d'entreprise en droit communautaire vise toute entité, quelle que soit sa forme juridique, qui exerce une activité économique. Les activités de nature économique sont définies largement par la cour de justice comme toute activité consistant à offrir des biens et des services sur un marché donné.

L'absence de but lucratif n'est pas de nature à écarter la qualification d'activité économique.

Seuls de rares critères relatifs à l'absence totale de contrepartie économique, aux prérogatives de puissance publique ou à des obligations de solidarité permettent d'y échapper.

2. La mission doit être dévolue à l'entreprise par un acte exprès et explicite de la puissance publique de nature législative, réglementaire ou conventionnelle.

3. La mission dévolue doit revêtir un intérêt économique général qui présente des caractères spécifiques par rapport à celui que revêtent d'autres activités de la vie économique. La présence d'obligations de service public constitue, pour la Cour, le révélateur de la nature d'intérêt général de l'activité de même que le financement principalement assuré par des « fonds d'Etat », catégorie comprenant notamment les cotisations des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Ces trois conditions sont donc remplies pour les diverses entités exerçant dans le champ de la santé des activités ayant vocation à être financées par les dotations AC.

La portée de la définition dans le domaine des aides d'Etat :

L'article 107 TUE pose dans son premier paragraphe l'incompatibilité des aides d'Etat avec le marché commun, dans la mesure où ces aides affectent les échanges entre Etats membres. Il précise toutefois dans les deux paragraphes suivants un ensemble de dérogations pour certains types d'aide.

L'article 106, quant à lui, dispose que les règles de concurrence ne doivent pas s'opposer à l'accomplissement d'une mission assignée à une entreprise chargée d'un SIEG.

L'articulation de ces deux articles est délicate et fait l'objet d'une jurisprudence importante. Le débat porte sur la question suivante : une « compensation de service public » attribuée à une entreprise est-elle ou non une « aide d'Etat » au sens de l'article 107 TUE. Dans l'affirmative, cette compensation doit être soumise à l'appréciation de la Commission européenne ; dans le cas contraire, l'article 107 ne s'applique pas et l'article 106 permet de considérer cette compensation comme un moyen d'assurer l'accomplissement de la mission d'intérêt général confiée à l'entreprise.

L'arrêt « Altmark » de la Cour de justice a permis de préciser dans quel cas une compensation de service public est considérée comme une aide d'Etat. Par la suite, en juillet 2005, une série de textes dits « paquet Monti Kroes » ont formalisé cette solution :

Les compensations de SIEG sont des aides d'Etat présumées compatibles si les trois premiers critères de l'arrêt « Altmark » sont remplis :

1. Existence d'un mandat d'exécution des obligations de service public
2. Paramètres de calcul de la compensation établis préalablement
3. Pas de surcompensation

L'aide n'a pas à être notifiée à la Commission dans le domaine de la santé¹⁷.

¹⁶ Livre vert de la Commission européenne sur les services d'intérêt général

¹⁷ 16^{ème} considérant de la décision 2005/842/CE

ANNEXE 5 : TABLE DE CORRESPONDANCE REGLEMENTAIRE DES MESURES NOUVELLES EN LFSS POUR 2011

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

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

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

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

A des fins de lisibilité et de bon suivi des délégations, il est demandé aux agences régionales de santé de respecter cette grille d'imputation.