

Circulaire DHOS/F2/DSS/1A n° 2006-81 du 24 février 2006 relative à la campagne tarifaire 2006 des établissements de santé

24/02/2006

Date d'application : immédiate.

Références :

Code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-22-6, L. 162-22-13, L. 174-1-1, R. 162-32 et suivants et R. 162-42 et suivants ;

Code de la santé publique, notamment les articles L. 6145-1 et suivants, R. 6145-10 et suivants ;

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

Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, notamment les articles 61 et 67 ;

Arrêté du 6 janvier 2006 pris pour l'application du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 ;
Circulaire n° DHOS/F4/2005-535 relative à la mise en oeuvre en 2006 du nouveau régime budgétaire et comptable applicable aux établissements de santé publics et privés antérieurement financés sous dotation globale.

Annexes :

Annexe I : Le cadrage général : les objectifs nationaux ;

Annexe II : Le financement à l'activité ;

Annexe III : Les dotations régionales ;

Annexe III.1 : MIGAC ;

Annexe III.2 : DAF ;

Annexe III.3 : DAC ;

Annexe III.4 : USLD ;

Annexe IV : La détermination des ressources des établissements et le suivi de la campagne ;

Annexe V : Les programmes de santé publique.

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Madame et Messieurs les préfets de régions, directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets de départements ; directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour information).

La présente circulaire a pour objet de déterminer le contenu de la campagne budgétaire 2006 des établissements de santé, d'expliquer les fondements sur lesquels elle a été construite et de préciser les modalités de travail. Elle repose en particulier sur la tenue des objectifs hospitaliers comme élément clef de contribution à la réussite du retour à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie.

Elle est complétée par des annexes techniques.

1. Le cadrage général

La campagne tarifaire 2006 s'inscrit dans la continuité des réformes engagées dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ». Les établissements de santé doivent continuer à se moderniser afin que la qualité des prestations et que la sécurité des soins soient encore renforcées.

Les réformes en cours sont complémentaires, et leur poursuite doit permettre d'améliorer durablement le fonctionnement des établissements sanitaires.

La mise en oeuvre de la gouvernance hospitalière vise à rénover l'organisation interne des établissements publics conformément à une logique médicale. Elle renforce leur autonomie mais accroît aussi leurs responsabilités. La mise en place des pôles d'activité contribuera au décloisonnement des services. L'organisation de la coopération des établissements à l'échelle d'un territoire de santé doit renforcer la qualité de l'offre de soins.

La montée en charge de la tarification à l'activité qui repose sur une meilleure prise en compte de l'activité médicale et du service rendu par les établissements conduira à une allocation plus équitable des ressources. Il convient donc d'en poursuivre la mise en oeuvre, tout en permettant aux différents acteurs (établissements, agences régionales de l'hospitalisation) de mieux s'en approprier les règles en la rendant plus lisible et plus transparente. En 2006, les modifications apportées au modèle l'ont donc été volontairement a minima.

1.1. Les grandes masses

Le montant de l'ONDAM voté par le Parlement pour 2006 correspond à une progression des dépenses d'assurance maladie de 2,5 %. Le taux d'évolution pour l'ensemble des établissements de santé a été fixé à 3,44 %, ce qui représente un effort très important en faveur de ce secteur, dans le contexte du plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie. Je vous rappelle de surcroît qu'un rebasage de 625 millions d'euros permettant d'absorber une grande partie du dépassement prévisible de 2005 a été effectué préalablement à l'application de ce taux. Il en résulte que le taux de progression réel de l'ONDAM 2005 par rapport à l'ONDAM 2004 initial aura été supérieur à 4,6 %.

Au sein de l'ONDAM, les objectifs de dépense progresseront, l'ODMCO pour atteindre près de 40,2 milliards d'euros, les MIGAC 5,6 milliards d'euros, l'ODAM près de 14,9 milliards d'euros et l'OQN 1,8 milliards d'euros.

Mon souci, afin d'accroître la visibilité de tous les acteurs, est de mettre l'ensemble des financements de mesures nouvelles à votre disposition dans les délais les meilleurs, sous réserve des crédits provisionnés en début de campagne, et de ceux dont la délégation n'est pas possible immédiatement compte tenu de leur mode d'allocation (notamment ceux alloués à l'issue d'appels à projets). Ainsi, le montant définitif des dotations régionales devrait vous être notifié cette année dès le début du second semestre.

J'attire votre attention sur l'existence d'un écart entre l'évaluation de la progression naturelle des dépenses des établissements de santé et le taux de progression de l'ONDAM hospitalier.

Cet écart, évalué à 560 millions d'euros, représente la participation du secteur hospitalier au redressement indispensable des comptes de l'assurance maladie, conformément aux hypothèses déterminées par la [loi du 13 août 2004](#). Il est impératif que ces économies soient réalisées et, en toute hypothèse, il est exclu que l'écart entre progression des dépenses d'assurance maladie et progression des dépenses des établissements se traduise par un accroissement des déficits. Pour atteindre cet objectif, les actions engagées devront être poursuivies et amplifiées, en particulier par l'amélioration de la gestion (politique des achats hospitaliers, réorganisation interne...) et l'amélioration de l'organisation des soins (complémentarités entre établissements de santé, mutualisation des équipements, plus grand recours aux alternatives à l'hospitalisation...). Tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, qu'ils soient tarifés à l'activité, financés par dotations ou qu'ils combinent les deux modes de financement, devront contribuer à l'effort demandé.

L'effort d'économies a été traduit pour partie dans les tarifs et pour partie dans les bases des dotations régionales.

Pour les établissements financés en totalité ou partiellement par dotations, il vous appartient de répartir ces économies entre les établissements de votre région en fonction de votre connaissance de la situation de chacun d'entre eux, sans que le fléchage de cette répartition, par établissement ou poste de dépense, vous soit imposé. En revanche, vous assurerez un suivi et vous me rendrez compte de la réalisation de cet objectif selon les modalités précisées ci-après.

1.2. La poursuite des plans de santé publique

La mise en oeuvre des grands plans et programmes de santé publique se poursuivra en 2006 pour un montant total de 330 millions d'euros (reports et mesures nouvelles, tarifs et dotations) : « plan cancer », « plan urgences », « plan périnatalité », « plan santé mentale », « plan maladies rares », lutte contre la maladie d'Alzheimer, meilleure prise en charge des personnes en état végétatif chronique, lutte contre la douleur, développement des soins palliatifs et prise en charge de la santé des personnes détenues.

Toutefois, pour tenir compte à la fois des effets reports de 2005 sur 2006 et des modalités de mise en oeuvre de certains plans, des ajustements de calendrier ont été décidés.

Ces programmes et plans de santé publique sont financés, selon les actions concernées, par les tarifs ou par les dotations.

A titre d'exemple seront financées à l'activité la revalorisation des « forfaits urgences » afin de poursuivre le renforcement en personnel des services d'urgence ou la revalorisation des tarifs des GHS correspondant à l'activité de périnatalité afin d'achever la mise aux normes de cette activité.

En ce qui concerne le plan « psychiatrie et santé mentale », une instruction budgétaire commune aux trois directions concernées du ministère de la santé et des solidarités (DHOS, DGS, DGAS) et à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) vous précisera les orientations stratégiques relatives à la mise en oeuvre de la tranche budgétaire 2006 qui s'élève à plus de 30 millions d'euros. Par ailleurs, conformément à l'engagement pris à l'été 2005, vos dotations régionales (DAF) intègrent les crédits nécessaires à l'amélioration de la sécurité dans les établissements de psychiatrie. Un financement complémentaire sera assuré par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), notamment pour les établissements ne pouvant bénéficier de dotations. C'est au total un montant de 18 millions d'euros qui doit être consacré à la mise en place rapide de systèmes de sécurité adaptés pour les personnels de ces établissements, leur permettant ainsi de poursuivre leur action dans des conditions de qualité et de sécurité renforcées.

Il vous appartient de veiller à ce que les objectifs assignés à votre région soient intégralement respectés et que les financements alloués sous forme de dotations soient effectivement consacrés à la mise en oeuvre des mesures prévues par chacun des plans. Il est rappelé notamment que la mise aux normes des établissements autorisés pour les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale doit être totalement achevée à la fin de l'année 2006.

1.3. La poursuite et le développement de l'effort d'investissement

La relance de l'investissement hospitalier par le plan « Hôpital 2007 » qui se traduit par un soutien de 6 milliards d'euros sur 5 ans conduira à 10 milliards d'euros d'investissements supplémentaires sur la période 2003-2007.

Au total la tranche prévisionnelle de soutien pour 2006 s'élèvera à près de 113 millions d'euros de crédits d'assurance maladie et 100 millions d'euros de subventions du FMESPP. A cet égard, il convient de noter qu'une partie du soutien initialement prévu sous forme de subventions du FMESPP a été convertie en crédits d'assurance maladie destinés à compenser les surcoûts de recours à l'emprunt pour un montant équivalent.

Par ailleurs, le programme spécifique lancé en 2005 pour les établissements ayant une activité de psychiatrie bénéficiera d'un accompagnement financier de 750 millions d'euros pour un objectif de réalisation d'investissements à hauteur de 1,5 milliard d'euros sur la période 2006-2010.

La première tranche du volet investissement de ce plan, prévue en 2006, représentera un montant de près de 14 millions d'euros de crédits d'assurance maladie et de 10 millions d'euros de subventions du FMESPP. Les modalités en ont été déterminées par la circulaire DHOS n° 565 du 20 décembre 2005 et seront précisées ultérieurement par circulaire.

2. La part tarifée à l'activité

La campagne budgétaire 2006 se caractérise par la poursuite de la mise en oeuvre de la tarification à l'activité dans le champ MCO.

2.1. Progression de la part tarifée à l'activité

En 2006, dans le souci d'assurer une évolution maîtrisée de la réforme, j'ai fixé à 35 % la fraction du tarif des prestations d'hospitalisation (arrêté du 6 janvier 2006). Cette fraction s'applique également aux consultations et actes externes réalisés dans les établissements de santé anciennement financés par dotation globale.

Par ailleurs, cet arrêté précise également que les prestations réalisées en hospitalisation à domicile, en tant que mode de prise en charge alternatif à l'hospitalisation complète, sont, depuis le 1er janvier 2006, facturées dans leur intégralité sur la base des tarifs nationaux.

2.2. Evolution des tarifs

J'ai décidé de provisionner dans les tarifs 250 millions d'euros pour couvrir en 2006 un dépassement 2005. Ce dépassement est exclusivement imputable à la part tarifée à l'activité et va au-delà du montant ayant fait l'objet du rebasage à l'issue de la précédente campagne.

J'ai par ailleurs tenu compte des expériences étrangères dans la mise en oeuvre de modes de financement à l'activité. Ces expériences montrent que, durant les trois premières années, l'activité apparente progresse plus rapidement que l'activité réelle du fait d'une amélioration quantitative (exhaustivité) et qualitative (optimisation) du codage. Il a été retenu en 2006 un taux prévisionnel d'évolution d'activité de 2,6 %, taux inférieur à l'estimation actuelle du taux de progression de l'activité MCO en 2005, confirmant ainsi une diminution de l'effet codage en 2006.

Ces deux paramètres essentiels de la campagne conduisent à une baisse de tarifs de l'ordre de 1 % pour les deux secteurs. L'accroissement des ressources que procurent aux établissements une plus grande exhaustivité et une optimisation du codage, sans que cela ait un lien avec une quelconque augmentation d'activité ou des facteurs de coûts des établissements, est ainsi limité. Je souligne par ailleurs que le niveau des tarifs est susceptible d'être révisé à mi-année, après consultation des représentants institutionnels de la communauté hospitalière, au vu de l'activité constatée au premier semestre 2006.

Les tarifs vont également évoluer en 2006 sous l'effet de la mise en oeuvre de la nouvelle classification (V10) qui modifie le périmètre des GHS, de l'intégration ou de la sortie de DMI du champ des GHS et enfin de la campagne tarifaire proprement dite. Le travail d'élaboration des tarifs se poursuit. La classification a évolué pour mieux tenir compte des prises en charge liées au cancer, et les GHS bénéficieront de l'impact correspondant. De la même manière, la prise en charge de la douleur chronique est reconnue dans les tarifs. En outre, certaines innovations ont été identifiées et

valorisées, par exemple les implants cochléaires ou les neurostimulateurs. Par ailleurs, pour les établissements privés relevant antérieurement de l'OQN, seront revalorisés les tarifs de GHS de soins palliatifs dans le cadre du plan Cancer, et les deux principaux tarifs de GHS de nouveau-nés dans le cadre du plan périnatalité. Par ailleurs, aucun GHS d'obstétrique ne sera soumis à la mesure générale de diminution des tarifs.

Enfin, je vous rappelle qu'il vous appartient de veiller à la mise en oeuvre, conformément aux instructions DSS-DHOS-CNAMTS du 18 décembre 2005, des contrôles régionaux dans le cadre de la tarification à l'activité en application de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale.

3. La part financée par dotations

3.1. Les dotations MIGAC

Comme en 2005, la dotation nationale de financement des MIGAC est destinée à financer la part des activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements publics et privés qui ne peut être tarifée à l'activité. La construction de cette dotation s'est avérée particulièrement complexe et le calibrage des coûts des missions d'intérêt général (MIG) demande à être encore approfondi.

Un certain nombre de mesures nouvelles ont contribué à l'augmentation significative de cette dotation en 2006. Les principales mesures concernent la poursuite de la mise en oeuvre des plans de santé publique (+ 153 millions d'euros) et l'aide à l'investissement dont le plan Hôpital 2007 (+ 130 millions d'euros).

L'originalité de la campagne 2006 réside dans l'identification d'une marge de manoeuvre régionale. J'ai à cet effet décidé d'augmenter de manière significative le montant des aides à la contractualisation. Afin de vous redonner les marges de manoeuvre nécessaires à l'accompagnement des établissements de votre région, une réserve de près de 174 millions d'euros a été constituée à partir d'un prélèvement sur l'ODMCO, d'un prélèvement sur la base MIG et de l'apport de mesures nouvelles.

Vous utiliserez en priorité cette marge de manoeuvre supplémentaire, dite enveloppe régionale de contractualisation, pour soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre. Je vous demande de poursuivre la politique engagée et de n'attribuer d'aides qu'aux établissements qui auront élaboré, avec votre soutien, un plan de retour à l'équilibre ou de développement crédible. Je serai attentif à l'utilisation qui sera faite de ces crédits qui n'ont vocation ni à se substituer aux dotations ni à combler artificiellement les déséquilibres financiers. Ils peuvent néanmoins, sous conditions et quel que soit le type d'établissement de santé, servir à atténuer les effets revenu en 2006 de mesures exposées dans la présente circulaire et ont vocation par ailleurs à vous permettre d'intervenir dans le cas de situations d'urgence mettant en péril l'offre de soins.

Compte tenu de l'ensemble des opérations décrites ci-dessus la dotation de financement des MIGAC est fixée à 5,62 milliards d'euros en 2006, soit une progression de 12,60 %.

3.2. Les dotations annuelles complémentaires

Dans le champ MCO, la constitution d'une marge de manoeuvre et l'affectation des mesures nouvelles de manière préférentielle sur la part tarifée à l'activité, conduisent toutes choses égales par ailleurs (en tenant compte de la baisse de la fraction de tarifs) à une baisse de plus de 0,6 % des DAC. Cette baisse est majorée par les mesures provisionnées en début de campagne.

3.3. Les dotations annuelles de financement et le financement des USLD

Le montant de l'ODAM a été fixé à 14,90 milliards d'euros (dont 1,39 milliards d'euros pour les unités de soins de longue durée), soit une progression de 3,91 %, supérieure au taux « hôpital » de près d'un demi-point, ce qui confirme le caractère prioritaire des activités retracées dans cet objectif.

Pour la partie sanitaire, les dotations annuelles de financement progresseront globalement de 3,96 % en 2006 au titre des mesures nouvelles et après renforcement de l'enveloppe de contractualisation de près de 50 millions d'euros (ce qui porte son montant à plus de 90 millions d'euros).

Le taux moyen d'évolution des dotations régionales relatives aux unités de soins de longue durée est de 3,30 %. Il permet de financer l'ensemble des mesures de personnel à la charge du budget soins des unités de soins de longue durée et comprend les mesures correspondant à la rénovation des conventions collectives agréées applicables dans le secteur des personnes âgées.

4. Les modalités de suivi et d'exécution de la campagne 2006

4.1. Les transferts entre les dotations

Je vous rappelle que les dotations régionales sont limitatives et qu'il vous appartient de gérer votre campagne régionale au sein de chaque dotation. La constitution d'enveloppes d'aide à la contractualisation identifiées au sein des dotations de financement des MIGAC et des DAF doit vous donner une marge de manoeuvre suffisante qui justifie qu'il ne soit pas opéré de ponction supplémentaire sur les dotations régionales DAC. Cette année les transferts entre dotations, effectués à votre initiative, doivent donc être strictement limités aux ajustements concernant des mesures dont la répartition ne peut être exacte d'emblée (débasage des instituts de formation, financement des surcoûts liés à l'achat de climatiseurs). Toutefois, en ce qui concerne les crédits disponibles au niveau régional (notamment les crédits alloués à titre non reconductible aux établissements en 2005), qui ont été intégrés en totalité dans votre dotation de financement des MIGAC, il vous est bien entendu possible de les affecter aux usages prévus en 2006. Tout autre transfert envisagé entre vos dotations devra faire l'objet d'un accord des services centraux selon des modalités qui vous seront précisées prochainement.

4.2. L'entrée en vigueur des EPRD et le suivi de leur équilibre réel

Pour les établissements publics ou privés concernés, vous veillerez à ce que les états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) soient votés en équilibre réel et intègrent effectivement les économies prévues. Vous demanderez aux établissements concernés, au moment des discussions relatives à l'approbation de l'EPRD, leur plan d'économies et un tableau de bord élémentaire de suivi de la réalisation de celles-ci selon des modalités harmonisées qui vous seront précisées par ailleurs. Durant l'année, le suivi quadrimestriel de l'EPRD prévu par les textes en vigueur vous permettra de vous assurer de la bonne exécution du plan d'économies et de prévenir les risques de déficit.

Je vous demande de vous appuyer sur les nouveaux outils qui seront progressivement mis à votre disposition en 2006 dans le but d'affiner votre diagnostic sur la situation relative des établissements et de les aider à engager des réorganisations ou des phases d'actions à finalité restructurante. Outre les outils sur les achats (OPERAH reconfiguré, groupements d'achats des CHU et des CLCC, outils dits de benchmarking), il s'agit notamment :

- de la possibilité, largement étendue en 2006, d'engager les établissements coûteux dans des audits MEAH sur des chantiers labellisés ayant démontré leur apport en termes de gains d'efficacité (gestion des blocs opératoires, plateaux technique d'imagerie, gestion des délais d'attente aux urgences, organisation du temps médical) ;
- de l'introduction progressive d'outils de contrôle médicalisé de la dépense : contrats de bon usage des médicaments, accord cadre national sur les antibiotiques, mise en place de nouveaux accords cadres, nationaux ou locaux, actions sur les pratiques médicales hospitalières (hospitalisations évitables, ...) menées sous votre couvert ou celui des missions régionales de santé (MRS) par les services de l'assurance maladie.

Il vous appartient d'expliquer aux établissements cette politique de suivi infra annuel qui doit servir la recherche d'efficacité, à laquelle concourent la nouvelle gouvernance, la mise en oeuvre de l'EPRD, l'évaluation des pratiques professionnelles ou la version 2 de l'accréditation.

Enfin, la fixation des dotations aux établissements s'effectue selon les mêmes modalités qu'en 2005. Je tiens à vous rappeler tout particulièrement la nécessité de lier l'allocation des financements des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation à la conclusion avec l'établissement concerné d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens ou un engagement contractuel spécifique.

ANNEXE I

LE CADRAGE GÉNÉRAL : LES OBJECTIFS NATIONAUX

I. - MESURES NOUVELLES PRISES EN COMPTE DANS LA MISE EN OEUVRE DE L'ONDAM

La mise en oeuvre des objectifs nationaux repose sur la prise en compte des mesures nouvelles suivantes :

Les dépenses relatives au personnel

L'impact sur l'ONDAM de la progression des dépenses de personnel a été évalué à un peu plus de 1,66 %. Une partie de ces mesures (dont les annonces de revalorisation du point fonction publique) est actuellement connue : effet report des mesures salariales de 2005, premier volet de la réforme de la catégorie C de la fonction publique, troisième tranche de l'intégration des primes des aides-soignants dans le montant soumis à cotisation retraite, dernière tranche de la réduction du temps de travail des praticiens attachés et de l'intégration des gardes dans le temps de travail des médecins, reclassement des personnels de direction des établissements publics de santé et premier train de mesures découlant du relevé de décision du 31 mars 2005 conclu avec les intersyndicales des praticiens hospitaliers. L'effet glissement-veillesse-technicité a été évalué à 0,2 % de la masse salariale, soit une progression des dépenses d'assurance maladie de 0,14 %.

Les dépenses à caractère hôtelier ou général

L'inflation a été prise en compte dans la construction des objectifs sur la base d'une progression des dépenses à caractère hôtelier ou général de 1,7 %.

Les programmes de santé publique

Un montant de plus de 330 millions d'euros, soit une progression de 0,60 % des dépenses d'assurance maladie a été réservé pour le financement des mesures de santé publique contribuant à une amélioration immédiate de la qualité et de la sécurité des soins, dont près de 56 millions pour le plan « Cancer » (hors médicaments), 77 millions pour le plan « urgences », 79 millions pour le plan « périnatalité » et 57 millions pour le plan de santé mentale (investissement sur crédits ONDAM compris). Ces montants tiennent compte du complément de 30 % à apporter au financement des mesures financées à 70 % en 2005 en raison du décalage inévitable dans le recrutement de personnels. Ce décalage est reconduit en 2006 à hauteur de 50 % pour les mêmes raisons que l'an dernier : les créations de postes sont échelonnées tout au long de l'exercice. Le « plan cancer » et le « plan santé mentale » restent dotés de la totalité de la tranche 2006 prévue, leur mise en oeuvre devant être particulièrement soutenue.

Les surcoûts d'investissement

Le montant financé à ce titre augmente sensiblement pour les raisons suivantes : majoration des aides aux surcoûts d'emprunts pour compenser la diminution des subventions FMESPP initialement prévues dans le cadre du plan Hôpital 2007, mise en oeuvre du volet investissement du plan « psychiatrie et santé mentale », soutien aux investissements en matière de système d'information dans le cadre de la mise en oeuvre de la tarification à l'activité. Au total en 2006, les aides aux surcoûts d'investissement devraient presque doubler par rapport à 2005 et atteindre 160 millions d'euros.

Les provisions

Comme l'année précédente, la construction des objectifs prévoit un certain nombre de provisions destinées à faire face à divers aléas, dont l'augmentation des dépenses de médicaments ou de dispositifs facturés en sus des tarifs et l'augmentation des forfaits liée à une augmentation d'activité.

L'augmentation du forfait journalier

La construction des objectifs a tenu compte de l'augmentation du forfait journalier d'un euro au 1er janvier 2006. En effet cette recette supplémentaire évaluée à 100 millions d'euros pour l'ensemble des établissements doit leur permettre de diminuer d'autant la part de leurs dépenses financée par l'assurance maladie.

II. - LES SOUS-OBJECTIFS

La loi organique du 2 août 2005 a prévu de répartir l'objectif des dépenses d'assurance maladie en sous-objectifs (cinq au moins) dont les composantes sont définies, chaque année, à l'initiative du Gouvernement. L'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a réparti les dépenses de l'assurance maladie relatives aux établissements de santé en deux sous-objectifs :

- un sous-objectif des dépenses des établissements tarifés à l'activité comprenant l'objectif des dépenses d'assurance maladie de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO) et la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;
- un sous-objectif des autres dépenses relatives aux établissements de santé comprenant l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM), l'objectif quantifié national (OQN) et quelques autres dépenses d'établissements publics et privés dont le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

La détermination de ces deux sous-objectifs s'est basée sur la répartition des mesures nouvelles de l'ensemble du secteur hospitalier en fonction de l'activité concernée et en tenant compte des transferts constatés entre les différentes lignes de l'ONDAM ainsi que du débasage correspondant au montant complémentaire alloué aux régions pour financer en 2006 les écoles et instituts de formation de professionnels paramédicaux et de sages-femmes.

Le montant des sous objectifs de l'ONDAM

Le sous-objectif des dépenses des établissements tarifés à l'activité a été fixé par le Parlement à 45,8 milliards d'euros se répartissant en 40,2 milliards d'euros pour l'ODMCO et 5,6 milliards d'euros pour la dotation de financement des MIGAC.

Ce sous-objectif progresse toutes choses égales par ailleurs de l'ordre 3,3 % entre 2005 et 2006.

Le sous-objectif des « autres dépenses relatives aux établissements de santé » a été fixé par le Parlement à 17,9 milliards d'euros se répartissant en 14,90 milliards d'euros pour l'ODAM, 1,8 milliard pour l'OQN et 351,75 millions pour le FMESP.

Les bases de la campagne 2006

L'ODMCO et les MIGAC ont été déterminés à partir des bases fixées en 2005, corrigées des transferts opérés au niveau national puis régional pour ajuster le montant des dotations dont la répartition n'avait pu être affinée en début d'exercice 2005 dans le contexte de la décomposition des dotations hospitalières en objectifs distincts.

L'ODMCO

A l'issue d'un travail conjoint des services de l'administration centrale et des agences régionales de l'hospitalisation, il est apparu que des transferts entre les différentes lignes étaient nécessaires pour :

- constituer une dotation des aides à la contractualisation à la disposition des agences régionales de l'hospitalisation afin de faciliter la mise en oeuvre de la tarification à l'activité en soutenant notamment les plans de retour à l'équilibre des établissements en difficulté. Un prélèvement de 0,25 % a été effectué à cet effet sur l'ODMCO afin d'abonder la dotation de financement des MIGAC ;
- poursuivre la politique de rattrapage de l'offre de soins dans les départements d'outre-mer. Un prélèvement de 0,08 % a été opéré sur l'ODMCO pour abonder la dotation de financement des MIGAC de 19,25 millions d'euros et l'ODAM de 11,25 millions d'euros afin de permettre aux agences régionales de l'hospitalisation concernées de financer des mesures spécifiques ;
- permettre le développement des activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation des établissements privés. Un prélèvement du même ordre que le précédent a été effectué sur l'ODMCO afin d'abonder l'OQN et stabiliser les tarifs de ce secteur.

Au total, le prélèvement sur l'ODMCO au bénéfice des lignes MIGAC, ODAM et OQN s'élève à 0,4 %.

Compte tenu des éléments ci-dessus et après prise en compte des mesures nouvelles l'ODMCO progresse de 2,07 %.

La fraction du tarif du secteur antérieurement financé par dotation globale

Pour les établissements antérieurement financés par dotation globale, une partie des recettes continue d'être assurée transitoirement sous forme de dotation. En 2006, dans le souci d'assurer une évolution maîtrisée de la réforme, la fraction du tarif des prestations d'hospitalisation et des consultations et actes dispensés par ces établissements, à l'exception des activités de prélèvement d'organe et d'hospitalisation à domicile, a été fixée à 35 %. Cette fraction du tarif entre en vigueur au 1er janvier 2006.

Au sein de l'ODMCO, la base de la dotation annuelle complémentaire a donc été diminuée du montant correspondant à l'augmentation de la fraction tarifaire, à l'exception des mesures toujours intégrées en totalité dans la DAC (écoles paramédicales après « débasage », opérations sincérité des comptes encore à effectuer et financement des réseaux).

La dotation des MIGAC

Il s'agit comme en 2005 d'une dotation destinée à financer la part des activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements publics et privés qui ne peut être tarifée à l'activité. Afin de garantir une plus grande lisibilité de la réforme, la détermination du montant 2006 de cette dotation s'est fondée sur la décomposition des bases des établissements établies pour la campagne 2005. Toutefois quelques ajustements opérés pour tenir compte des aménagements de la liste des missions d'intérêt général et de la détermination des MERRI pour les centres de lutte contre le cancer en 2005.

En revanche, il est apparu nécessaire d'augmenter, dès cette année, de manière significative le montant des aides à la contractualisation. Afin de vous redonner les marges de manoeuvre nécessaires à l'accompagnement des établissements de votre région, une réserve de près de 174 millions d'euros a été constituée au sein de vos dotations régionales. Cette marge de manoeuvre de contractualisation est constituée d'un apport par prélèvement sur l'ODMCO (97,6 millions d'euros) évoqué plus haut, d'un prélèvement interne à la dotation des MIGAC (18,4 millions d'euros) et de l'apport de mesures nouvelles (57,8 millions d'euros).

Au sein de la dotation MIGAC est constituée une réserve de 25 millions d'euros au bénéfice des départements d'outre-mer, dont 19,24 millions d'euros sont obtenus par un prélèvement sur l'ODMCO, le solde soit 5,76 millions d'euros provenant d'un redéploiement interne à la dotation des MIGAC.

Au total le prélèvement sur l'ODMCO au bénéfice de la dotation MIGAC représente 117 millions d'euros.

Par ailleurs un certain nombre de mesures nouvelles ont contribué à l'augmentation significative de cette dotation en 2006. Les principales mesures concernent la poursuite de la mise en oeuvre des plans de santé publique (+ 156 millions d'euros) et l'aide à l'investissement dont le plan Hôpital 2007 (+ 131 millions d'euros).

Compte tenu de l'ensemble des opérations décrites ci-dessus la dotation de financement des MIGAC est fixée à 5,62 milliards d'euros en 2006, soit une progression de 12,60 %.

L'ODAM

L'ODAM comprend les dépenses d'assurance maladie pour les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation des établissements auparavant financés par dotation globale, pour les établissements de Guyane auparavant financés par dotation globale, pour l'ensemble des activités des hôpitaux locaux, pour les soins délivrés en unités de soins de longue durée, pour les centres hospitaliers de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon, pour les soins aux assurés sociaux délivrés par le service de santé des armées et l'Institution nationale des invalides. Le montant de l'ODAM a été fixé à 14,90 milliards d'euros (dont 1,39 milliard d'euros pour les unités de soins de longue durée) soit une progression de 3,92 % supérieure de près d'un demi-point au taux « hôpital » ce qui confirme le caractère prioritaire des activités retracées dans cet objectif.

Le montant de cet objectif, comme celui des objectifs précédemment présentés, a été calculé à partir du montant de l'objectif de 2005 ajusté en fonction du rebasage effectué fin 2005 et des divers effets de champ constatés. Par ailleurs au sein de l'ODAM, une enveloppe dite de « contractualisation » à la disposition des agences régionales de l'hospitalisation a été constituée à partir d'un redéploiement au sein de l'ODAM et par l'apport de mesures nouvelles sans prélèvement sur les autres objectifs.

Les dotations des unités de soins de longue durée (USLD)

Le taux moyen d'évolution des dépenses d'assurance maladie des unités de soins de longue durée est de 3,30 %.

Ce taux permet de financer l'ensemble des mesures de personnels décrites plus haut à la charge du budget soins des unités de soins de longue durée. En outre, il comprend les mesures correspondant à la rénovation des conventions collectives agréées applicables dans le secteur des personnes âgées.

L'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé privés (OQN)

Le montant de l'OQN a nettement progressé en 2006 afin de tenir compte du dépassement prévisionnel 2005 lié aux créations de lits et places et de la poursuite en 2006 d'une croissance soutenue de l'activité.

Le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Le FMESPP, créé initialement sous le nom de « Fonds pour la modernisation des établissements de santé » (FMES) par l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement pour la sécurité sociale pour 2001, a vu ses missions s'élargir progressivement. Il est désormais chargé de financer principalement :

- les aides individuelles et collectives destinées à l'accompagnement des recompositions et à l'amélioration du dialogue social et des conditions de travail des établissements publics de santé ;
- les dépenses de fonctionnement et d'investissement liées à la modernisation des établissements de santé publics et privés et principalement à la réalisation du volet investissement du plan « Hôpital 2007 » ;
- les coûts de fonctionnement des missions nationales et régionales mises en place pour la conduite du plan « Hôpital 2007 ».

L'article 61 de la [loi de financement de la sécurité sociale pour 2006](#) a fixé le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds à 327 millions d'euros pour 2006. Par ailleurs le montant des dépenses engagées en 2005 au titre du FMESPP laisse un disponible à la fin de 2005 évalué à hauteur de 24,75 millions d'euros. Le total des ressources sur le fonds est donc de 351,75 millions d'euros pour l'année 2006.

ANNEXE II

LE FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

I. - CHAMP ODMCO

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf2dss1a-n-2006-81-du-24-fevrier-2006-relative-a-la-campagne-tarifaire-2006-des-etablissements-de-sante/>

La détermination des tarifs

Les tarifs vont évoluer en 2006 sous l'effet de la mise en oeuvre de la nouvelle version (V10) de la classification des groupes homogènes de malades (GHM) qui modifie le périmètre des prestations d'hospitalisation dénommées groupes homogènes de séjours (GHS), des modifications de la liste des DMI (dispositifs médicaux implantables) facturés en sus des prestations d'hospitalisation et enfin du taux d'évolution des tarifs applicables pour 2006. Les tarifs seront fixés par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le calcul des tarifs est en cours. Vous trouverez ci-dessous les principaux paramètres techniques qui sous-tendent leur construction.

La méthodologie proposée pour réaliser la conversion de tarifs engendrée par le changement de classification est commune aux deux secteurs : établissements antérieurement financés sous DG et cliniques privées antérieurement sous OQN.

Elle a été réalisée en respectant trois contraintes :

- la masse financière distribuée par les tarifs des GHS V10 est égale à celle distribuée par les tarifs des GHS V9 ;
- un GHS dont le contenu groupé en V10 correspond exactement aux mêmes séjours en version 9 ne changera pas de tarif ;
- pour les autres, est tenue compte, à travers les tarifs, de la hiérarchie des coûts telle que présente dans l'échelle nationale de coûts pour le secteur des établissements antérieurement financés par DG et la hiérarchie des tarifs pour le secteur des cliniques antérieurement sous OQN.

La construction des tarifs dépend également de la provision à constituer en matière de dépenses au titre des médicaments /DMI facturés en sus.

L'extrapolation des données 2005 disponibles fait apparaître un fort taux d'augmentation pour les médicaments et DMI facturés en sus des GHS. Une augmentation de l'ordre de 12 % en moyenne a été retenue dans le cadre de la campagne 2006.

Par ailleurs la liste des DMI en sus a été modifiée en fonction des principes suivants.

Il est entendu que sauf exception, la règle est l'intégration des dépenses de DMI dans les GHS compte tenu de l'objectif d'harmonisation des listes entre le secteur public et privé.

L'inscription sur la liste en sus concerne plutôt les catégories de DMI innovants, pour maîtriser leur utilisation et poursuivre l'évaluation, les DMI rarement posés ou coûteux et dont la pose se concentre particulièrement sur certains établissements, et les cas où la variabilité des prix moyens par établissement est justifiée par des référentiels qui identifient des indications par sous-populations spécifiques au sein d'un même GHM, sauf si l'hétérogénéité des sous-populations permet de créer des GHM spécifiques par évolution de la classification.

L'intégration dans les GHS concerne les DMI dont la pose est concentrée dans un petit nombre de GHM, avec un fort taux de séjours avec DMI dans le total des séjours du GHM, et peu de variabilité des prix moyens par établissement ainsi que les DMI fréquemment posés, non innovants, devant obéir à des pratiques médicales homogènes.

Sur la base de ces principes, certains DMI ont été en 2006 retirés et d'autres ajoutés aux listes en sus. L'objectif de convergence des listes publique et privée est pratiquement atteint. Des travaux sont à poursuivre en 2006 pour valider l'intégration dans ces listes de DMI qui présentent aujourd'hui les caractéristiques requises.

Compte tenu de ces éléments, la liste des DMI évolue de la manière suivante :

1. Concernant les DMI actuellement en sus dans le secteur privé et intégrés dans le secteur public :

a) Suppression de la liste en sus des DMI suivants dans le secteur privé (donc intégration dans les GHS dans les deux secteurs) : les implants neurologiques (hors neurostimulateurs), les chambres vasculaires implantables, tous les DMI d'ostéosynthèse (à l'exception de l'ostéosynthèse maxillo-faciale et des deux DMI mentionnés à la catégorie suivante), sutures, agrafes, clips, implants pleuro-pulmonaires, deux implants digestifs (Implant digestif annulaire anastomotique biodégradable, implant digestif de dérivation péritonéo-veineuse) et les implants urétéraux ;

b) Maintien sur la liste en sus dans le secteur privé, et sortie vers la liste en sus dans le secteur public des DMI suivants : pour l'ostéosynthèse, les implants d'ostéosynthèse maxillo-faciale, et les deux DMI spécifiques « implant osseux avec pilier, adaptation d'une épiprothèse », et « ostéosynthèse, clou d'allongement avec son système de verrouillage » ; les implants pour plastie endocanalaire ; les implants pour stérilisation tubaire ; certains implants urologiques : macroplastiques, implants testiculaires ; implants trachéaux ;

c) Maintien sur la liste en sus dans le secteur privé, sans modification dans le secteur public (exception à la règle de l'harmonisation des listes) : implants pour réfection de paroi, implants pour colposuspension et barrières anti-adhérence.
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf2dss1a-n-2006-81-du-24-fevrier-2006-relative-a-la-campagne-tarifaire-2006-des-etablissements-de-sante/>

2. Concernant les DMI actuellement sur liste en sus dans les deux secteurs : suppression de la liste en sus dans les deux secteurs, et intégration : greffons cornéens, greffons tendineux et ligaments et tendons.

3. Concernant les orthèses, orthoprothèses, prothèses oculo-faciales : intégration dans les GHS dans le secteur privé.

4. Concernant les produits innovants inscrits en 2005 sur l'arrêté MIG : pour les neurostimulateurs corticaux profonds inscription sur la LPP, et inscription dans le même temps sur la liste en sus.

De plus, l'application en 2005 du modèle T2A dans les deux secteurs, en dehors des aspects généraux touchant à la campagne, a soulevé des problèmes techniques, relatif au mode de calcul de certains suppléments ou des bornes extrêmes qui ont conduit à la mise en oeuvre des mesures correctives (en plus du passage v9/v10, évoqué ci-dessus) qui seront précisées par arrêté.

Les nouveaux tarifs entreront en vigueur le 1er mars 2006. Les tarifs 2005 continuent de s'appliquer du 1er janvier au 28 février 2006.

Concernant les prévisions de réalisation de l'activité 2005, l'extrapolation des données des 9 premiers mois 2005 fait apparaître un taux d'augmentation de l'ordre de 3 % pour la part activité MCO des établissements, ce qui conduit à une prévision de dépassement supplémentaire qui s'ajoute au dépassement entériné par le rebasage de 625 millions de l'objectif initial 2005.

Il a été décidé à ce stade de provisionner dans les tarifs 250 millions d'euros pour couvrir en 2006 ce dépassement 2005 et de retenir un taux de progression de l'activité de 2,6%, pour les deux secteurs.

La campagne tarifaire

Au-delà de la baisse moyenne de 1 %, les tarifs seront modulés en intégrant notamment la part des mesures nouvelles relatives aux plans de santé publique dans les tarifs correspondants, notamment en ce qui concerne les plans Cancer et Périnatalité.

i) Pour le secteur antérieurement sous dotation globale

Les forfaits annuels urgences ont été revalorisés dans le cadre du plan urgence

ii) Pour les établissements de santé privés les mesures suivantes vont être mises en oeuvre sur le plan tarifaire :

- dans le cadre du plan Cancer, à hauteur de 3,7 millions d'euros pour la revalorisation des GHS de soins palliatifs ;
- dans le cadre du plan périnatalité, les moyens supplémentaires vont permettre notamment la poursuite de la mise aux normes des établissements ; la revalorisation portera sur les deux principaux GHS de nouveau-nés ; par ailleurs, eu égard à la situation des maternités privées, l'ensemble des GHS d'obstétrique ne seront pas soumis à la mesure générale de diminution des tarifs ;
- dans le cadre du plan « Urgences », l'effort en faveur de la création nette de lits d'aval en hospitalisation à domicile est poursuivi et une provision de 9 millions d'euros, équivalente à celle constituée en 2005, est prévue ; une baisse spécifique des tarifs de dialyse afin de financer les dépenses liées au salariat des médecins qui pourront faire l'objet d'une inscription sur le bordereau de facturation sous forme d'honoraires versés aux établissements concernés.

La modification du mode de fixation des forfaits annuels pour l'activité d'accueil et de traitement des urgences dans les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

Pour la campagne 2006, le mode de fixation du montant du forfait annuel (FAU) pour l'activité d'accueil et de traitement des urgences autorisées sera identique à celui applicable aux établissements antérieurement sous dotation globale. Il sera déterminé en fonction du nombre de forfaits « Accueil et traitement des urgences » (ATU) facturés en 2005 au lieu du nombre de passages déclarés par l'établissement.

Cette modification du mode de fixation va impliquer des variations du montant du forfait alloué aux établissements. En ce qui concerne les établissements dont le montant du forfait 2006 sera en diminution par rapport à 2005, il vous appartiendra de déterminer les modalités d'accompagnement financier envisageables dans le cadre de l'aide à contractualisation.

Les nouvelles modalités de convergence des coefficients de transition des établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

L'article 33 de la [loi de financement de la sécurité sociale \(LFSS\) pour 2004](#) modifié par la LFSS pour 2006 prévoit que l'Etat fixe désormais un taux moyen régional de convergence unique pour toutes les régions, et non plus des coefficients de transition moyens régionaux et des écarts maximums. Ce taux s'applique d'une part aux établissements dont la valeur du coefficient de transition est inférieure à 1 (les sous-dotés) et d'autre part aux établissements dont la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1 (les sur-dotés). Les nouvelles dispositions législatives permettent également au <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf2dss1a-n-2006-81-du-24-fevrier-2006-relative-a-la-campagne-tarifaire-2006-des-etablissements-de-sante/>

directeur de l'ARH d'accélérer le taux de convergence fixé au niveau national en accordant aux sous-dotés une masse financière supplémentaire prélevée sur les sur-dotés. Le [décret n° 2006-209 du 20 février 2006](#) précise ces dispositions législatives.

Ces nouvelles modalités de convergence intrasectorielle entrent en vigueur pour la mise en oeuvre de la campagne tarifaire 2006.

Dans le cadre de la mise en oeuvre de ces nouvelles modalités, il vous est recommandé :

- de déterminer le coefficient de transition des établissements ayant des médecins salariés dans le cadre de leurs activités de dialyse en prenant en compte l'incidence financière liée à la possibilité désormais offerte à ces établissements de facturer des honoraires au titre de la prise en charge de la rémunération de ces médecins ;
- de porter une attention particulière aux établissements résultant d'une fusion en accélérant la convergence des établissements « sous-dotés » vers 1 et d'assurer une faible convergence des coefficients des établissements « sur-dotés ».

II. - L'OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL RELATIF AUX ACTIVITÉS DE PSYCHIATRIE ET DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION EXERCÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS (OQN)

Outre la prise en compte d'une prévision d'activité évaluée à 5 % compte tenu des créations de lits et places, la marge tarifaire disponible au sein de l'objectif permettra de financer, d'une part, des mesures tarifaires générales et, d'autre part, des mesures ciblées destinées à une revalorisation des tarifs les plus bas. En ce qui concerne les soins de suite et de réadaptation, ces mesures s'inscrivent dans le cadre du plan Urgences et tendent à accroître la médicalisation de ces lits.

Dans le cadre du plan Santé mentale, l'effort en faveur de créations de places alternatives à l'hospitalisation complète sera poursuivi.

ANNEXE III LES DOTATIONS RÉGIONALES

Les établissements antérieurement financés par dotation globale restent financés en totalité ou partiellement par dotation (à l'exception des établissements exerçant exclusivement des activités d'hospitalisation à domicile). Pour ces établissements, la part des ressources provenant de l'assurance maladie, allouée dans le cadre des dotations régionales limitatives passe de 80 % en 2005 à un peu plus de 72 % en 2006, en raison essentiellement de l'augmentation de la fraction tarifaire.

Les bases des dotations régionales

Leur construction a été opérée selon la même méthodologie que celle qui vous a été exposée pour la construction des objectifs : les bases de vos dotations régionales ont été calculées à partir des dotations régionales reconductibles de 2005, ajustées en fonction des transferts entre les trois dotations, tels que vous les avez retracés dans l'outil ARBUST, des transferts entre lignes de l'ONDAM décidés conjointement avec le préfet de région et des opérations de fongibilité décidées au niveau national. Le débasage complémentaire effectué en 2006 pour compenser le montant des crédits transférés aux régions pour couvrir les dépenses de fonctionnement des instituts de formation des professionnels paramédicaux et de sages-femmes a été réparti entre les dotations DAC et DAF en fonction des données renseignées par vos services dans l'outil ARBUST, complété par les enquêtes spécifiques début 2006. Il vous appartiendra de l'ajuster afin qu'il corresponde aux subventions accordées par le conseil régional à chaque institut.

Les bases de vos dotations régionales DAC ont été revues pour tenir compte des mouvements enregistrés en 2005 sur les mesures intégrées en totalité dans cette dotation : les montants isolés au titre du financement des instituts de formation et des opérations dites de sincérité des comptes ont été actualisés au regard des transferts réalisés en 2005. En revanche, les montants inscrits en 2005 au titre de la coordination des réseaux sont reconduits dans l'attente de la concrétisation d'un transfert vers la dotation nationale des réseaux.

Les bases des dotations régionales DAC sont de plus modifiées pour tenir compte du changement de fraction de tarifs, fixée pour 2006 à 35 %. La part de cette dotation relative au financement de l'HAD est défalquée intégralement, cette activité étant financée à 100 % à l'activité dès 2006.

L'évolution des dotations régionales

La détermination de vos dotations régionales découle des choix qui ont présidé à la construction des objectifs nationaux. Après prise en compte des effets de champ, leur évolution s'explique par les différents mouvements de redistribution opérés et l'ajout des mesures nouvelles.

Les redistributions entre enveloppes

Les différentes dotations régionales sont affectées par les redistributions opérées entre objectifs pour permettre la constitution d'une enveloppe « aide à la contractualisation » à la disposition des agences régionales de l'hospitalisation, le rééquilibrage de l'offre de soins entre la métropole et l'outre-mer pour les établissements financés antérieurement par dotation globale et le soutien au développement de l'activité des établissements privés de psychiatrie et de soins de suite.

Les dotations annuelles complémentaires régionales (DAC) sont minorées pour la constitution de l'enveloppe AC, pour le rééquilibrage des départements d'outre-mer et pour le soutien aux établissements de l'objectif quantifié national (OQN).

En outre, vous opérerez le prélèvement indiqué dans les tableaux au sein de votre dotation régionale de financement des MIGAC afin d'abonder l'enveloppe de contractualisation proprement dite.

Par ailleurs, il est effectué un prélèvement de 5,76 millions d'euros sur les dotations régionales de financement des MIGAC de métropole pour permettre le rééquilibrage de l'outre-mer. L'enveloppe de 25 millions d'euros constituée de ce montant et des 19,24 millions prélevés sur l'ODMCO des établissements de métropole au bénéfice des départements d'outre-mer sera répartie ultérieurement en fonction des priorités des collectivités concernées.

Les dotations régionales annuelles de financement (DAF) de métropole sont diminuées de 13,75 millions d'euros pour constituer la réserve de 25 millions d'euros redistribuée, comme la précédente, en cours d'année au profit des DOM.

Vous trouverez en annexe III tableaux 1, 2 et 3, les montants correspondant pour votre région à l'ensemble de ces opérations.

Les mesures nouvelles intégrées en début de campagne

L'augmentation du forfait journalier hospitalier

La recette supplémentaire apportée aux établissements par la revalorisation du forfait journalier d'un euro au 1er janvier 2006 doit contribuer à la diminution du financement de l'assurance maladie. Pour les établissements financés antérieurement par dotation globale cette recette supplémentaire évaluée à 80 millions d'euros, permet une diminution des dotations de 61,8 millions euros.

La mise en place d'un ticket modérateur de 18 euros dans le cas où le patient bénéficierait d'acte affecté d'un coefficient supérieur à 50 ou d'un tarif supérieur à 91 euros devrait également se traduire par des recettes supplémentaires, notamment pour les établissements ayant une activité de chirurgie. Vous veillerez à ce que les établissements de santé de votre région appliquent effectivement cette mesure dès que les modalités techniques en seront fixées.

Les économies

Les économies prévues dans le cadre du plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, qui doivent atteindre, pour les établissements de santé, un montant de 1 600 millions d'euros à l'horizon 2007 sont intégrées dès le début de campagne dans vos dotations régionales. Ces économies devant provenir à la fois d'améliorations de la gestion et de réorganisations de l'offre de soins, le montant à imputer sur les dotations a été réparti au prorata des bases de chaque dotation régionale. Vous trouverez plus loin les précisions nécessaires à la répartition de ces économies entre les établissements et les modalités de suivi que je vous demande de mettre en place.

Les mesures salariales générales et les mesures catégorielles

L'ensemble des mesures relatives au personnel, dont l'impact sur les dépenses hospitalières peut être actuellement évalué, qu'il s'agisse de mesures déjà décidées (effet report de l'augmentation de la valeur du point fonction publique en 2005, troisième tranche de la participation des employeurs à la cotisation retraite sur les primes pour les aides-soignants, dernière tranche du financement de la réduction du temps de travail des praticiens attachés...) ou de mesures apparaissant inéluctables dont l'impact sur les dépenses des établissements peut être évalué (augmentation de la valeur du point fonction publique en 2006 sur la base des décisions prises par le ministre de la fonction publique, mise en oeuvre des mesures issues des protocoles d'accord conclus en 2005 avec les praticiens hospitaliers...). Afin de faciliter la gestion de vos dotations régionales et pour donner plus de lisibilité aux établissements sur les ressources dont ils vont pouvoir disposer dans l'année, l'ensemble des financements correspondant à ces mesures ont été globalisés. La liste des mesures prises en compte pour le calcul de cette enveloppe globalisée et qui ne bénéficieront pas d'un apport de dotations

complémentaires en cours d'année vous sera communiquée ultérieurement. Un suivi attentif sera toutefois assuré tout au long de l'année pour évaluer l'impact de chaque mesure et s'assurer que son financement reste compatible avec l'évaluation initiale qui, au total, correspond à une augmentation des dépenses des établissements de 166 %.

Quelques mesures relatives au personnel restent allouées de manière spécifique : en début de campagne il s'agit dans les DAC et DAF du coût de l'adhésion des établissements gérés par la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) à la convention collective nationale du 30 octobre 1951 et du coût des fonctions d'assistants associés accomplis par les médecins et pharmaciens titulaires d'un diplôme extra-européen et pour les dotations de financement des MIGAC du coût de formation des préparateurs en pharmacie, du soutien à la prise en charge de « contrats emplois aidés », des effets reports des créations de postes de praticiens universitaires et des consultants nommés au 1er septembre 2005.

L'effet prix

Le calcul de vos dotations régionales prend en compte l'effet prix sur la base d'une majoration des dépenses à caractère général et hôtelier de 1,7% représentant une augmentation des dépenses d'assurance maladie de 0,17%.

En ce qui concerne l'effet prix et les mesures de personnel globalisées, la part prise en compte pour le calcul de la DAC représente 15 % du montant estimé de la mesure afin d'amplifier les effets de la réforme et de confirmer ainsi la priorité accordée au financement à l'activité.

Les mesures de santé publique

La poursuite de la mise en oeuvre des plans de santé publique reste une des grandes priorités gouvernementales. L'évaluation des résultats des plans « Périnatalité », « Cancer », « Urgences », « Psychiatrie et santé mentale », « Maladies rares » et de tous les autres programmes engagés sera effectuée très régulièrement et il est impératif que les objectifs fixés pour chacun d'entre eux soient atteints.

Les mesures correspondant à la mise en oeuvre des plans « Cancer », « Urgences » « Périnatalité » et « Psychiatrie et santé mentale » sont pour l'essentiel allouées dès le début de campagne. Le montant financé en 2006 correspond au complément du financement de 2005 (30 % de la tranche 2005) pour les plans et programmes qui avaient été étalés l'an dernier et au financement de la moitié de la tranche 2006 des plans (à l'exception des plans « Cancer » et « Psychiatrie et santé mentale »). Ce montant est intégré dans vos dotations régionales selon les mêmes modalités et critères de répartition qu'en 2005. Toutefois, les modalités de financement des mesures à financer dans le cadre de l'ODMCO pour le plan « Périnatalité » ont dû être revues. En effet, un premier bilan effectué sur l'allocation aux établissements des moyens destinés à assurer la mise aux normes des services d'obstétrique et de néonatalité, intégrés à hauteur de 100 % dans vos DAC en 2005, fait apparaître un sous-financement très important. C'est pourquoi en 2006 pour cette mesure ainsi que pour la mise aux normes des services de réanimation pédiatrique, un financement par les tarifs a été privilégié. Afin de vous permettre de compenser l'insuffisance de financement qui pourrait en découler pour certains établissements jusqu'à présent sous-dotés, une dotation spécifique d'un montant total de près de 30 millions d'euros est intégrée dans votre dotation MIGAC. Un bilan précis de la répartition de cette dotation vous sera demandé en cours d'année.

Vous trouverez en annexe V le détail des mesures de ces différents plans ainsi que quelques autres mesures de santé publique (lutte contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, prise en charge des personnes en état végétatif chronique et des personnes détenues, nouveau programme national [2006-2010] dans le cadre de la lutte contre la douleur).

Par ailleurs, des crédits sont accordés en sus du plan « psychiatrie et santé mentale » pour améliorer la sécurité des établissements de psychiatrie.

Les montants correspondants à la prise en charge par l'assurance maladie pour le financement des programmes retenus les années précédentes des PHRC, innovations thérapeutiques et diagnostiques et des contrats INSERM/CHU sont intégrés dans vos dotations des MIGAC. Les programmes 2006 feront l'objet d'une allocation ultérieure, après examen des appels à projets nationaux.

Le soutien à l'investissement

Les aides allouées en début de campagne concernent :

- le volet investissement du plan « Hôpital 2007 » pour lequel un acompte représentant 50 % de l'enveloppe allouée en 2005 est intégré dès maintenant afin de favoriser la mise en oeuvre rapide des opérations prévues en 2006. La répartition de cette dotation entre MIGAC et DAF a été provisoirement effectuée sur la base de l'allocation définitive de 2005, les éventuels ajustements nécessaires seront effectués en fin d'année après attribution de la totalité des crédits de 2006 qui reste subordonnée au bilan de la réalisation de la tranche 2005 ;
- une dotation d'un peu plus de 30 millions d'euros vous est également allouée pour vous permettre de soutenir

l'investissement nécessaire à l'adaptation des systèmes d'information des hôpitaux à la mise en oeuvre de la tarification à l'activité et du dossier médical personnel (DMP) ;

- par ailleurs, la troisième tranche des crédits destinés à financer les surcoûts liés à l'installation de systèmes de rafraîchissement ou de climatisation dans les établissements de santé est intégrée dans vos dotations régionales des MIGAC. Dans l'hypothèse où ces crédits seraient destinés à un établissement ne pouvant bénéficier de dotation AC, il vous appartient de les transférer dans la dotation DAF.

Les dotations exceptionnelles

Vos dotations régionales prennent également en compte l'ensemble des mesures exceptionnelles qui vous ont été notifiées à ce jour et dont un récapitulatif vous sera adressé directement.

Les dotations « aides à la contractualisation »

Outre les redéploiements entre dotations régionales des DAC, MIGAC et DAF ou au sein des dotations DAF et MIGAC, un montant de près de 100 millions est dégagé dans le cadre de la progression de l'ONDAM pour abonder les enveloppes mises à votre disposition pour financer les engagements pris dans le cadre de la contractualisation et notamment pour accompagner les adaptations des établissements au nouveau mode de financement. Ce montant a été réparti à parts égales entre les dotations régionales des MIGAC et des DAF et sera alloué en fonction de l'importance relative de ces secteurs dans votre région.

Vous trouverez dans les tableaux 1, 2 et 3 de l'annexe III le montant de vos dotations régionales déterminé à partir des éléments décrits ci-dessus.

Les mesures allouées ultérieurement

Comme les années précédentes, certaines mesures ne peuvent être attribuées dès le début d'année : les mesures allouées à la suite d'appels à projets nationaux :

- le complément de la tranche 2006 du plan d'investissement Hôpital 2007 et les surcoûts d'investissement liés à la mise en conformité des aires de pose pour hélicoptères ;
- les mesures catégorielles encore allouées de manière spécifique non finalisées à ce jour (création de postes de praticien universitaire, tranche 2006 des postes d'assistant des médecins à diplôme étranger non communautaires...).

En outre, une réserve a été constituée pour faire face aux divers aléas pouvant survenir pendant l'année.

USLD

Vous trouverez en annexe III, tableau 4 le montant des dotations relatives aux unités de soins de longue durée.

Il convient de rappeler par ailleurs que les unités de soins de longue durée restent soumises à l'obligation de conventionnement au même titre que les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes nonobstant la procédure de répartition des capacités d'accueil et des crédits prévue à l'article 46 de la [loi du 19 décembre 2005](#) de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Les règles applicables au conventionnement des USLD sont celles applicables aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes et seront précisées dans la note de cadrage budgétaire préparée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Les modalités d'attribution aux établissements de santé privés relevant antérieurement de l'OQN des crédits au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Depuis le 1er mars 2005, à la suite de la mise en place de la tarification à l'activité, les établissements de santé privés peuvent bénéficier de crédits au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. La période de référence pour les crédits alloués a été alignée sur celle de la campagne tarifaire 2005.

En 2006, dans un souci d'homogénéité de traitement avec les établissements antérieurement sous dotation globale, la période de référence pour l'allocation des dotations MIGAC devra correspondre à l'année civile. Il vous appartient de prendre en compte cette modification dans la fixation des montants alloués aux établissements.

Les crédits qui vous sont délégués, outre le financement d'une nouvelle tranche du plan « Cancer » (3,7 millions d'euros), sont destinés en particulier au soutien des établissements ayant des services d'urgences afin de prendre en compte la modification de leur financement. Plus largement, vous êtes invités à procéder à un examen attentif de la situation des

établissements, notamment ceux ayant une activité d'obstétrique, au regard des conséquences qu'impliquent, d'une part, la mise en oeuvre de la convergence intrasectorielle et, d'autre part, les modifications du modèle de la T2A lors de cette campagne tarifaire. Il vous appartient ensuite de définir les conditions de l'accompagnement des établissements dans le cadre de l'aide à la contractualisation.

ANNEXE IV

LA DÉTERMINATION DES RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS ET LE SUIVI DE LA CAMPAGNE

La fixation des dotations aux établissements s'effectue selon les mêmes modalités qu'en 2005. Il est tout particulièrement nécessaire de lier l'allocation des financements des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation à la conclusion avec l'établissement concerné d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens ou un engagement contractuel spécifique.

Il vous appartient de contractualiser avec chaque établissement pour :

- identifier précisément la liste des MIG/MERRI assurées par l'établissement ;
- préciser, le cas échéant, les conditions d'exécution des missions (objectifs sur le plan local, moyens à mettre en oeuvre, etc.) ;
- détailler les financements alloués par l'ARH pour chaque mission ;
- définir les modalités d'évaluation.

L'exercice 2006 devra être mis à profit pour approfondir les travaux d'identification et de valorisation des missions d'intérêt général, c'est pourquoi il vous est demandé d'apporter une attention toute particulière à l'élaboration des contrats et avenants dont l'analyse pourra contribuer à enrichir les travaux engagés par l'administration centrale.

Mise en place des EPRD

2006 sera la première année d'application du nouveau régime budgétaire et comptable. Les principales modalités de mise en oeuvre de cette réforme et le calendrier de la nouvelle procédure sont décrits dans la [circulaire DHOS/F4/2005/535 du 2 décembre 2005](#) à laquelle vous êtes invités à vous référer. Le cadre de présentation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses et de ses annexes a été fixé par les arrêtés du 22 décembre 2005 (JO du 31 décembre 2005) ; c'est sous cette forme que les établissements de santé devront donc établir et vous adresser pour examen leurs prévisions budgétaires pour 2006.

Fixation du tarif journalier de prestation

La mise en oeuvre de la réforme de la tarification s'est traduite par l'abandon de la notion de « dépenses encadrées » sur laquelle reposait la détermination des tarifs journaliers de prestation après estimation de l'activité prévisionnelle. La fixation de dotations sans référence aux dépenses des établissements peut conduire certains d'entre eux à vous proposer des tarifs journaliers de prestation en augmentation sensible pour compenser des ressources provenant de l'assurance maladie jugées insuffisantes. Vous êtes invités à vérifier très attentivement que le calcul des tarifs journaliers de prestation proposés par les établissements respecte la réglementation. Dans ces conditions leur progression en 2006 devrait rester compatible avec l'augmentation des dépenses d'assurance maladie.

Le suivi de la campagne

Par ailleurs, afin d'avoir une visibilité sur l'exécution de la campagne, je vous demande de renseigner régulièrement l'outil ARBUST. La version 2006 de l'outil vous sera envoyée très prochainement, afin que vous puissiez reporter le détail des dotations accordées aux établissements après chaque circulaire.

Par ailleurs, la nouvelle version de l'outil ARBUST MIG, intégrant le détail des mesures MIG accordés à l'ensemble des établissements de santé vous sera communiquée prochainement. Un module spécifique aux mesures « Aide à la contractualisation » (AC) sera intégré à l'outil afin de suivre ces crédits de façon exhaustive et détaillée.

ANNEXE V

CAMPAGNE BUDGÉTAIRE 2006 FINANCEMENT DES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE PLAN « CANCER »

L'année 2006 devra constituer une année majeure pour la concrétisation régionale des mesures du plan cancer, dédiées aux soins et aux innovations. L'évaluation du plan aura lieu d'ici à la fin 2006, ce qui renforce d'autant l'importance des mesures à mettre en oeuvre cette année.

A cet effet, des moyens spécifiques nouveaux vous sont délégués, en complément de ceux affectés annuellement depuis 2003. Ils devront être rapidement attribués aux établissements.

La circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie, le volet cancérologie du SROS et le dispositif des autorisations de l'activité traitement du cancer constituent les éléments qui guideront les affectations budgétaires.

Les mesures qui devront être prioritairement accompagnées sont les suivantes :

Renforcement des moyens au titre de la DAC

Les financements nouveaux représentent 65 % du montant total affecté aux mesures concernées pour tenir compte de la nouvelle fraction du tarif.

1. Le renforcement de la radiothérapie.

La mise à niveau des plateaux techniques de radiothérapie doit impérativement se poursuivre pour accompagner leur modernisation et réduire les délais d'attente, le suivi de ces délais devant constituer un élément de référence régional pour l'affectation des moyens. Tous les professionnels des centres de radiothérapie sont concernés : radiothérapeutes, radiophysiciens, dosimétristes et manipulateurs d'électroradiologie.

L'appui à la radiothérapie concerne en 2006 :

- l'appui à l'installation des accélérateurs supplémentaires : 10 établissements de santé sont, selon votre plan régional Hôpital 2007, concernés en 2006 et bénéficient, en sus de cet appui aux investissements, de moyens pour recruter les professionnels nécessaires à la mise en fonctionnement rapide de l'équipement nouveau, à hauteur de 130 000 euros par machine. Vous serez attentifs à contractualiser l'extension des plages horaires d'ouverture pour les équipements ainsi renforcés ;
- le renforcement des centres de radiothérapie. Les montants financiers ont été attribués aux régions en fonction de la consommation de soins, ajustée en fonction de la proportion des personnes âgées de plus de soixante-quinze ans et du taux d'incidence standardisé des cancers.

De plus, un renforcement spécifique sera accordé, dans la deuxième phase de la campagne budgétaire, aux centres de radiothérapie qui seront retenus au titre de l'appel à projets effectué par l'Institut national du cancer (INCA) concernant la radiothérapie innovante.

2. L'appui à l'installation des nouveaux équipements TEP.

Deux nouveaux TEP seront installés en 2006, portant à 55 le nombre de TEP en fonctionnement.

3. La poursuite du développement des soins palliatifs.

Il est prévu que deux unités de soins palliatifs soient financées à hauteur de 50 %. Le reste de l'enveloppe a été réparti sur l'ensemble des autres régions, en fonction de leur population et centré prioritairement sur le développement des lits identifiés de soins palliatifs (LISP), afin d'atteindre 5 LISP/ 100 000 habitants sur l'ensemble du territoire d'ici à la fin 2007. A chaque nouveau LISP en 2006 sera attribué au maximum 13 000 euros.

Toute identification de lits de soins palliatifs donne lieu à une contractualisation. Un arrêté, établi par l'agence régionale de l'hospitalisation, fixe le nombre de lits et un avenant au contrat d'objectifs et de moyens précisera le montant (référence à la circulaire relative à l'organisation des soins palliatifs du 19 février 2002). Les projets des professionnels sont rédigés à l'appui du guide pour l'élaboration des dossiers de demande de lits identifiés (circulaire n° 290 de diffusion de ce même guide en date du 25 juin 2004). L'enveloppe réservée aux LISP correspond à l'identification au minimum de 264 nouveaux lits en 2006.

Renforcement des moyens au titre des MIGAC

1. Le renforcement des moyens médicaux et soignants nécessaires pour améliorer la qualité des prises en charge pluridisciplinaires et la coordination des soins autour du patient.

En 2006, cette mesure bénéficie d'un montant de 14 millions d'euros, qui doit permettre la structuration des centres de coordination en cancérologie (3C) afin de conforter l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire et améliorer la qualité des pratiques et le parcours des patients. Cette mesure sera appuyée par le développement des outils de visioconférence et par le déploiement progressif dans votre région du dossier communiquant de cancérologie (appels à projets INCA 2005).

2. Le renforcement des soins de support.

L'accès aux compétences en soins de support s'inscrit dans la prise en charge de tout patient atteint de cancer. Les crédits doivent en particulier être consacrés au renforcement des moyens en psycho-oncologie au sein des établissements de santé.

3. L'appui aux pharmacies hospitalières.

Les moyens alloués doivent, d'une part, soutenir la préparation des anticancéreux dans des unités spécifiques sous responsabilité pharmaceutique et, d'autre part, accompagner la chimiothérapie à domicile. Ce financement permettra de mettre en oeuvre l'aide au fonctionnement, au renforcement ou au développement des pharmacies à usage intérieur (PUI) ainsi que le soutien à l'activité de chimiothérapie à domicile des PUI.

Aide au fonctionnement, au renforcement ou au développement des unités de préparation des anticancéreux.

Ce financement servira à créer ou à renforcer des unités spécifiques de préparation des anticancéreux dans les établissements de santé prenant en charge des malades atteints de cancer. Il doit également permettre de soutenir les pharmacies à usage intérieur (PUI) déjà équipées d'une telle unité.

La préparation et la reconstitution des médicaments anticancéreux doivent être réalisées dans une unité spécifique sous responsabilité pharmaceutique avec isolateur ou hotte à flux d'air laminaire vertical. La généralisation de cette mesure est un objectif prioritaire des SROS de troisième génération. Par ailleurs, l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale précise que les médicaments rétrocedés ne sont pris en charge ou ne donnent lieu à remboursement qu'autant qu'ils sont délivrés par une PUI d'un établissement de santé dûment autorisée.

Soutien à l'activité de chimiothérapie à domicile.

La mesure 41 du plan Cancer préconise de faciliter les soins à domicile et notamment la chimiothérapie à domicile. Le montant alloué aux PUI doit permettre de développer la chimiothérapie à domicile et de financer plus particulièrement le transport des préparations et l'élimination des déchets.

Les crédits restant à déléguer au titre du plan Cancer concernent en particulier :

- la cancérologie pédiatrique ;
- les tumorothèques ;
- la tabacologie hospitalière ;
- l'oncogériatrie ;
- les stages de radiophysiciens ;
- la radiothérapie innovante ;
- le renforcement des TEP, en fonction de l'étude DHOS/INCA en cours ;
- les tumeurs rares en cancérologie.

PLAN « PÉRINATALITÉ »

Le plan « Périnatalité », annoncé par le ministre des solidarités, de la santé et de la famille le 10 novembre 2004, a connu un début de mise en oeuvre en 2005. 102 millions d'euros ont été délégués en 2005, dont 88 millions au titre de la mise aux normes des établissements autorisés à pratiquer l'obstétrique et 10 millions d'euros au titre de la revalorisation des GHS et des suppléments de néonatalogie pour les établissements privés.

En 2006, une partie importante des mesures financées concerne la mise aux normes en périnatalité et en réanimation pédiatrique. Il est essentiel que vous utilisiez les moyens ainsi dégagés pour mettre aux normes les structures assurant ces activités, compte tenu des échéances réglementaires.

Les mesures financées doivent également permettre de poursuivre les mesures engagées en 2005, concernant la structuration des transports des mères, des nouveau-nés et des enfants et d'assurer la montée en charge des mesures relatives à la mise en oeuvre de l'entretien du premier trimestre de la grossesse, et au recrutement de psychologues dans les maternités afin d'améliorer l'environnement psychologique de la naissance.

Pour la répartition de ces mesures, vous vous appuyerez sur les préconisations du SROS dans une logique de complémentarité régionale des établissements et dans le cadre des réseaux de santé en périnatalité.

Dans un souci de cohérence des mesures pluriannuelles déjà engagées localement en matière de périnatalité, et afin de permettre une adaptation fine aux spécificités locales, il vous est possible d'assurer une certaine fongibilité entre les mesures du plan, dans le respect cependant des objectifs généraux de ce plan et dans le respect de vos dotations

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf2dss1a-n-2006-81-du-24-fevrier-2006-relative-a-la-campagne-tarifaire-2006-des-etablissements-de-sante/>

régionales.

1. Mise aux normes des établissements (mesure n° 3.1 du plan périnatalité).

Afin de respecter l'objectif de mise aux normes des établissements, en application des décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998 et de l'arrêté du 25 avril 2000, dans les délais prévus par le décret du 16 octobre 2003, une dotation de 88 millions d'euros a été attribuée en 2005. L'évaluation du nombre de postes créés en 2005 est en cours.

Néanmoins, la dotation 2005 a porté sur 70 % de la mesure afin de tenir compte des délais de recrutement. Une dotation complémentaire est donc attribuée en 2006, afin de permettre l'extension en année pleine de la dotation 2005. Elle est financée en aide à la contractualisation à hauteur de 65 % et en tarifs des CMD 14 et CMD 15 à hauteur de 35 %. Comme l'année précédente, la répartition de cette dotation est établie au prorata du nombre moyen d'accouchements en 2002, 2003 et 2004 dans les établissements publics.

2. Organisation et mise aux normes des réanimations pédiatriques, dans le respect des orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire relatifs à la prise en charge des enfants et des adolescents (mesure n° 3.3 du plan périnatalité - mesure nouvelle 2006).

Une organisation de la réanimation pédiatrique doit être mise en place en application des décrets 2006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006, relatifs à la réanimation pédiatrique.

Cette organisation, préparée en lien avec l'ensemble des structures de réanimation pédiatrique du territoire, s'inscrit dans la continuité des décrets de réanimation du 5 avril 2002 n° 2002-465 et n° 2002-466. Elle permet de prendre en compte les spécificités de la prise en charge des enfants en réanimation, et de garantir la qualité et de sécurité des soins apportés aux enfants.

L'objectif est également de clarifier le régime juridique des réanimations pédiatriques mixtes, c'est-à-dire à la fois réanimation néonatale (relevant des décrets n°98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998) et réanimation pédiatrique (relevant des décrets relatifs à la réanimation n° 2002-465 et n° 2002-466 du 5 avril 2002).

La définition de cette organisation permet une meilleure structuration d'une offre relativement peu développée (41 services en France métropolitaine), en deux niveaux de prise en charge - réanimation pédiatrique et réanimation pédiatrique spécialisée - de façon à assurer le maintien d'une accessibilité au niveau régional d'une part, tout en identifiant des centres de référence (réanimation spécialisée) d'autre part.

Une première tranche de financement est accordée en 2006 : elle est ciblée en aide à la contractualisation à hauteur de 65 % et en suppléments journaliers (NN3) à hauteur de 35 %. La répartition régionale proposée s'appuie sur l'enquête de besoin réalisée en 2003 auprès de l'ensemble des services de réanimation pédiatrique exclusive ou mixte. Cette enquête avait permis de réaliser un état des lieux quasi exhaustif, permettant de mesurer pour les services qui seraient autorisés sur la base des décrets relatifs à la réanimation pédiatrique, l'écart éventuel de mise aux normes compte tenu des nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement.

3. Mise en place d'un entretien individuel de préparation à la naissance au cours du 4eme mois (mesure n° 1.1 du plan périnatalité).

La généralisation de l'entretien individuel ou en couple dit entretien du 1er trimestre doit être l'un des objectifs de l'année 2006, et les efforts entrepris en 2005 doivent être poursuivis.

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques préparées par la Haute Autorité de santé portant sur la préparation à la naissance et à la parentalité doivent contribuer au développement de l'entretien du 1er trimestre.

Pour l'année 2006, la part dotation des crédits vous est allouée en aide à la contractualisation de manière à soutenir les établissements pour lesquels les recettes provenant de l'activité seraient insuffisantes. La répartition en AC s'appuie sur l'activité des maternités (nombre d'accouchements moyen en 2002, 2003 et 2004 dans les établissements publics - Source SAE).

Par ailleurs, la mesure avait été financée en 2005 à hauteur de 70 % afin de tenir compte des délais de recrutement. La dotation MIGAC 2006 comprend donc en outre une dotation complémentaire correspondant à l'extension en année pleine de la mesure accordée en 2005.

4. Meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance (mesure n° 1.2 du plan périnatalité).

Cette démarche vise à renforcer la prévention des troubles du développement psychoaffectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents, notamment par des collaborations médico-psychologiques en maternité.

Les modalités de mise en oeuvre de ce dispositif sont précisées dans la [circulaire n° DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005](#) relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. Le recrutement de psychologues doit se poursuivre et se développer, conformément aux préconisations de la circulaire et sur la base d'un état des lieux de l'offre psychologique en maternité réalisé par les commissions régionales de la naissance. Vous veillerez à ce que les recrutements engagés le soient prioritairement là où des besoins avaient été identifiés dans l'état des lieux réalisé par les CRN.

Pour l'année 2006, comme pour l'année 2005, la répartition régionale des crédits attribués dans le cadre des MIGAC a été calculée sur le critère de l'activité, en nombre d'accouchements.

5. Amélioration et la structuration des transports des mères, des nouveau-nés et des enfants (mesure n° 3.2 du plan périnatalité).

Afin de poursuivre les efforts engagés en 2005 pour mieux structurer et organiser les transports pédiatriques, une deuxième tranche de financement est accordée en 2006 dans le cadre des MIGAC.

Vous veillerez à ce que les crédits soient répartis conformément aux préconisations de la [circulaire du 7 février 2005](#) relative aux transports de nouveau-nés, nourrissons et enfants. En outre, il est essentiel que l'organisation des transports pédiatriques soit cohérente avec les orientations du volet prise en charge de l'enfant et adolescent SROS d'une part, et en cohérence avec les réseaux de santé en périnatalité mis en place. La répartition régionale est établie pour 2005 en fonction de l'activité (nombre d'accouchements moyen en 2002, 2003 et 2004 dans les établissements publics - Source SAE).

En outre une dotation complémentaire est attribuée en 2006, afin de permettre l'extension en année pleine de la dotation 2005, financée à 70 %.

Enfin, pour les établissements de santé privés anciennement financés par objectif quantifié national, 19 millions d'euros permettent en 2006 de revaloriser les deux principaux GHS de la CMD 15 (nouveau-nés de 2500 g et plus sans problème significatif et nouveau-nés de 2500 g et plus avec problème significatif) et de stabiliser les autres GHS d'obstétrique et de néonatalogie (CMD 15 et CDM 14).

Enfin, une enveloppe de 15 millions d'euros vous est allouée dans le cadre de la dotation MIGAC pour vous permettre de compenser le redéploiement opéré en cours d'année 2005 en faveur des services d'urgence. Elle doit contribuer au financement de la périnatalité, au moins à hauteur du transfert opéré en 2005 dans chaque région.

Le financement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans le cadre du plan « périnatalité » en 2005 est complété à hauteur de 30 %. Les nouvelles PASS financées en 2006, le seront à partir d'un appel à projet lancé prochainement.

PLAN « URGENCES »

La mise en oeuvre du plan « urgences », annoncé le 30 septembre 2003, s'est poursuivie en 2005, permettant de confirmer les renforcements significatifs des services concernés, amorcés dès 2004.

En 2006, les mesures permettent essentiellement de poursuivre le mouvement de création de capacités d'hospitalisation en aval des services d'urgence, (structures de soins de suite et de réadaptation, courts séjours gériatriques et hôpitaux locaux) et d'achever le renforcement des SMUR.

De manière générale, la répartition des crédits délégués doit faciliter la mise en oeuvre des orientations du SROS, en mettant l'accent sur les logiques de complémentarité régionale et de coopération des établissements et dans le respect des contrats d'objectifs et de moyens.

Par ailleurs, il vous est possible, comme pour le plan précédent, d'assurer une certaine fongibilité entre les mesures, dans un souci de cohérence des mesures pluriannuelles déjà engagées localement, afin de permettre une adaptation fine aux spécificités locales, dans le respect cependant des objectifs généraux du plan et de vos dotations régionales.

Mesures du plan :

1. Augmentation de la capacité de prise en charge en soins de suite et de réadaptation.

Il importe que les crédits alloués aux établissements s'inscrivent dans le cadre de la mise en oeuvre des orientations des SROS, permettent de fluidifier la filière d'aval des structures de court séjour et de mieux médicaliser la prise en charge des patients.

Il vous est demandé d'augmenter les capacités soit en poursuivant la médicalisation, soit par la création de nouveaux lits, soit par transformation de lits d'autres disciplines. Comme pour 2005, les crédits qui vous sont alloués pour la médicalisation de lits de soins de suite et de réadaptation présentent le solde net entre le coût des lits médicalisés à créer et les économies réalisées à partir de la suppression des lits occupés de manière inadéquate après transfert vers le secteur médico-social des financements nécessaires aux forfaits soins des places créées dans ce secteur.

Le degré de médicalisation doit être suffisant pour permettre une prise en charge globale du patient. Par ailleurs il conviendra de veiller tout particulièrement à l'articulation en amont avec les services de médecine et de chirurgie et en aval avec les structures du secteur médico-social.

Pour 2006, les montants alloués ont été répartis comme suit : 50 % en fonction de la population totale, 30 % en fonction de la population des plus de 75 ans, 20 % en fonction de l'indice comparatif de mortalité par tumeurs (métropole) et en fonction de la prévalence du diabète pour les départements d'outre-mer.

2. La médicalisation des hôpitaux locaux.

Le développement des hôpitaux locaux fait l'objet d'un plan pluriannuel sur la période 2004-2007. L'objectif de remédicalisation de ces établissements passe de la même façon qu'en 2005 par la réintroduction de lits de court séjour de médecine et la création de lits de soins de suite et de réadaptation, afin de leur permettre de remplir leur rôle de niveau de prise en charge de proximité en application de la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local. Cet objectif passe également par le renforcement de la présence paramédicale (personnels infirmiers et de rééducation).

3. Renforcement de la compétence gériatrique.

Des crédits sont intégrés dans vos dotations MIGAC pour le déploiement de la compétence gériatrique dans une logique de proximité de soins. Après avoir mis en place des services de court séjour gériatrique en priorité dans les hôpitaux disposant d'un SAU, il s'agit de :

- développer des équipes mobiles de gériatrie dans les établissements sièges de SAU ;
- renforcer le dispositif ambulatoire d'évaluation fondé soit sur des consultations gériatriques avancées, soit sur des pôles d'évaluation gériatriques, auxquels les médecins généralistes peuvent adresser les patients vivant à domicile ;
- favoriser l'accès à des compétences gériatriques, au-delà des seuls établissements sièges de SAU, notamment dans les établissements disposant de lits de médecine, dans une logique de proximité des soins.

Les deux mesures ci-dessus ont été réparties entre les régions en fonction de la population âgée de 75 ans et plus.

4. Renforcement des personnels infirmiers dans les SMUR.

La dernière tranche des crédits permettant le renforcement des personnels infirmiers dans les SMUR est allouée cette année. Comme en 2005, il convient de poursuivre l'effort pour assurer une médecine d'urgence de proximité, qui doit s'inscrire dans une démarche de sécurité, de qualité et d'égalité. A cet égard vous veillerez à organiser la présence d'un infirmier au côté du médecin dans les SMUR. Il est également essentiel de veiller à la situation des SMUR « de proximité » dont l'activité, si elle est modérée, n'en est pas moins indispensable à la prise en charge des patients en tout point du territoire.

Les moyens consacrés à cette mesure, financés dans le cadre des MIGAC, ont été répartis en fonction du nombre de sorties SMUR terrestres moyennées sur les années 2002, 2003 et 2004 (source SAE).

5. Renforcement des services d'urgence.

Enfin, des moyens ont été attribués en 2005 aux services d'urgences (équipes d'organisation interne, renforcement des capacités logistiques, équipes de remplacement). Ces mesures ayant été financées à hauteur de 70 %, la détermination des forfaits « urgences » en 2006 tient compte de l'extension en année pleine de la mesure.

PLAN « PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE »

Le financement alloué au titre du « plan santé mentale et psychiatrie » s'inscrit dans la continuité de la [circulaire DHOS/F2/DSS/1A/2005/356 du 26 juillet 2005](#) relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale à 2 titres :

- prise en compte de l'effet en année pleine des mesures 2005 déléguées à hauteur de 70 % ;
- poursuite et accélération de la mise en oeuvre des objectifs de santé publique du plan.

Le montant de votre enveloppe régionale correspond en début de campagne, au complément de la tranche 2005 (7,37 millions d'euros) et à votre « marge de manoeuvre régionale 2006 » (22 millions d'euros), dont vous disposerez afin d'accompagner l'amélioration de la qualité des prises en charge et la réduction des inégalités de l'offre de soins. Les critères de répartition entre régions sont les mêmes que ceux appliqués en 2005 (critère population pondéré par le ratio de personnel non médical), et intègrent également la rectification d'erreurs matérielles portant sur certaines dotations régionales en 2005.

Ces enveloppes n'incluent pas :

- les mesures relatives à l'investissement et au tutorat qui feront l'objet d'une délégation de crédits spécifiques dans les conditions mentionnées respectivement par les circulaires du 20 décembre 2005 et du 16 janvier 2006 (y compris pour les DOM) ;
- les mesures relatives aux priorités dites « spécifiques et incontournables » (cf. [circulaire du 26 juillet 2005](#)), qui hormis l'effet report 2005 déjà intégré, feront l'objet, pour la tranche 2006 (8,25 millions d'euros), de délégations spécifiques sur la base d'appels à projets (centres de ressources pour les auteurs d'infractions sexuelles, volet sanitaire des centres de ressources autisme, équipes mobiles spécialisées de psychiatrie pour la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et d'exclusion).

Les dotations des DOM mentionnées en annexe correspondent :

- pour la Réunion et la Guadeloupe, à un complément de financement pour les besoins de financement recensés et non intégralement pris en compte en 2005 ;

Pour la Martinique et pour la Guyane, à l'application du mode de calcul utilisé pour les régions métropolitaines.

Pour les départements d'outre-mer ces dotations constituent une première délégation qui pourra, si nécessaire, être complétée en cours d'exercice en fonction de nouveaux besoins qu'il appartiendra aux agences régionales de l'hospitalisation de faire remonter auprès de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Ces départements sont, en outre, éligibles aux financements sur appels à projets spécifiques déjà mentionnés (précarité, autisme, centres de ressources pour les auteurs d'infractions sexuelles) au même titre que les régions métropolitaines et dans les conditions prévues pour chacun de ces programmes.

La présente circulaire vise à vous permettre de disposer du montant de votre enveloppe régionale. Les orientations stratégiques relatives à la mise en oeuvre de la tranche 2006 de l'ensemble des mesures du plan « psychiatrie et santé mentale » vous parviendront très prochainement dans le cadre d'une instruction budgétaire commune entre les trois directions concernées du ministère de la santé et des solidarités (DHOS, DGS, DGAS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Vous voudrez bien vous fonder sur ces orientations pour l'allocation des moyens intégrés dans vos dotations régionales annuelles de financement (DAF). Comme l'indiquait la note DHOS-DGAS du 22 juillet 2005, il est en effet décisif que la mise en oeuvre du plan conserve sa cohérence globale et qu'en conséquence, les attributions de moyens, quelle que soit leur origine, se réalisent dans un cadre étroitement articulé dont cette première instruction commune viendra vous préciser les conditions.

PLAN NATIONAL « MALADIES RARES »

Le plan national maladies rares 2005-2008 dont l'objectif est d'assurer l'équité pour l'accès au diagnostic et au traitement dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies rares a été annoncé par le ministre de la santé de l'époque le 20 novembre 2004. Il prévoit notamment :

- le développement des « centres de référence » labellisés pour la prise en charge des maladies rares. L'objectif est de parvenir en 2007 à la labellisation d'une centaine de centres de référence pour une maladie ou un groupe de maladies rares ;
- l'organisation du dépistage et de l'accès aux tests diagnostiques (axe n° 5) en renforçant les laboratoires concernés ;
- la promotion de la recherche sur les maladies rares (axe n° 9), en renforçant la priorité « maladies rares » au sein du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC).

Le PHRC permet chaque année, dans le cadre d'un appel à projets, de développer la recherche clinique au sein des établissements de santé sur des thématiques prioritaires. Il s'agit donc de renforcer de manière conséquente les recherches cliniques hospitalières menées en faveur des malades atteints de maladies rares.

Les deux premières mesures ayant fait l'objet d'un financement décalé en 2005, le complément représentant 30 % du coût total de la tranche 2005 vous est alloué par la présente circulaire.

Le financement de la tranche 2006 de l'ensemble du plan national « maladies rares » fera l'objet d'appels à projets qui vous seront adressés prochainement.

AUTRES PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE

1. Le plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

Des crédits sont intégrés dans vos dotations MIGAC pour le développement des « consultations mémoire ». Ils sont destinés à créer de nouvelles consultations ou à renforcer les consultations existantes, l'objectif à atteindre au plus tard en 2007 étant de disposer d'une consultation mémoire pour 15 000 personnes âgées de 75 ans et plus.

2. Création de structures dédiées aux personnes en état végétatif chronique.

Ce programme dont l'objectif est de créer 25 unités de 6 lits par an à partir de lits de soins de suite et de rééducation existants se poursuit en 2006.

Comme pour le programme précédent, la dotation allouée comprend le financement du complément à hauteur de 30 % de la tranche 2005 et de la moitié de la tranche 2006.

3. La prise en charge de la santé des détenus.

La création des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) contribue à l'amélioration de la prise en charge de la santé des personnes détenues.

Par ailleurs, il convient de doter en unités de soins les établissements pour mineurs ouvrant en 2006 et de renforcer les unités de consultations et de soins ambulatoires et les services médico-psychologiques régionaux, compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes détenues.

La première allocation de moyens concerne l'ouverture de l'UHSI de Marseille et la mise en place du centre pour peines aménagées de Villejuif.

4. Le plan douleur.

Un nouveau programme national (2006-2010) de lutte contre la douleur devrait être lancé. Parmi les mesures prioritaires de ce programme figure l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique rebelle de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. 178 structures spécifiques de prise en charge de la douleur chronique rebelle ont été identifiées (données 2004). Cependant, l'étude réalisée par la DHOS cette même année montre qu'un renforcement en personnel est nécessaire pour qu'elles puissent assurer leurs missions face à une demande croissante. Le nombre de patients accueillis a progressé de 480 en 2003 en moyenne par structure. Par ailleurs les délais de rendez-vous, pour une première consultation, en dehors des urgences, sont estimés à 50 jours.

Aussi, une dotation à hauteur de 1,8 million d'euros est-elle allouée, en 2006, pour le renforcement en vacations médicales et de vacations pédiatriques pour la prise en charge spécifique des enfants et des adolescents douloureux chroniques.

La répartition régionale des dotations a été calculée en panachant la population adulte et des moins de 15 ans.

Un questionnaire vous sera adressé au 2eme trimestre 2006 afin de suivre, au niveau national, l'évolution de ces structures en termes d'activité et de personnel.

5. Les consultations « Cannabis ».

Le complément à apporter au financement alloué pour ces consultations en 2005 est intégré dans vos dotations régionales de financement des MIGAC.

Source : Bulletin Officiel du Ministère de la santé n° 2006-3 du 15 avril 2006