

SANTÉ

ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau de la synthèse organisationnelle
et financière (R1)

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soins

**Circulaire DGOS/R1/DSS n° 2010-177 du 31 mai 2010
relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé**

NOR : SASH1014428C

Validée par le CNP des agences régionales de santé, le 27 mai 2010 – Visa CNP 2010-61.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : fixation des ressources d'assurance maladie des établissements de santé.

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

Références :

Code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-22-6, L. 162-22-13, L. 174-1, L. 174-1-1, D. 162-6 à D. 162-8, R. 162-32 à R. 162-32-4, R. 162-42 à R. 162-42-4, et R. 174-2 ;

Code de la santé publique, notamment les articles L. 6145-1 et suivants, R. 6145-1 et suivants ;
Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale et notamment son article 33 modifié ;

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

Arrêté du 23 décembre 2009 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 22 décembre 2006 pris pour l'application du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ;

Arrêté du 26 octobre 2006, modifié, fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

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

Arrêté du 17 mars 2009 pris pour l'application de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles.

Annexes :

- Annexe I. – Montants régionaux MIGAC, DAF, DAF-USLD.
- Annexe II. – Financement des plans et mesures de santé publique.
- Annexe III. – Financement des charges de personnel et de l'effet prix pour les établissements ex-DG.
- Annexe IV. – Évolution du modèle de financement des activités de MCO.
- Annexe V. – Évolution des dotations régionales MIGAC.
- Annexe VI. – Les plans d'investissement.
- Annexe VII. – Modalités de la convergence tarifaire pour les USLD.

Diffusion : les établissements sous tutelle doivent être destinataires de cette circulaire selon le dispositif existant au niveau régional.

La ministre de la santé et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).

La campagne tarifaire 2010 est marquée par une évolution de l'ONDAM hospitalier de + 2,8 %, ce qui constitue, dans le contexte actuel, un effort important. Cette évolution est cohérente avec celle des années passées et traduit la volonté d'assurer une offre de soins de très grande qualité, tout en assurant la participation du secteur hospitalier au nécessaire rééquilibrage des comptes de l'assurance-maladie.

1. La campagne 2010 permet de poursuivre l'amélioration de l'efficacité des établissements de santé et de garantir le déploiement des priorités de santé publique

L'évolution de l'ONDAM en 2010 implique de la part des établissements de santé et des agences régionales de santé la poursuite des efforts d'efficacité et d'adaptation de l'offre de soins aux besoins régionaux. La loi « Hôpital, patients, santé territoires » du 21 juillet 2009 dont l'année 2010 marque le début de mise en œuvre, fournira à cette fin des outils à tous les acteurs. Concernant les établissements, il s'agit des nouveaux dispositifs permettant d'améliorer leurs organisations internes et leur efficacité globale mais également d'optimiser leurs coopérations.

L'année 2010 constitue, par ailleurs, une nouvelle étape dans la mise en œuvre des priorités et plans de santé publique. Outre la poursuite des plans déjà engagés (notamment le plan Alzheimer), les plans Cancer 2 et Santé outre-mer, annoncés en 2009 sont financés pour leur tranche 2010. Sont également engagés les plans AVC et Maladies rares 2. Au global 412 M€ sont mobilisés sur ces priorités (*cf.* annexe II).

En outre, dans le cadre de la campagne tarifaire, la liste des activités lourdes faisant l'objet d'une attention particulière lors de la détermination des tarifs a été élargie.

J'ai enfin reconduit le dispositif tarifaire incitatif concernant les tarifs de chirurgie ambulatoire afin de marquer mon attachement au développement de ce mode de prise en charge.

L'évolution par objectif se décompose comme suit :

- l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) de + 2,67 % (44,299 Md€) ;
- la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) de + 2,83 % (8,142 Md€) ;
- l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) de + 2,55 % (15,455 Md€), dont 1,025 Md€ pour les USLD qui bénéficient notamment du plan de solidarité grand âge ;
- l'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation (OQN) de + 3,63 % (2,354 Md€).

Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est doté de 264 M€, notamment aux fins d'assurer la montée en charge du plan Hôpital 2012.

2. La campagne 2010 est marquée par la stabilité du dispositif de financement à l'activité

2.1. Les évolutions du modèle ont été minimales et visent à corriger les difficultés identifiées par les acteurs ainsi qu'à actualiser les données prises en considération

Après les importantes évolutions apportées en 2009 au modèle de financement des activités MCO du fait de la mise en œuvre de la version 11 de la classification des GHM, de la création des MIG PDSH et précarité, j'ai souhaité que la construction tarifaire 2010 soit guidée par un objectif de stabilisation.

La stabilité se manifeste d'abord du point de vue de la méthode (méthode de construction se déclinant en trois phases : tarifs bruts, repères et de campagne (*cf.* annexe IV)). Elle se manifeste également par la volonté de se limiter, pour l'essentiel, aux évolutions demandées par les professionnels, notamment sur les règles relatives aux bornes basses et aux suppléments de surveillance continue.

Quelques ajustements techniques se sont néanmoins révélés nécessaires, notamment avec la prise en compte des résultats de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune 2007 lorsque ceux-ci étaient plus fiables que ceux de 2006. Un certain nombre de GHM de très courte durée ont enfin été créés (cf. annexe IV).

2.2. Le rythme de la convergence intersectorielle est aménagé afin de donner la priorité à l'aboutissement de la convergence intrasectorielle, tout en expérimentant une convergence ciblée sur les activités médicalement proches entre les deux secteurs

2.2.1. Un effort de convergence est réalisé sur les activités médicalement très proches entre les secteurs public et privé

Le report à 2018 par le législateur de l'échéance du processus de convergence tarifaire intersectorielle va permettre la poursuite et l'aboutissement, dans des délais réalistes, des travaux de mesure et d'explication des écarts de coûts constatés entre les deux secteurs.

D'ici à cette échéance, j'ai voulu donner, en retenant le principe d'une convergence ciblée, un signal fort quant aux efforts d'efficacité à réaliser par les établissements du secteur anciennement financé par dotation globale. Cette convergence concerne une liste limitative de 35 GHM, sélectionnés sur des critères d'homogénéité de pratiques médicales et de prise en charge entre les deux secteurs (cf. annexe IV).

Cet effort d'efficacité correspondant a été intégré en construction de l'ONDAM 2010 à hauteur de 150 M€.

Parallèlement, j'ai demandé à ce que soient poursuivis les travaux d'analyse et d'explication de l'écart de coûts constaté entre les deux secteurs et que la réflexion sur le périmètre pertinent de la convergence intersectorielle aboutisse.

2.2.2. L'aboutissement de la convergence intrasectorielle reste fixé à 2012

L'échéance de la convergence intrasectorielle reste pour sa part fixée au 1^{er} janvier 2012. J'ai décidé, pour la campagne 2010, de retenir un taux moyen régional de convergence de 50 %, commun aux deux secteurs, soit la moitié de l'effort résiduel pour atteindre la cible.

Il vous est possible d'accélérer, au sein de chacun des secteurs, ce taux fixé au niveau national dans le respect de l'équilibre, au niveau de votre région, des masses financières réparties entre les établissements surdotés et les établissements sous-dotés.

2.3. La masse tarifaire progressera de 736 M€

L'ODMCO progresse de 2,67 %, ce qui permet de dégager une marge tarifaire de 736 M€.

Cette progression permet de constituer les provisions nécessaires pour faire face à la progression de l'activité et des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux facturés en sus des prestations, ainsi qu'à une partie du dépassement constaté en 2009. Ces provisions ont été réalisées en retenant une estimation d'augmentation de 1,7 % du volume des prestations d'hospitalisation et des consultations et actes externes et une prévision d'augmentation de 8 % des dépenses de médicaments et produits remboursés en sus des prestations.

À cet égard et compte tenu d'un contexte budgétaire contraint, vous veillerez particulièrement au respect de l'évolution des volumes dans votre région par rapport aux OQOS et prendrez, le cas échéant, toute mesure de nature à garantir le respect de ces objectifs. En effet, la nécessaire progression des tarifs implique un effort collectif de maintien du nombre de séjours grâce à une optimisation du parcours du patient et à une limitation des hospitalisations évitables.

Les outils régionaux de régulation doivent ainsi être pleinement mobilisés afin de garantir une continuité avec les décisions de régulation nationale. Dans ce contexte, il vous appartient, dans un cadre contractuel avec les établissements de santé, de veiller à la bonne cohérence entre la progression régionale des volumes, liée aux décisions individuelles prises au niveau des établissements de santé, et les prévisions nationales d'évolution des volumes réalisées en construction de campagne tarifaire. Les sanctions prévues en cas de dépassement des OQOS doivent être appliquées.

Il convient d'appuyer vos décisions, autant que possible, sur des référentiels de bonne pratique, notamment ceux publiés par la HAS.

Une attention particulière devra être portée au développement de la chirurgie ambulatoire.

2.4. L'évolution des dotations MIGAC poursuit les mouvements amorcés en 2009

La nécessaire transparence de l'utilisation des MIGAC demeure essentielle et constitue le fil conducteur de mon action en ce domaine.

La campagne 2010 est marquée, dans la continuité de celle de 2009 :

- par une nouvelle étape de redéploiements interrégionaux visant à la fois les missions d'intérêt général à caractère régional et vos crédits d'aide à la contractualisation, dans le prolongement des principes de 2009 mais en accélérant le rythme (cf. annexe V). Ce mouvement consacre la

troisième étape de l'objectivation des dotations MIGAC, après celle visant à l'amélioration de la sincérité des retraitements comptables et celle portant normalisation des financements et ayant conduit à une péréquation et à des redéploiements intrarégionaux.

- par la poursuite de la réforme du financement des MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) engagée en 2008 ; en vue d'accélérer l'aboutissement de cette réforme, sa mise en œuvre complète a été opérée dès 2010 au lieu de 2011, avec un lissage modéré des effets revenus (cf. annexe V).

En vous appuyant sur le guide de contractualisation, vous veillerez à ce que chaque mission d'intérêt général soit contractualisée, pour un montant fixé annuellement, avec des moyens de mise en œuvre décrits, des objectifs de qualité fixés, des indicateurs de résultats attendus et une évaluation effective de ces résultats. Les modélisations de financement des missions d'intérêt général qui vous sont fournies dans ce guide doivent donc être utilisées afin d'éviter le maintien de disparités infondées entre établissements de santé.

S'agissant enfin de vos marges de manœuvre régionale, hors couverture des dépenses d'investissement financées dans le cadre des plans nationaux et sur décisions ministérielles, je vous rappelle que vous devez strictement les utiliser à titre non reconductible, afin de pouvoir reconsidérer chaque année les montants affectés pour soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et/ou de retour à l'équilibre ou encore pour prendre en compte les contraintes locales en matière d'organisation des soins. A cet égard, j'appelle votre attention sur les risques d'un financement hors Plan national d'aides à l'exploitation en soutien de l'investissement pour des périodes pouvant aller jusqu'à vingt ans.

Je rappelle que ces financements peuvent être alloués à l'ensemble des établissements de santé en vue de l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient.

Identifiée pour sa partie résiduelle jusqu'en 2009, la dotation annuelle complémentaire à 100 % (DAC 100) ne sera désormais plus suivie en tant que telle et a été intégrée dans vos marges de manœuvre régionales.

Je souhaite par ailleurs poursuivre l'action engagée en 2009 sur la prise en compte des sujétions liées à la prise en charge des patients en situation de précarité et à la permanence des soins hospitalière :

La prise en charge des patients en situation de précarité

J'ai décidé, pour la campagne 2010, de consolider et d'améliorer le dispositif de compensation des surcoûts structurels liés à la prise en charge des patients en situation de précarité mis en place en 2009. A cette fin, les critères d'éligibilité à la dotation MIG correspondante ont été révisés afin de mieux cibler les établissements particulièrement concernés par ce type de prise en charge et de rendre plus lisible le modèle. Le paramètre en pourcentage de la base tarifaire qui avait pour effet d'inclure ou d'exclure à tort certains établissements a été supprimé. Les seuls paramètres pris en compte en 2010 sont un taux de séjours CMU/CMUC/AME/AMESU transmis par la CNAMTS supérieur ou égal à 10,5 % ainsi qu'un seuil plancher fixé à 40 000 €. Ces paramètres sont désormais identiques pour les secteurs public et privé.

L'enveloppe MIGAC est ainsi abondée de 50 M€ par débasage de la masse tarifaire, de manière, d'une part, à corriger les effets de seuil constatés en 2009, d'autre part, à prendre en compte le coefficient géographique. A cet égard, le passage en T2A des établissements de santé ex-DG de la Guyane impacte également l'évolution de la MIG précarité.

La permanence des soins hospitalière (PDSH)

Le périmètre du dispositif, limité en 2009 au seul personnel médical des établissements du secteur ex DG, reste le même en 2010 qu'en 2009. Le montant de la dotation nationale est ainsi maintenu à 760 M€ en année pleine. L'année sera mise à profit pour faire le bilan de l'utilisation de la marge de redéploiement régionale (fixée à 10 % en 2009), approfondir la connaissance des actuelles organisations des gardes et astreintes médicales et progresser dans la définition des organisations cibles, sur la base de l'analyse des premières réorganisations menées par les ARH. Le taux de marge de manœuvre régionale pour 2010 est fixé à 20 %, afin de vous permettre d'approfondir ces expérimentations et d'accélérer les transformations souhaitées.

Enfin, l'aide exceptionnelle dégressive allouée en 2008 et destinée à accompagner les établissements de santé privés antérieurement financés par dotation globale dans leurs efforts de retour à l'équilibre est reconduite à hauteur de 6,5 M€. Je vous rappelle que cette aide continuera à être dégressive pendant la durée de la convergence intra-sectorielle.

3. L'année 2010 devra permettre d'approfondir l'intégration de tous les établissements de santé MCO dans la tarification à l'activité

3.1. Les départements d'outre-mer font l'objet d'une attention spécifique notamment dans la perspective d'une intégration au modèle T2A

J'ai annoncé le plan de santé outre-mer en juillet 2009. Il contient un certain nombre d'actions qui

visent, d'une part, à appliquer les dispositions de la loi HPST et, d'autre part, à soutenir l'offre de soins. La mise en œuvre des mesures relatives à l'isolement géographique ou au rôle de recours sera étudiée au cours de l'année 2010 en vue d'un financement avant la fin de l'année.

En outre, pour l'exercice 2010, l'outre-mer bénéficiera de financements afin de couvrir les surcoûts liés aux mises aux normes exceptionnelles. Le Plan national d'investissements hôpital 2012 a réservé un financement exceptionnel à ce titre qui sera déployé dans le cadre de la deuxième tranche du plan.

2010 sera également l'année de passage sous T2A des établissements de Guyane, dernier DOM qui demeurait jusqu'alors financé sous dotation globale. L'amélioration des systèmes d'information et la volonté de faire bénéficier les établissements concernés des avantages liés à la T2A ont conduit à cette décision. Néanmoins, des dispositions particulières relatives notamment aux conditions de versement des recettes d'assurance maladie et au coefficient de transition ont été édictées afin de permettre une montée en charge progressive et adaptée à la situation locale de la Guyane.

3.2. Les anciens hôpitaux locaux doivent se préparer dès 2010 à leur passage en T2A au 1^{er} janvier 2012

La loi HPST a supprimé le statut d'hôpital local. La LFSS pour 2010 a néanmoins prévu qu'ils resteraient financés en dotation annuelle de fonctionnement jusqu'au 1^{er} janvier 2012 et que le passage à la T2A ferait l'objet d'un calendrier spécialement aménagé. Il convient néanmoins que vous commenciez à accompagner dès 2010 les établissements dans la démarche d'amélioration de la qualité du codage PMSI afin de faciliter cette transition. La DGOS réunira à son niveau un groupe de travail qui associera les ARS les plus concernées, afin de préciser les modalités de cet accompagnement.

4. Pour le SSR, la psychiatrie et les USLD, l'application des modalités de répartition des ressources sur la base des modèles définis et un suivi précis des dépenses seront poursuivis

4.1. Le champ des SSR

4.1.1. 2010 sera une année de poursuite du déploiement du modèle IVA préalable au passage à une tarification à l'activité

Dans l'attente de l'aboutissement des travaux préparatoires à la mise en œuvre d'une tarification à l'activité dans le champ des soins de suite et de réadaptation, un modèle intermédiaire fondé sur la valorisation des données disponibles dans le PMSI a permis, dès 2009, une modulation des ressources des établissements par l'utilisation de l'indice de valorisation de l'activité (IVA).

Je souhaite que cette dynamique soit poursuivie en 2010 en portant le taux de modulation à hauteur de 5 % de la dotation pour les établissements sous DAF, et à hauteur de 0,5 % pour les établissements sous OQN, c'est-à-dire sur l'ensemble du taux d'évolution moyen des tarifs. Il vous appartient, dans le respect de vos dotations ou taux d'évolution moyen régional, d'adapter ces taux de modulation en fonction de situations spécifiques d'établissement.

4.1.2. Les activités au sein du secteur OQN étant caractérisées par un fort dynamisme, un suivi attentif sera opéré à compter de 2010

Dans ce contexte, il est prévu de mettre en place, en lien avec les agences régionales de santé, une procédure de suivi des tarifs des prestations afin de mieux maîtriser l'impact des créations et extensions d'activité.

Par ailleurs, conjointement avec les services de la CNAMTS, les contrôles d'adéquation des factures aux prises aux charges, au regard de la réglementation tarifaire en vigueur, seront intensifiés dans un souci de responsabilisation des acteurs.

4.1.3. Les maisons d'enfant à caractère sanitaire du secteur OQN

Dans l'attente de la mise en place de modalités de facturation adaptées, les MECS continuent, à titre dérogatoire, à pouvoir facturer à l'assurance maladie un prix de journée comprenant le montant des forfaits thermaux, à charge pour elles de reverser les sommes correspondantes aux établissements réalisant les soins thermaux.

Dans le cadre de la campagne tarifaire, les modulations sont appliquées aux tarifs du prix de journée duquel aura été préalablement déduit le montant du forfait thermal.

4.2. 2010 sera pour la psychiatrie une année de transition avant la montée en puissance de la valorisation à l'activité

En 2010, seront poursuivis les travaux relatifs à la valorisation à l'activité en psychiatrie, notamment sur la base de l'exploitation du RIM-PSY.

S'agissant du secteur psychiatrique sous OQN, en l'attente de travaux aboutissant à un recensement d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs sur l'activité produite par les établissements (par les remontées de l'enquête relative au RAPSYP notamment), la campagne tarifaire sera caractérisée par une stabilité en termes d'harmonisation tarifaire. Aussi, le taux d'évolution moyen des tarifs, applicable à l'ensemble du secteur privé psychiatrique sous OQN, est de + 0,5 %.

Parallèlement, des efforts importants seront consacrés à l'amélioration de la prise en charge psychiatrique des détenus, grâce aux unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), ainsi qu'à celle des malades difficiles au sein d'unités psychiatriques dédiées (UMD). L'offre de soins en lits UMD a fait l'objet d'un effort spécifique d'investissement :

- création de quatre unités de quarante lits financées au titre du plan de relance à hauteur de 40 M€ de crédits d'État qui seront versés par le biais du FMESPP en 2010 ;
- la création d'une cinquième unité de quarante lits financée par des crédits FMESPP (hors plan de relance).

4.3. La partition des unités de soins de longue durée (USLD) est désormais achevée et précède l'engagement dans un processus de convergence tarifaire

La partition des USLD s'est achevée au 1^{er} janvier 2010. Cette réforme vise à assurer un niveau de qualité de prise en charge suffisant dans les unités redéfinies et à recentrer leurs activités sur des patients requérant des soins médico-techniques lourds. À l'issue de cette réforme, une capacité de 32 000 lits a été maintenue dans le champ sanitaire.

Une tarification au groupe Iso-ressources moyen pondéré « Soins » (GMPS) s'est substituée aux anciennes dotations. Une enveloppe d'un montant de 150 M€ de mesures nouvelles, déployée sur les trois années de partition dans le cadre du plan de solidarité grand âge, permet l'amélioration de la qualité d'accueil et de prise en charge dans les unités sanitaires ainsi redéfinies.

À ce point d'avancement, il convient de rappeler les principales échéances financières à court terme :

- d'une part, la poursuite de la mise en place de la tarification au GMPS avec la réalisation en 2011 de nouvelles coupes transversales selon le référentiel Pathos ;
- d'autre part, l'application du principe de convergence tarifaire aux USLD, conformément aux règles fixées par l'arrêté du 17 mars 2009. Les modalités pratiques de l'atteinte de cet objectif vous sont indiquées en annexe VII.

5. La maîtrise de l'évolution des prescriptions doit être assurée et renforcée

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit plusieurs dispositions permettant de renforcer la maîtrise des prescriptions médicales.

5.1. Les prescriptions de transports sanitaires

Les dépenses de transport ont progressé en 2009 de +7,6 %, contre +4,4 % en 2008. Cette progression, partiellement due à l'évolution des prix, n'est pas compatible avec l'évolution de l'ONDAM et les objectifs de retour à l'équilibre fixés par le Gouvernement. Dans ce cadre, la LFSS pour 2010 a introduit des dispositions permettant de favoriser de nouvelles modalités de régulation et d'organisation partagée des transports sanitaires.

L'article 45 dispose en effet la fixation d'un taux annuel d'évolution des transports sanitaires prescrits par les établissements de santé, assorti de mécanismes de sanctions envers les établissements les moins vertueux et, à l'inverse, d'outils d'encouragements financiers pour les plus vertueux. Cet article permet également aux établissements de développer, sur un mode expérimental, de nouvelles modalités d'organisation des transports sanitaires. Une circulaire d'application de ces mesures vous sera adressée, une fois que le taux national annuel d'évolution aura été arrêté.

5.2. Les prescriptions de médicaments exécutés en ville

L'article 47 de la LFSS pour 2010 a introduit un dispositif de régulation des prescriptions hospitalières qui complète les dispositifs existants à ce jour sur la liste en sus T2A et sur les prescriptions de transports. Il s'agit de la fixation d'un taux national des dépenses de médicaments prescrits dans les établissements publics de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville. Le dispositif vise à responsabiliser les établissements publics de santé sur l'évolution de ces dépenses. Sont visés par cette mesure les médicaments prescrits à l'hôpital et délivrés en ville ou dans le cadre de la rétrocession.

5.3. Les prescriptions de médicaments inscrits sur la liste en sus

Le taux d'évolution de cette liste de médicaments en sus a été fixé à 8 % pour l'année 2010 (arrêté du 8 mars 2010). Il est de la responsabilité partagée des ARS et des établissements de santé de veiller au respect de cette mesure. Une circulaire est en cours de rédaction afin de faire un bilan de cet encadrement pour l'année 2009 pour lequel le taux avait été fixé à 10 % et fixer le cadre du suivi de cette évolution pour 2010.

6. Une gestion plus dynamique du FMESPP

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a modifié l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 (LFSS pour 2001), relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) en instaurant une procédure de déchéance des crédits non consommés :

- une déchéance annuelle : l'ARS est tenue d'engager les crédits dans un délai d'une année ;

- une déchéance quadriennale : la prescription du droit de tirage des établissements intervient postérieurement à la date de l'engagement avec l'ARS dans un délai de trois années complémentaires.

Cette procédure de déchéance s'applique également sur les crédits délégués antérieurement à la publication au *Journal officiel* de la LFSS pour 2010.

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

La présente circulaire délègue 71 % des mesures nouvelles en dotations qui sont allouées dans le cadre de la campagne 2010. Compte tenu de l'importance des financements affectés à l'activité, il convient de souligner que le ministère ne conserve, pour des délégations ultérieures, que 0,89 % de l'ONDAM hospitalier (hors FMESPP).

S'agissant des dotations de financement des missions d'intérêt général et des dotations annuelles de financement, je vous demande de les arrêter dès que possible à un niveau suffisant pour permettre aux établissements d'assurer leur activité prévisible dans les meilleures conditions.

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

Compte tenu des enjeux liés notamment à la mise en place des ARS, le suivi de la campagne 2010 fera l'objet d'une attention particulière. Je vous demande de veiller rigoureusement à l'exhaustivité et à la qualité des informations saisies dans l'outil Arbust de suivi de campagne, outil mis à votre disposition par l'ATIH. La transparence sur vos délégations et sur l'utilisation des moyens alloués est la contrepartie de l'octroi de marges de manœuvre régionales et d'une organisation déconcentrée au service de nos concitoyens.

La ministre de la santé et des sports,
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

ANNEXE I.1

CAMPAGNE 2010 MIGAC

(Les montants sont en milliers d'euros.)

RÉGIONS	BASE 2010	REÉQUILIBRAGE MIG à caractère régional (R)	REDEPLOIEMENT interrégional AC (R)	TRANSFERTS inter-régionaux (R)	BASE 2010 après transferts	EFFORT d'économies (R)	MESURES de reconduction (mesures salariales et effet prix) (MIG) (R)	REFORME MERRI redéploiement inter-régional (R)	REFORME MERRI (NIR)	RECRUTEMENT apprentis préparateurs en pharmacie (AC) (NR)	CRÉATION postes assistants spécialisés parafédérés (AC) (NR)	RECRUTEMENT assistants spécialistes (transformation emplois CCU-AH en CCU-MIG) (AC) (R)	AUGMENTATION quotas internes (AC) (NR)	INTEGRATION pharmaciens dans corps HU (MIG) (R)	PLAN cancer hôpitaux de génétique moléculaire (MIG) (R)	PLAN cancer radiothérapie qualitatifs (MIG) (R)
Alsace	179 163,57	1 185,00	0,00	0,00	180 228,57	-980,38	1 640,15	-1 430,86		26,34			2 137,85	52,27	133,00	40,00
Aquitaine	261 204,71	1 713,00	0,00	0,00	262 917,71	-1 509,91	2 526,04	-857,71		10,53			4 160,70	41,71	290,00	80,00
Auvergne	134 650,80	-671,00	0,00	-82,90	133 959,90	-768,11	1 285,03	3 949,42		10,53	595,00		1 757,15		107,50	40,00
Bourgogne	137 273,50	-878,00	0,00	0,00	136 955,50	-695,33	1 163,27	1 754,84		26,34	382,50	14,30	3 012,30	47,73	114,00	40,00
Bretagne	249 023,12	1 997,00	0,00	0,00	251 020,12	-1 339,95	2 240,20	-192,31		26,34	340,00		3 772,75	46,99	224,00	80,00
Centre	205 341,62	0,00	0,00	0,00	205 341,62	-1 005,15	1 681,59	-2 340,91		36,87	637,50	14,30	1 861,10		104,00	60,00
Champagne-Ardenne	139 887,80	-794,00	0,00	0,00	138 700,80	-671,37	1 123,19	-374,09		26,34	595,00		2 787,25		63,50	40,00
Corse	27 433,14	0,00	0,00	0,00	26 412,14	-119,32	199,62	0,00		5,27						10,00
Franche-Comté	101 567,66	0,00	0,00	0,00	101 567,66	-502,06	839,93	351,22		15,80	637,50		1 886,70	46,99	83,00	20,00
Ile-de-France	1 637 158,42	-8 459,00	-19 200,00	39,57	1 609 538,99	-9 513,57	15 915,97	27 033,99	100,00	179,08	0,00	28,60	5 286,65	188,25	1 080,50	220,00
Languedoc-Roussillon	209 214,36	2 014,00	0,00	0,00	211 228,36	-1 262,68	2 112,43	384,28		47,40			1 777,40	62,57	173,00	60,00
Limousin	87 627,95	-632,00	0,00	0,00	86 995,95	-450,72	754,05	360,26		5,27	340,00		356,05	26,14	53,00	20,00
Lorraine	225 966,64	0,00	-735,00	0,00	225 231,64	-1 182,09	1 977,61	-5 112,55		105,34			3 103,45	46,99	137,50	50,00
Midi-Pyrénées	287 215,70	-1 750,00	0,00	0,00	285 465,70	-1 547,24	2 888,49	-1 676,77		36,87		14,30	2 000,40	52,27	202,00	50,00
Nord-Pas-de-Calais	334 802,53	0,00	0,00	0,00	334 802,53	-2 016,37	3 373,33	2 931,64	400,00	110,61	1 572,50	14,30	5 588,40	46,99	367,50	100,00
Basse-Normandie	139 503,52	-1 747,00	0,00	0,00	137 756,52	-792,67	1 326,12	-1 753,88		21,07	510,00		1 907,35		91,00	40,00
Haute-Normandie	162 037,43	984,00	-1 444,00	0,00	161 577,43	-809,70	1 354,61	954,09		26,34	722,50		2 805,70	20,86	135,00	40,00
Pays de la Loire	233 974,70	4 067,00	0,00	0,00	238 041,70	-1 353,23	2 263,92	7 713,21		36,87	425,00	14,30	2 708,55	78,41	238,50	70,00
Picardie	161 258,40	-1 175,00	-2 592,00	0,00	157 491,40	-798,56	1 335,98	45,44		47,40	892,50	14,30	3 523,85	78,69	50,00	50,00
Poitou-Charentes	131 479,85	0,00	0,00	0,00	131 479,85	-695,77	1 164,00	1 049,04		10,53	297,50	14,30	1 474,25	20,86	153,00	40,00
Provence-Alpes-Côte d'Azur	469 526,20	2 787,00	0,00	43,33	472 356,53	-2 834,84	4 742,62	-2 862,56		68,47		14,30	1 723,70	67,85	364,00	100,00
Rhône-Alpes	608 756,27	0,00	-2 615,00	0,00	606 141,27	-3 202,83	5 352,26	-4 578,58		121,14			5 316,20	114,84	386,00	120,00
France métropolitaine	6 124 067,90	-1 379,00	-28 000,00	0,00	6 094 688,90	-34 050,96	56 966,42	25 357,42	500,00	1 000,73	7 947,50	143,00	58 917,75	1 040,41	4 500,00	1 370,00
Guadeloupe	59 765,37	556,00	0,00	0,00	60 321,37	-235,19	393,47	-3 198,29		24,80	85,00		1 245,25			10,00
Guyane	49 182,65	0,00	0,00	0,00	49 182,65	-134,20	224,51	0,00								
Martinique	57 757,15	0,00	0,00	0,00	57 757,15	-315,91	528,52	-4 721,85		16,53	85,00					10,00
Réunion	90 199,37	823,00	0,00	0,00	91 022,37	-427,94	715,94	-4 105,00		8,27	170,00	0,00	1 245,25	0,00	0,00	30,00
DOM	256 904,55	1 379,00	0,00	0,00	258 283,55	-1 113,25	1 862,44	-12 024,95		49,60						
Total dotations régionales	6 380 972,45	0,00	-28 000,00	0,00	6 352 972,45	-35 164,20	58 828,85	13 332,47	500,00	1 050,33	8 117,50	143,00	60 163,00	1 040,41	4 500,00	1 400,00

ANNEXE I.1 (suite)

CAMPAGNE 2010 MIGAC

(Les montants sont en milliers d'euros.)

RÉGIONS	PLAN cancer onco-génétique (MIG) (R)	PLAN cancer oncologie pédiatrique (MIG) (R)	PROGRAMME développement soins palliatifs équipes mobiles Ets ex-DG et ex-CCN (MIG) (R)	COMPLÈMENT plan urgences PARM (MIG) (R)	MESURES déjeunés (MIG) (R)	PLAN Alzheimer création emplois CCA (MIG) (R)	PLAN Alzheimer CM et CMRR (MIG) (R)	PLAN national maladies rares (MIG) (R)	PLAN accidents vasculaires cérébraux (AC) (R)	DÉVELOPPEMENT de l'éducation thérapeutique Ets ex-DG et ex-CCN (MIG) (R)	MESURES santé publique qualité soins (MIG) (R)	PLAN addictologie (MIG) (R)	PROGRAMME maisons des adolescents (MIG) (R)	CRÉATION MIG centre de diagnostic préimplantatoire (MIG) (R)	RECHERCHE clinique et soutien aux innovations coûteuses (MIG) (NR)	CENTRE d'épidémiologie clinique et de médecine fondée sur les preuves (MIG) (R)	ATU (MIG) (NR)
Alsace	110,00		375,00	285,22	136,80	24,56					20,00	195,88	156,00	871,25	785,00		463,20
Aquitaine	155,00	230,00	275,00	336,15	91,20	59,92			240,00		50,00	325,45	156,00	1876,00	1876,00		1882,50
Auvergne	89,50		275,00	127,57	91,20	26,62			258,00		50,00	133,10	156,00		846,00		0,00
Bourgogne	50,00		0,00	178,48	136,80	31,99				180,00		164,71		1305,00			0,00
Bretagne	75,00		925,00	297,62	525,60	54,90			258,00		220,00	243,64		2335,00			0,00
Centre	47,50		375,00	303,68	45,60	45,64			172,00			274,15	156,00	1040,00	1040,00		2034,00
Champagne-Ardenne	109,00		0,00	197,09	182,40	21,54			86,00			74,05	156,00	493,00	493,00		0,00
Corse			0,00	26,89	0,00	5,46					40,00	40,85	156,00	0,00	0,00		0,00
Franche-Comté			100,00	214,16	0,00	18,17				120,00		125,19	156,00	892,00	892,00		0,00
Île-de-France	548,00	0,00	775,00	797,38	1094,40	133,31	500,00		150,00	370,00	105,00	1197,85	0,00	871,25	27433,00	350,00	0,00
Languedoc-Roussillon	137,00		275,00	404,53	1165,20	47,36						271,01	0,00	1111,25	1803,00		876,00
Limousin	20,00		275,00	113,04	273,60	17,33			86,00	80,00		80,21	156,00	713,00	713,00		278,70
Lorraine	101,00	250,00	0,00	177,66	188,00	35,43			86,00		50,00	234,76	241,68	2762,00	2762,00		593,00
Midi-Pyrénées	92,00		0,00	228,17	0,00	52,80			86,00		50,00	288,90		2561,00	2561,00		293,00
Nord-Pas-de-Calais	279,50	250,00	375,00	183,95	798,00	54,79			172,00		85,00	410,64	312,00	2047,00	2047,00		3293,00
Basse-Normandie	176,00		0,00	193,56	0,00	26,28				120,00	70,00	134,80		838,00	838,00		636,80
Haute-Normandie	148,00		650,00	258,98	600,00	26,70						192,09		1359,00	1359,00		780,32
Pays de la Loire	264,50	300,00	375,00	209,20	480,00	56,85				180,00		363,28	156,00	2956,00	2956,00		996,00
Picardie			375,00	204,35	0,00	26,71			86,00			197,32	156,00	525,00	525,00		295,90
Poitou-Charentes			0,00	241,22	429,60	34,90			86,00	120,00		192,04		608,00	608,00		473,85
Provence-Alpes-Côte d'Azur	409,00	202,00	275,00	447,65	136,80	88,87			172,00	180,00		508,04	156,00	3894,00	3894,00		3780,00
Rhône-Alpes	189,00	250,00	650,00	583,33	72,00	89,87			210,00		170,00	602,56	150,63	5556,00	5556,00		4844,00
France métropolitaine	3 000,00	1 482,00	6 350,00	6 009,88	6 356,00	980,00	500,00		2 148,00	1 350,00	910,00	6 250,52	2 108,31	2 853,75	62 627,00	350,00	21 527,27
Guadeloupe			275,00	62,37	0,00	5,00	392,88		86,00		130,00	61,17	156,00	306,00	306,00		0,00
Guyane			275,00	38,81	0,00	5,00	151,61			100,00	70,00	35,65		0,00	0,00		0,00
Martinique			275,00	159,69	0,00	5,00	159,69		86,00		70,00	56,19	156,00	349,00	349,00		0,00
Réunion			0,00	229,24	0,00	5,00	159,69		86,00		70,00	95,47	156,00	122,00	122,00		0,00
DOM	0,00	0,00	825,00	490,11	0,00	20,00	704,18		172,00	200,00	340,00	248,48	312,00	0,00	777,00	0,00	0,00
Total dotations régionales	3 000,00	1 482,00	7 175,00	6 499,99	6 356,00	1 000,00	1 204,18		2 320,00	1 550,00	1 250,00	6 499,00	2 420,31	2 853,75	63 404,00	350,00	21 527,27

ANNEXE I.1 (suite)

CAMPAGNE 2010 MIGAC

(Les montants sont en milliers d'euros.)

RÉGIONS	MERRI recours exceptionnel (MIG) (NR)	PLATES-FORMES d'information santé (AC) (R)	SOUTIEN aux actions de coopération internationale (MIG) (NR)	PRÉCARITÉ Ets ex-DG (MIG) (NR)	PRÉCARITÉ Ets ex-OON (MIG) (NR)	PDSH (MIG) (NR)	PLAN Hospital 2012 (AC) (R)	SOUTIEN Ets privés ex-DG (AC) (NR)	COMPENSATION étude sur la charge en soins (AC) (NR)	ACCOMPAGNE- MENT Établissements ex-OON (AC) (NR)	MESURES ponctuelles (R)	MESURES ponctuelles (NR)	SITOTAL mesures nouvelles	DOTATIONS régionales au 31 mars 2010
Alsace	1 183,05	200,00		855,90	38,80	27 932,70	1 236,25	310,80			20,00		36 820,77	217 149,34
Aquitaine	1 415,89	200,00	55,00	3 885,26	94,08	36 192,32	327,47	254,28	8,14	233,59	3 074,00		55 911,42	318 829,13
Auvergne	353,12	200,00		957,47		16 099,05	331,57	51,83	3,30		8,00		27 033,86	160 930,76
Bourgogne	363,34	200,00		714,47		21 249,59	266,52	238,62		233,59		3 267,61	34 440,64	170 836,15
Bretagne	822,47	200,00				39 383,81	335,30	278,02			20,00		51 173,28	302 193,40
Centre	701,22	200,00		2 760,35		26 869,57	66,94	3,10		700,76		750,00	37 594,80	242 936,43
Champagne-Ardenne	215,01	200,00		3 880,18		16 408,78	638,08	42,20					26 137,13	164 837,93
Corse		200,00		356,82		2 752,14	54,91			2 009,17	-100,00	2 750,00	8 987,80	35 399,95
France-Comté	449,82	200,00		1 185,92		14 680,30	170,00		1,18			4 962,00	26 663,52	128 231,18
Ile-de-France	15 291,19	200,00	320,00	33 954,42	2 210,48	145 454,04	4 713,10	1 912,26	6,16	0,00	-480,52	141,41	278 539,49	1 888 078,48
Languedoc-Roussillon	1 047,50	200,00		6 943,22	737,59	25 238,67	157,11	131,37			40,00		44 078,36	295 306,71
Limousin	288,15	200,00		1 228,29		10 984,07	192,09	45,33					16 474,85	103 470,80
Lorraine	694,76	200,00		2 097,54		32 667,22	309,09	569,28					40 383,67	265 615,31
Midi-Pyrénées	1 112,35	200,00	25,00	5 591,64	286,86	28 324,48	0,00	180,40	10,34		1 300,00		42 439,41	327 905,11
Nord-Pas-de-Calais	1 381,46	200,00		17 995,20	320,67	49 357,48	2 423,49	447,81		1 386,07	28,90		94 419,00	429 221,53
Basse-Normandie	368,86	200,00	30,00	2 662,95		20 119,27	477,12	205,38				2,41	27 625,62	165 382,14
Haute-Normandie	267,72	200,00	50,00	4 325,79		18 939,58	339,30	195,75	0,88				33 653,62	195 231,05
Pays de la Loire	1 624,94	200,00	2,50	4 430,11		36 440,92	1 357,69	207,50	3,50				62 835,67	300 877,37
Picardie	524,43	200,00	30,00	4 997,92		22 210,78	661,26	90,25	0,82		-31,88	5,31	35 744,76	193 236,16
Poitou-Charentes	176,01	200,00		2 272,18	57,67	20 249,87	121,39	4,62				116,00	29 411,06	160 890,92
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 896,69	200,00	100,00	13 894,09	838,27	57 851,65	484,58	773,25	1,95		-24,87		88 658,51	561 015,04
Rhône-Alpes	3 610,07	200,00	107,50	5 470,66	59,80	70 047,43	154,82	525,33			106,40		97 787,93	703 929,20
France métropolitaine	34 767,73	4 400,00	720,00	120 460,37	4 644,22	740 163,71	14 820,07	6 467,38	36,37	5 165,18	3 960,03	12 498,24	1 196 815,20	7 291 504,10
Guadeloupe		300,00	80,00	3 729,54	625,47	4 250,43	123,40						8 908,30	69 229,68
Guyane	16,03	300,00	80,00	3 418,67	215,33	2 287,40	233,83						7 186,03	56 346,68
Martinique	83,60	300,00	80,00	5 597,98	359,11	6 124,58	1 156,75						10 370,99	68 126,14
Réunion	132,65	300,00	80,00	9 792,32	1 155,87	9 061,28	150,52	32,62					17 929,92	108 952,29
DOM	232,28	1 200,00	320,00	22 538,51	2 355,78	21 723,69	1 664,50	32,62	0,00	0,00	0,00	0,00	44 375,24	302 658,78
Total dotations régionales	35 000,00	5 600,00	1 040,00	142 998,88	7 000,00	761 887,40	16 484,57	6 500,00	36,37	5 165,18	3 960,03	12 498,24	1 241 190,43	7 594 162,88

ANNEXE I.2

CAMPAGNE 2010 DAF

(Les montants sont en milliers d'euros.)

RÉGIONS	BASE 2010	TRANSFERTS inter-régionaux (R)	BASE 2010 après transferts	AUGMENTATION forfait journalier hospitalier (R)	EFFORT d'économies (R)	MESURES de reconduction (mesures salariales et effet prix) (R)	RECRUTEMENT apprentis préparateurs en pharmacie (NR)	ACCOMPAGNEMENT développement d'activité (R)	PLAN autisme (R)	PLAN Alzheimer SSR (R)	PLAN solidarité grand âge SSR (R)	DÉVELOPPEMENT soins palliatifs en SSR (R)	PLAN addictologie (R)
Alsace	418 627,01	0,00	418 627,01	-1 765,93	-391,22	4 359,58		3 034,56	161,82		271,78	60,00	99,40
Aquitaine	663 387,20	0,00	663 387,20	-2 798,42	-6 199,95	6 908,51	5,27	4 808,80	115,72	200,00	673,80	60,00	165,15
Auvergne	342 383,10	0,00	342 383,10	-1 444,30	-319,96	3 565,57		2 481,88	76,19	200,00	301,18	65,00	67,54
Bourgogne	314 141,60	0,00	314 141,60	-1 325,17	-293,57	3 271,47	5,27	2 277,17	82,68	200,00	359,68	60,00	83,58
Bretagne	804 304,72	0,00	804 304,72	-3 392,86	-751,64	8 376,02	5,27	5 830,29	115,16	200,00	618,55	60,00	123,64
Centre	449 967,45	0,00	449 967,45	-1 898,13	-420,50	4 685,96	5,27	3 261,75	177,42	200,00	513,74	60,00	139,12
Champagne-Ardenne	246 652,45	0,00	246 652,45	-1 040,47	-230,50	2 568,64		1 787,95	76,21	200,00	241,79	60,00	37,58
Corse	61 342,16	0,00	61 342,16	-258,76	-57,33	638,82		444,66	46,59		59,59	39,00	20,73
Franche-Comté	273 107,68	0,00	273 107,68	-1 152,07	-255,23	2 844,14		1 979,12	72,08		205,08	60,00	63,53
Île-de-France	2 715 490,39	260,00	2 715 750,39	-11 454,98	-2 537,69	28 279,08	0,00	19 684,19	736,17	600,00	1 534,29	137,00	537,06
Langues-Roussillon	488 583,16	0,00	488 583,16	-2 061,03	-456,59	5 088,10		3 541,67	102,74	200,00	533,46	60,00	137,53
Limousin	209 504,09	0,00	209 504,09	-883,77	-195,79	2 181,77	5,27	1 518,66	62,79		196,41	26,00	40,70
Lorraine	584 446,05	0,00	584 446,05	-2 465,42	-546,18	6 086,41		4 236,56	96,34	200,00	397,25	52,00	119,13
Midi-Pyrénées	601 071,06	0,00	601 071,06	-2 535,55	-561,71	6 259,55		4 357,07	108,12	200,00	595,71	60,00	146,61
Nord-Pas-de-Calais	872 350,07	0,00	872 350,07	-3 679,91	-815,23	9 084,64		6 323,54	179,62	400,00	616,74	60,00	209,38
Basse-Normandie	333 215,36	0,00	333 215,36	-1 405,63	-311,40	3 470,10		2 415,43	78,87	200,00	292,69	60,00	66,41
Haute-Normandie	354 981,57	0,00	354 981,57	-1 497,45	-331,74	3 686,77		2 573,21	86,72	200,00	298,70	60,00	97,48
Pays de la Loire	741 041,60	0,00	741 041,60	-3 126,00	-692,52	7 717,20		5 371,70	123,04	200,00	466,85	52,00	184,35
Picardie	465 036,47	0,00	465 036,47	-1 961,70	-434,59	4 842,88		3 370,98	88,56	200,00	347,35	60,00	100,13
Poitou-Charentes	364 868,44	0,00	364 868,44	-1 539,15	-340,98	3 799,74		2 644,88	84,79	200,00	696,49	60,00	97,46
Provence-Alpes-Côte d'Azur	890 066,73	-260,00	889 806,73	-3 754,64	-831,79	9 269,14	10,53	6 451,96	205,12	600,00	818,94	111,00	241,81
Rhône-Alpes	1 335 722,05	0,00	1 335 722,05	-5 634,59	-1 248,26	13 910,19		9 682,45	240,15	400,00	1 004,86	137,00	295,78
France métropolitaine	13 530 290,43	0,00	13 530 290,43	-57 075,94	-12 644,36	140 904,27	36,87	98 079,06	3 119,90	4 800,00	11 044,93	1 459,00	3 075,10
Guadeloupe	99 760,47	0,00	99 760,47	-420,83	-93,23	1 038,90		723,15	23,30		39,56	38,00	31,04
Guyane	20 896,67	0,00	20 896,67	-88,15	-19,53	217,62		151,48	23,30		10,00	26,00	18,09
Martinique	113 974,53	0,00	113 974,53	-480,79	-106,51	1 186,93		826,18	23,30		42,99	38,00	28,52
Reunion	115 401,79	0,00	115 401,79	-486,81	-107,85	1 201,79		836,53	63,92		42,52	48,00	48,45
DOM	350 033,46	0,00	350 033,46	-1 476,58	-327,11	3 645,24	0,00	2 537,34	133,82	0,00	135,07	150,00	126,10
Total dotations régionales	13 880 323,88	0,00	13 880 323,88	-58 552,52	-12 971,47	144 549,52	36,87	100 616,41	3 252,72	4 800,00	11 180,00	1 609,00	3 201,20

ANNEXE I.2 (suite)

CAMPAGNE 2010 DAF

(Les montants sont en milliers d'euros.)

RÉGIONS	MESURES détenus (R)	CRÉATION centres experts troubles bipolaires (R)	PROGRAMME maisons des adolescents (R)	RECHERCHE clinique (NR)	ADAPTATION de l'offre SSR (R)	PLAN Hospital 2012 (R)	MESURES ponctuelles (R)	MESURES ponctuelles (NR)	S/TOTAL mesures nouvelles	DOTATIONS régionales au 31 mars 2010
Alsace			137,12	34,00	895,50	7,22		800,00	6 732,71	425 359,72
Aquitaine	439,00	300,00			893,67		25,08	- 10,45	12 122,66	675 509,86
Auvergne			156,00		755,91	25,81			5 789,45	348 172,55
Bourgogne			156,00		744,20	6,93			5 628,22	319 769,82
Bretagne	730,00				883,96	161,11	1 100,00		14 215,49	818 520,20
Centre	270,00				1 091,79	396,01			8 482,42	458 449,86
Champagne-Ardenne			214,60		944,26				4 860,04	251 512,49
Corse			156,00		386,06		120,27		1 578,62	62 920,79
Franche-Comté			36,00		705,68				4 558,93	277 666,61
Ile-de-France	807,50	900,00	150,00	0,00	3 474,13	222,49	3,08	- 18,69	43 053,64	2 758 804,03
Languedoc-Roussillon	660,00	300,00			822,78				8 928,66	497 511,82
Limousin				87,00	566,35				3 625,40	213 129,50
Lorraine	1 910,00	300,00	34,30		1 226,39		20,00		11 668,79	596 114,84
Midi-Pyrénées	1 910,00		156,00		987,74		1 819,20		13 502,73	614 573,80
Nord-Pas-de-Calais	1 050,00				1 510,27	30,62			14 968,67	887 316,75
Basse-Normandie	215,00		156,00		412,01		3 765,00		5 436,48	338 651,84
Haute-Normandie					890,43				10 054,13	365 035,70
Pays de la Loire	175,00		35,00		1 177,14	43,07		- 11,47	11 892,89	752 934,48
Picardie					724,88				7 338,50	472 374,97
Poitou-Charentes	240,50				1 059,92	122,16			7 125,81	371 994,25
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7 000,00	300,00	52,00		1 473,72	14,96			15 662,76	905 469,48
Rhône-Alpes	3 843,00	300,00	156,00		1 909,55				24 996,13	1 360 718,18
France métropolitaine	12 950,00	2 400,00	1 595,02	121,00	23 539,33	1 030,37	7 030,16	759,39	242 223,11	13 772 513,53
Guadeloupe					302,46				1 682,36	101 442,82
Guyane					251,53				590,33	21 487,00
Martinique					301,62	7,68			1 867,92	115 842,45
Réunion					605,07				2 251,63	117 653,42
DOM	0,00	0,00	0,00	0,00	1 460,67	7,68	0,00	0,00	6 392,24	356 425,69
Total dotations régionales	12 950,00	2 400,00	1 595,02	121,00	25 000,00	1 038,05	7 030,16	759,39	248 615,34	14 128 939,23

ANNEXE I.3

CAMPAGNE 2010 USLD

(Les montants sont en milliers d'euros.)

RÉGIONS	BASE 2010	RECRUTEMENT apprentis préparateurs en pharmacie (NR)	PLAN Altihome unités d'hébergement renforcées (R)	PSGA (R)	HORS PSGA (R)	MESURES ponctuelles (R)	MESURES ponctuelles (NR)	SITOTAL mesures nouvelles	DOTATIONS régionales au 31 mars 2010
Alsace	27 463,09		80,00	5 018,00	- 3,65			5 094,35	32 557,44
Aquitaine	44 404,00	5,27	120,00	869,48	-138,00			866,75	45 260,75
Auvergne	27 145,42		40,00	3 559,68	-46,61			3 553,07	30 698,49
Bourgogne	23 629,12		80,00	276,14	-27,65			328,49	23 957,61
Bretagne	47 840,57		120,00	2 173,85	180,86			2 474,71	50 315,28
Centre	33 028,64		120,00	6 448,32	-58,74			6 509,86	39 538,22
Champagne-Ardenne	20 919,97		80,00	162,77	-208,80			33,97	20 953,94
Corse	37 32,93		0,00	996,06	0,00	301,75		1 297,81	5 030,74
Franche-Comté	17 923,80	5,27	40,00	0,00	-8,73			36,54	17 960,34
Île-de-France	177 784,91		440,00	9 921,99	-85,81			10 276,18	188 061,09
Languedoc-Roussillon	36 200,04		80,00	8 016,54	-116,92			7 979,62	44 179,66
Limousin	28 293,20		40,00	0,00	-174,28			-134,28	28 158,92
Lorraine	35 567,83		40,00	1 936,46	-49,28			1 927,18	37 495,01
Midi-Pyrénées	50 976,38		200,00	2 531,62	-154,67			2 576,95	53 553,33
Nord-Pas-de-Calais	47 858,29		120,00	2 446,25	-117,48			2 448,77	50 307,06
Basse-Normandie	19 243,04		80,00	530,46	-32,95			577,91	19 820,95
Haute-Normandie	24 980,66		80,00	0,00	0,00			80,00	25 060,66
Pays de la Loire	50 345,20		120,00	1 582,19	-174,57			1 527,62	51 872,82
Picardie	37 701,70		80,00	989,59	-50,56			1 019,03	38 720,73
Poitou-Charentes	30 791,08		80,00	0,00	-137,53			-57,53	30 733,55
Provence-Alpes-Côte d'Azur	47 268,58		160,00	3 863,09	-53,86			3 969,23	51 237,81
Rhône-Alpes	91 931,01		240,00	345,11	-663,67			-78,56	91 852,45
France métropolitaine	925 029,44	10,53	2 440,00	51 667,60	-2 122,50	301,75	0,00	52 297,38	977 326,82
Guadeloupe	5 399,91			65,39	-25,76			39,63	5 435,54
Guyane	392,27			709,99	0,00			709,99	1 102,26
Martinique	4 467,30			262,88	-12,85			250,03	4 717,33
Réunion	3 190,19			0,00	-65,40			-65,40	3 124,79
DOM	13 449,67	0,00	0,00	1 038,26	-104,01	0,00	0,00	934,25	14 383,92
Total dotations régionales	938 479,11	10,53	2 440,00	52 705,86	-2 226,51	301,75	0,00	53 231,63	991 710,74

ANNEXE II

FINANCEMENT 2010 DES PLANS ET MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE

La mise en œuvre des plans et programmes de santé publique se poursuit en 2010 pour un montant total de 412 millions d'euros. Sont concernés le nouveau plan Cancer 2009-2013 ainsi que, pour leur tranche 2010, les plans engagés antérieurement, à savoir le plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer, le programme de développement des soins palliatifs, le plan de solidarité grand âge, le plan pour la prise en charge et la prévention des addictions, le plan Autisme, la prise en charge de la santé des personnes détenues, le développement de l'éducation thérapeutique.

Certaines mesures pérennisent des plans arrivés à échéance : financements complémentaires au plan Urgences, suites du programme national de lutte contre les infections nosocomiales, suites du programme national de lutte contre le VIH et les IST.

Enfin, les premières mesures du nouveau plan AVC sont déléguées et quelques mesures relevant du futur plan maladies rares bénéficient d'un préfinancement au titre de l'année 2010.

Ces programmes et plans de santé publique intéressent tous les établissements éligibles, qu'ils soient publics ou privés. Ils sont financés, selon les actions concernées, par les tarifs ou par les dotations. Les actions relevant de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) sont ainsi incluses et financées selon les cas dans la masse tarifaire, ou au sein de la dotation nationale des missions d'intérêt général, tandis que celles mises en œuvre en SSR, psychiatrie et USLD font l'objet de répartition au sein des dotations pour le secteur financé par dotation annuelle de financement et au sein de la construction tarifaire pour le secteur sous objectif quantifié national.

1. Le second plan Cancer

Le plan Cancer 2009-2013, annoncé par le Président de la République le 2 novembre 2009, s'inscrit dans la continuité du premier plan Cancer. Ce nouveau plan vise à consolider les mesures initiées dans le cadre du précédent plan et à impulser un nouvel élan à la lutte contre le cancer qui reste une priorité nationale de santé publique.

À cet effet, des financements spécifiques nouveaux viennent compléter les moyens déjà attribués depuis le premier plan.

L'enveloppe consacrée en 2010 aux mesures soins du plan Cancer, hors recherche clinique et translationnelle, représente 42,6 M€ dont 28,38 M€ sont délégués en ce début de campagne. Le solde soit 14,2 M€ sera délégué courant 2010 et concernera notamment les mesures du plan relatives à la cancérologie pédiatrique, à la prise en charge des adolescents, aux cancers rares, à l'oncogériatrie, et à la radiothérapie (y compris l'indemnisation des stagiaires radio-physiciens).

Cinq mesures du plan Cancer sont ciblées par cette première phase de la campagne 2010.

Accompagnement du dispositif d'autorisation et de l'augmentation d'activité en cancérologie (mesure 19.3 du plan Cancer)

Le plan Cancer 2009-2013 prévoit dans sa mesure 19.3 « d'accompagner la mise en place des critères d'agrément et des décrets d'autorisation du cancer ». D'ici 2011, les établissements de santé autorisés à traiter les malades atteints de cancer devront être en conformité avec l'ensemble des critères prévus par les décrets de mars 2007. L'année 2010 représente une étape cruciale pour beaucoup d'établissements dans la nouvelle structuration de la cancérologie hospitalière.

À cet effet, un montant de 18 M€ est inscrit dans l'ODMCO pour accompagner le dispositif d'autorisation et tenir compte de l'augmentation du nombre des cancers pris en charge.

Soutien à la radiothérapie : renforcement de postes de qualitiens (mesure 22.2 du plan Cancer)

Le plan Cancer, dans sa mesure 22.2, prévoit un renforcement des moyens humains dans les centres de radiothérapie. 1,4 M€ est d'ores et déjà délégués pour le recrutement de qualitiens. Ces postes doivent permettre aux centres de radiothérapie de disposer de plus de compétences dédiées dans le domaine de la qualité afin de mettre en place les obligations réglementaires (référentiel de l'Autorité sûreté nucléaire) et de pérenniser les démarches qualité déjà entreprises, en particulier à travers les formations INCa/MEAH.

Les besoins nationaux en qualitiens ont été estimés par les membres du comité national de suivi à 35 ETP pour l'ensemble des centres de radiothérapie. Ces postes sont par définition des postes partagés entre plusieurs centres de radiothérapie. Cette mutualisation de ressources permettra également d'harmoniser les procédures liées aux démarches qualité entre plusieurs centres d'une même région, y compris les centres privés. Trois critères ont guidé les clés de répartition régionale : le nombre de centres (pour 50 %), l'activité globale de radiothérapie de la région (pour 25 %) et enfin l'incidence des cancers (pour 25 %).

*Renforcement des plates-formes de génétique moléculaire
(mesure 21.2 du plan Cancer)*

Ce renforcement est en lien avec l'action 21.2 du plan Cancer et bénéficie d'un financement de 4,5 M€ pour soutenir l'activité des vingt-neuf plates-formes de génétique moléculaire qui effectuent en particulier deux tests moléculaires essentiels à la prise en charge des patients :

- la détection de la mutation de KRAS dans les tumeurs des patients atteints de cancer colorectal métastatique, permettant ainsi d'identifier 40 % de patients qui ne répondront pas aux traitements anti-EGFR ;
- la détection quantitative de BCR-ABL pour le suivi des patients atteints de leucémie myéloïde chronique, permettant de détecter une résistance précoce au traitement et de prescrire dans les meilleurs délais un traitement de seconde ligne.

Ces tests sont effectués au niveau des plates-formes pour tous les patients d'une région. Ces financements viennent en complément de ceux déjà alloués par la DHOS en 2006 et 2007 et par l'INCa en 2008. Les montants régionaux ont été calculés au prorata de l'activité réalisée pour ces tests en 2008 (rapport INCa : bilan national de l'activité des plates-formes hospitalières de génétique moléculaire des cancers en 2008, <http://www.e-cancer.fr/les-soins/plates-formes-hospitalieres-de-genetique-moleculaire>).

*Renforcement des consultations et des laboratoires d'oncogénétique
(mesure 23.3 du plan Cancer)*

3 M€ viennent renforcer les consultations et les laboratoires d'oncogénétique, déjà soutenus par l'INCa et la DHOS, pour financer la forte augmentation d'activité attendue (rapport Inca 2008) et permettre en particulier le recrutement de personnel supplémentaire.

Les moyens alloués aux consultations d'oncogénétique pour un total de 2 M€ sont répartis au prorata de l'activité des consultations en 2008 et en tenant compte des financements déjà reçus (80 % de l'enveloppe). De plus, afin de réduire les inégalités géographiques, sept régions bénéficient d'un appui spécifique pour améliorer leur offre de consultations (20 % de l'enveloppe).

Les laboratoires d'oncogénétique, quant à eux, bénéficient d'un soutien financier de 1 M€. 80 % de ce renforcement sont ciblés sur l'augmentation de l'activité en tests BRCA 1 et 2 afin de répondre aux besoins observés. Le renforcement des laboratoires sur les tests MMR sera réalisé dans un deuxième temps, une fois que le nombre de prescriptions aura suffisamment augmenté au sein des consultations. Ce financement est réparti au prorata de l'activité réalisée en 2008 et en tenant compte des budgets déjà reçus par les laboratoires.

Par ailleurs, 20 % de ce financement permettra de soutenir spécifiquement les laboratoires effectuant des analyses complémentaires à visée diagnostique.

Soutien de l'oncologie pédiatrique

Identification des organisations interrégionales

Les critères d'agrément pour le traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de dix-huit ans prévoient que tout établissement prenant en charge des patients de moins de dix-huit ans est membre d'une organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique, identifiée par l'Institut national du cancer.

Ces organisations ont deux missions principales :

- la mise en œuvre de la réunion de concertation pluridisciplinaire interrégionale pédiatrique, durant laquelle tous les dossiers de patients de moins de dix-huit ans de l'interrégion sont discutés ;
- la mise en œuvre de filières de prise en charge sur cinq thématiques :
 - tumeurs de l'appareil locomoteur ;
 - tumeurs cérébrales ;
 - greffes de cellules souches hématopoïétiques ;
 - mise en œuvre des essais précoces ;
 - radiothérapie.

L'INCa a lancé un appel à candidatures, organisé en trois sessions, la première en septembre 2009 et la seconde en janvier 2010. Six projets ont été retenus, pour identification, à l'issue de ces deux sessions pour un financement total de 1,482 M€. Une dernière session aura lieu en juin 2010.

Financement des banques de sang de cordons

Le financement de l'augmentation de l'activité des banques de sang de cordons est, par ailleurs, prévu dès cette année. Ces crédits seront alloués à l'Agence de la biomédecine, qui gèrera la montée en charge des banques et leur accompagnement.

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

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

*2.1.1. Le développement des « consultations mémoire »
et des « centres mémoire de ressources et de recherche »*

Au titre des crédits 2010 alloués aux structures de diagnostic hospitalières (consultations mémoire

et centres mémoire de ressources et de recherche), 1 M€ est délégué aux régions. Cette somme est répartie en fonction de critères populationnels (population de plus de soixante-quinze ans, estimation INSEE 2007) et vise à permettre aux établissements de déployer l'outil de recueil des données dans les consultations.

2.1.2. L'identification d'unités cognitivo-comportementales (UCC) en SSR

Pour la troisième année, l'identification d'unités cognitivo-comportementales en soins de suite et de réadaptation fait l'objet d'un financement spécifique pour un total de 4,8 M€ en DAF, correspondant au financement en année pleine de vingt-quatre nouvelles unités. Ces unités sont identifiées dans les structures SSR préexistantes et doivent bénéficier de la dotation prévue pour chacune en fonctionnement, soit 200 000 €. Comme indiqué dans la circulaire tarifaire du 3 mars 2008, ce financement a pour objet de couvrir les coûts de fonctionnement supplémentaires liés au recrutement de personnels spécifiques au SSR (1 psychomotricien-ergothérapeute, 1 assistante de gérontologie, 1 psychologue, 0,2 ETP de psychiatre pour une unité de 12 lits).

Les crédits liés à l'investissement (soit 200 000 € par nouvelle unité) vous seront délégués dans le cadre de la circulaire FMESPP.

Le financement d'unités cognitivo-comportementales au sein du secteur OQN, répondant aux conditions fixées dans l'appel d'offre, donnera lieu dans le cadre des opérations de fongibilité à une régularisation *ex post* (cf. courrier à destination des ARH en date du 28 mai 2009).

2.1.3. La création de postes de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux

La création de neuf emplois de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) est prévue au titre de l'année universitaire 2010-2011. À ce jour, la création de six postes a d'ores et déjà été arbitrée : un montant de 216 900 € est délégué dans la présente circulaire aux fins de financement de la part hospitalière de ces emplois. Les décisions relatives à l'affectation des trois emplois restants interviendront courant 2010.

2.1.4. L'identification d'unités d'hébergement renforcées (UHR)

Le plan Alzheimer 2008-2012 a prévu d'identifier au sein des USLD et des EHPAD des unités spécifiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer qui présentent des troubles du comportement dit productifs. Une instruction à venir précisera les modalités de la mise en œuvre de ces unités. En 2010, soixante et une unités seront réparties par les ARS en France métropolitaine par voie d'appel d'offres. Les crédits attribués à chaque UHR sont de 40 000 €, destinés notamment au recrutement de personnels de rééducation. Le montant total de cette mesure s'élève à 2,44 M€.

Il est également prévu d'allouer des crédits d'investissement d'un montant de 50 000 € par unité sur des crédits FMESPP.

Les moyens relatifs au programme hospitalier de recherche clinique dans son volet Alzheimer seront délégués dans la prochaine circulaire.

2.2. Le plan de solidarité grand âge

2.2.1. Les soins de suite gériatriques

L'objectif poursuivi par le plan de solidarité grand âge est d'offrir trois lits de SSR gériatrique pour 1 000 habitants de plus de soixante-quinze ans. Les dotations de l'ODAM en 2010 représentent un total de 11,18 M€ et se répartissent en 5,59 M€ pour le financement en année pleine des mesures engagées en 2009 et 5,59 M€ de mesures nouvelles réparties sur un critère populationnel (nombre de personnes de plus de soixante-quinze ans en 2007). Dans le cadre de cette mesure, les moyens affectés à l'OQN s'établissent à 2,86 M€ et ont été intégrés dans les provisions pour développement d'activité.

2.2.2. Le court séjour gériatrique

La mesure consiste à poursuivre le développement des services ou des lits de court séjour gériatrique. L'objectif poursuivi est de proposer un lit de court séjour gériatrique pour 1 000 habitants de plus de soixante-quinze ans. Un montant de 27,68 M€ est intégré à cet effet au sein de l'ODMCO 2010.

2.2.3. L'hôpital de jour gériatrique

Le plan solidarité grand âge a fixé comme objectif une demi-place d'hôpital de jour gériatrique pour 1 000 habitants de plus de soixante-quinze ans. Une enveloppe de 13,84 M€ est intégrée dans l'ODMCO pour couvrir l'augmentation prévisionnelle de l'activité d'hôpital de jour gériatrique.

2.2.4. La réforme du financement des USLD

En application du plan solidarité grand âge, une enveloppe de 52,7 M€ a été dégagée pour généraliser le financement au GMPS (GIR groupe moyen pondéré soin) à tous les établissements qui

entrent dans la partition. Ces mesures nouvelles sont destinées à mettre à niveau la dotation des établissements dont la valeur du point était inférieure à la valeur plafond 2009. Dès que la valeur du point 2010 sera fixée (cf. annexe VII), une régularisation interviendra en seconde délégation.

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

Dans le cadre du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012, les mesures suivantes sont financées :

- en vue de poursuivre la création d'unités de soins palliatifs (USP) et de lits identifiés de soins palliatifs (LISP) en MCO au sein des établissements de santé publics et privés, 20 M€ sont intégrés dans la masse tarifaire en 2010 ;
- afin de permettre « d'identifier des lits de soins palliatifs dans les services de soins de suite. » (objectif de 1 200 LISP de SSR entre 2008 et 2010), 2 M€ sont consacrés en 2010 à cette mesure (1,6 M€ pour les établissements anciennement financés par dotation globale et 0,4 M€ pour les établissements anciennement sous OQN). Les crédits alloués aux établissements ex-DG sont attribués, d'une part, sur une base populationnelle et, d'autre part, en tenant compte du nombre de lits existants identifiés soins palliatifs en SSR par région (enquête DHOS 2009). Les moyens affectés à l'OQN ont été intégrés dans les provisions pour développement d'activité ;
- afin de « rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes et diffuser la culture palliative dans les établissements médico-sociaux. » (objectif de soixante-quinze équipes mobiles de soins palliatifs créées au terme du programme), il est mobilisé en 2010, via la dotation MIGAC un total de 5,725 M€. La répartition régionale tient compte des besoins pour atteindre un taux correspondant à une EMSP pour 200 000 habitants, et devra essentiellement concerner cette année la création d'équipes ;
- 1,5 M€ sont mobilisés afin de conforter la recherche clinique en soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie. Le financement a pour objet de valoriser la thématique au sein des PHRC, en encourageant les projets spécifiques dans ce domaine. Ces crédits seront délégués ultérieurement en 2010 ;
- la présente circulaire délègue, pour les établissements de santé publics et privés, 1 M€ pour renforcer les EMSP existantes par une compétence pédiatrique, au sein des régions dont la population des moins de seize ans est la plus importante. Un appel d'offre à partir d'un cahier des charges en cours d'élaboration permettra d'affecter 3 M€ supplémentaires dans la deuxième circulaire budgétaire 2010.
- dans le cadre des recommandations du rapport Léonetti, 450 000 € sont affectés à la fondation Œuvre de la croix Saint Simon (région Île-de-France) pour la création de l'Observatoire de la fin de vie (cf. annexe V).

Enfin, trente-cinq postes d'assistants spécialistes seront financés en fin d'année, pour la rentrée universitaire 2010, afin de permettre à de jeunes professionnels de préparer un DESC médecine de la douleur-médecine palliative.

4. L'adaptation de l'offre de soins de suite et de réadaptation (SSR)

En complément des dotations allouées (20,84 M€) au titre des plans de solidarité grand âge, Alzheimer et soins palliatifs, le SSR bénéficie également de 50 M€ pour l'adaptation de l'offre. Cette enveloppe est répartie entre l'ODAM (25 M€) et l'OQN (25 M€).

- L'attribution des crédits consacrés à l'adaptation de l'offre SSR doit poursuivre trois objectifs :
- le soutien à la mise en place de la réforme réglementaire en SSR, d'une part en aidant à la mise en conformité aux conditions techniques de fonctionnement du SSR pour certains établissements nouvellement autorisés ; d'autre part en assurant une répartition équitable de l'offre publique et privée pour garantir l'accès de tous au SSR ;
 - l'amélioration de la prise en charge des personnes en état végétatif chronique ou en état paucirelationnel (EVC-EPR), prévue dans le cadre des unités de soins décrites dans la circulaire du 3 mai 2002. Les régions dans lesquelles le manque d'unités entraîne des difficultés dans le parcours de soins de ces patients, doivent favoriser la création d'unités pour répondre au taux de couverture de 2,5 lits pour 100 000 habitants fixé par la circulaire précitée ;
 - la prise en charge en SSR des personnes ayant subi un AVC va constituer dès 2010 une priorité de santé publique nationale à laquelle il convient également d'apporter une attention particulière afin que toute personne concernée puisse avoir recours au type de SSR adapté à ses besoins.

Pour les établissements financés par dotation annuelle de financement, le montant de 25 M€ a été réparti pour une large part (18 M€) sur le critère populationnel et pour le solde (7 M€) sur la base de trois critères visant à soutenir les régions les moins dotées en SSR, et dont la politique de développement des OQOS ainsi que le nombre d'implantations sont modérés. Pour les établissements financés sous OQN, les crédits ont été intégrés dans les provisions d'activité.

5. Renforcer la régulation des SAMU : recrutement de PARM

Des crédits supplémentaires ont été réservés en 2010 afin de permettre le recrutement de permanenciers d'accueil et de régulation médicale (PARM). L'enveloppe MIGAC de 6,5 M€ correspond à

l'extension en année pleine de la mesure financée en 2009 (3 M€) ainsi qu'à une nouvelle tranche de financement pour 2010, permettant le recrutement de 170 PARM, en mi-année (3,5 M€). La répartition régionale des crédits est effectuée en fonction du nombre d'affaires régulées et en tenant compte des effectifs existants, tels qu'ils ressortent de l'enquête qui vous a été adressée le 12 mai 2009.

Vous veillerez à ce que la répartition des crédits entre les SAMU de la région tienne effectivement compte des crédits déjà attribués en 2007, 2008 et 2009, des effectifs de PARM et de l'activité. Vous veillerez également à encourager les mutualisations entre les différents SAMU, notamment la nuit, pour optimiser les ressources humaines et assurer des relais efficaces.

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

La mise en œuvre de ce plan bénéficie d'un financement de 39,72 M€ dont 30,02 M€ intégrés dans la masse tarifaire ODMCO, 6,5 M€ de dotation MIGAC et 3,2 M€ sur l'ODAM.

Votre attention est attirée sur le fait que, cette année, un montant de crédits représentant un tiers des dotations consacrées au financement des équipes de liaison et des consultations est destiné aux établissements autorisés en psychiatrie, qu'ils soient à activité exclusive de psychiatrie ou en activités multiples.

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

- la création ou le renforcement de consultations pour un montant de 10,16 M€, financés par les tarifs à hauteur de 5,08 M€, les MIGAC à hauteur de 3,4 M€ et la dotation annuelle de financement à hauteur de 1,68 M€ ;
- la création ou le renforcement des équipes de liaison et de soins en addictologie, pour un montant de 4,62 M€, dont 3,1 M€ au titre des MIGAC et 1,52 M€ au titre de la dotation annuelle de financement ;
- la création ou le renforcement des structures de niveau 2 (11,08 M€ sur l'ODMCO répartis entre les masses tarifaires des établissements ex-DG et ex-OQN) et de niveau 3 (4,62 M€) ;
- le financement des GHS soins complexes pour un montant de 9,24 M€, intégrés au sein de la masse tarifaire.

La répartition des dotations entre régions se fait à la fois sur une base populationnelle et en fonction de la couverture territoriale déjà existante et de celle à réaliser.

7. Les mesures relatives à la santé mentale

7.1. La mise en œuvre en 2010 du plan Autisme

Pour la deuxième année de mise en œuvre du plan Autisme, un financement total de 3,73 M€ de crédits ODAM permet d'organiser, dans le cadre de trois volets distincts, le renforcement des capacités diagnostiques et de soins en faveur des troubles envahissants du développement.

Les moyens des équipes hospitalières de psychiatrie intervenant en matière de diagnostic et de prise en charge de l'autisme sont tout d'abord renforcés à hauteur de 2,8 M€.

La délégation de la première tranche de ces crédits, en 2009, avait visé à donner une impulsion à la constitution d'une offre minimale dans chaque région et avait, de ce fait, retenu le principe d'un montant forfaitaire régional. La nécessité de répondre plus étroitement aux besoins de chaque région nous conduit à ajuster l'allocation 2010 à la population de chaque région.

L'allocation de ces moyens en région devra intégrer le double objectif de conforter les moyens d'intervention des équipes spécialisées dans le champ de l'autisme et de développer les réponses de proximité.

La poursuite de la mise en œuvre de l'expérimentation sur le « dispositif d'annonce du diagnostic d'autisme » conduit par ailleurs à allouer aux trois régions sélectionnées en 2009 le complément des crédits de fonctionnement prévus (soit 225 000 € de crédits ODAM). À l'issue d'une évaluation de ce dispositif à mi-année 2010, un complément de crédits sera alloué en fin d'année 2010.

Le plan Autisme prévoit, enfin, d'expérimenter la mise en place de nouveaux modèles d'accompagnement social et médico-social des personnes autistes, avec l'appui d'équipes hospitalières assurant en tant que de besoin le suivi médical des enfants accueillis dans ces structures. Pour accompagner le financement sur l'ONDAM médico-social alloué en fin d'année 2009 à six de ces structures en Île-de-France, les moyens hospitaliers de cette région sont renforcés de 230 000 € (crédits ODAM). L'agence régionale veillera à privilégier les équipes hospitalières qui sont susceptibles d'assurer un suivi de liaison avec ces structures médico-sociales.

7.2. Les centres experts pour les troubles bipolaires

Sélectionnés en 2007 à partir d'un appel d'offre national, les centres composant le réseau national thématique de recherche et de soins en santé mentale développent des centres de recherche et de soins consacrés aux thématiques de la schizophrénie, des troubles bipolaires et de l'autisme Asperger, dont les missions sont de :

- réaliser des évaluations diagnostiques et thérapeutiques pour chacune des trois pathologies choisies ;
- organiser des passerelles favorisant l'accès à des soins spécialisés ;

- assurer la formation des professionnels et la formation du grand public sur ces pathologies ;
- réaliser des travaux de recherche sur ces pathologies.

Les crédits de 2,4 M€ délégués (ODAM hors USLD) permettent de développer la partie soins des huit centres experts créés pour les troubles bipolaires, qui devront répondre au cahier des charges national et aux critères d'évaluation inclus.

8. Soins aux personnes détenues

8.1. Les unités de consultations et de soins ambulatoires

Les crédits délégués correspondent à la création d'UCSA dans les nouveaux établissements pénitentiaires. Compte tenu de la modélisation du financement des UCSA (volet soins somatiques) figurant dans le guide méthodologique d'aide à la contractualisation sur les MIGAC, l'attribution se fait sous deux formes :

- un montant de 4,99 M€ pour les soins somatiques alloués en crédits MIGAC ;
- un montant de 2,42 M€ pour les soins psychiatriques, en crédits DAF.

Il est rappelé que ces financements ne couvrent que la part des dépenses non couvertes par les tarifs de prestations. En conséquence, votre attention est attirée sur l'importance de la facturation de l'activité pour la part assurance maladie auprès des caisses de rattachement des personnes détenues et pour la part ticket modérateur auprès de l'administration pénitentiaire.

8.2. Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)

Conformément aux principes arrêtés par la circulaire DHOS/O2/F2/E4/2007 n° 284 du 16 juillet 2007, plusieurs projets d'UHSA en cours de déploiement font l'objet d'une tranche de financement complémentaire pour un montant de 2,9 M€ en crédits DAF.

Par ailleurs les dotations DAF sont majorées de 3,8 M€ en région Rhône-Alpes et de 1,91 M€ pour chacune des régions Lorraine et Midi-Pyrénées afin de prendre en compte les coûts de fonctionnement liés à l'ouverture à venir des trois UHSA situées dans ces régions.

8.3. Les chambres sécurisées

La circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGPN du 13 mars 2006 prévoit l'aménagement de chambres sécurisées dans certains établissements publics de santé assurant les hospitalisations d'urgence ou de moins de 48 heures des personnes détenues. Afin de compenser la mobilisation de ces capacités d'hospitalisation, il a été décidé d'allouer une dotation MIG de 45 600 € (montant correspondant à la modélisation de cette MIG) par chambre aux établissements dont l'aménagement des chambres a été réalisé et validé selon la procédure définie dans la circulaire visée ci-dessus.

9. Les mesures en faveur de la qualité des soins

9.1. Plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques 2007-2011 : le développement de l'éducation thérapeutique

Dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques 2007-2011, le développement de l'éducation thérapeutique du malade constitue une mesure prioritaire. Des financements à hauteur de 8,1 M€ ont été alloués depuis 2007 au titre de la mission d'intérêt général intitulée « Actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques, et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et au VIH ».

En complément des crédits alloués à ce titre, une dotation MIGAC de 1,55 M€ vous est déléguée. Ce financement permettra de donner une marge de manœuvre aux régions sélectionnées en 2009 pour financer de nouvelles actions d'éducation thérapeutique ou conforter celles déjà mises en œuvre. Un financement supplémentaire à hauteur de 1,35 M€ sera attribué ultérieurement.

9.2. Suites du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008

Renforcement des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) et des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN)

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

Depuis 2007 des mesures nouvelles ont été allouées au titre des ARLIN, pour mettre en place ou renforcer les ARLIN dans chaque région. Depuis 2008, des transferts de crédits ont été opérés entre ARH afin que les financements des ARLIN ne transitent plus par les CCLIN. Par ailleurs, en 2009 des mesures nouvelles ont également été affectées pour renforcer les CCLIN.

Pour 2010, une dotation en MIGAC à hauteur de 0,5 M€ est allouée pour poursuivre le renforcement des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales et à hauteur de 0,15 M€ pour les CCLIN. La répartition des mesures nouvelles 2010 tient compte de la modélisation élaborée dans le cadre du guide méthodologique de contractualisation sur les MIG.

9.3. Suites du programme national de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine et les infections sexuellement transmissibles 2005-2008 : poursuite de la mise en place des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH)

Les 28 comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) doivent remplir les missions qui leur sont dévolues dans le cadre du décret du 15 novembre 2005 précisé par la circulaire du 19 décembre 2005. Il s'agit en particulier de favoriser la coordination de l'ensemble des professionnels, de participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge, à leur évaluation, à l'harmonisation des pratiques et d'assurer le recueil exhaustif des données médico-épidémiologiques.

Dans le cadre de l'élaboration du guide méthodologique de contractualisation sur les MIGAC (actualisation juin 2008), une modélisation des financements a été élaborée en tenant compte des moyens en personnels prévus dans la circulaire ci-dessus et en les corrélant à l'importance des files actives suivies et à la zone géographique couverte par le COREVIH. Pour 2010, une dotation nouvelle en MIGAC à hauteur de 0,6 M€ est affectée en priorité aux régions pour lesquelles la modélisation a mis en évidence un fort besoin de renforcement en ETP de technicien d'études cliniques et une absence de mesures nouvelles au cours des années précédentes. L'instruction du 23 avril 2009 relative au financement des COREVIH précise les conditions d'affectation et d'utilisation des moyens financiers alloués à ces comités.

9.4. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

Les articles 1 et 5 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoient une démarche de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé. L'accompagnement de la mise en place de ce référentiel de management de la qualité dans les établissements nécessite un premier renforcement des équipes pharmaceutiques avec un accompagnement financier à hauteur de 11,60 M€ qui ont été intégrés au sein de l'ODMCO.

9.5. Les plates-formes d'information santé

L'objectif de ce dispositif est de faciliter l'accès de la population à un certain nombre d'informations relatives à l'urgence et à la permanence des soins destinées au public en créant dans chaque région d'une part, un portail www.infosantéREGION.sante.gouv.fr et d'autre part, une plate-forme de renseignements téléphoniques.

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

Des crédits MIGAC à hauteur de 5,6 M€ sont délégués dans la présente circulaire aux régions métropolitaines, ainsi qu'à la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et La Réunion afin de :

- compléter le financement de la mise en service des plates-formes d'information santé (site Internet et plate-forme téléphonique) ;
- soutenir le fonctionnement et la maintenance des sites Internet d'information ;
- soutenir le financement du dispositif organisationnel qui assure le renseignement téléphonique.

Les crédits délégués dans la présente circulaire complètent ceux déjà versés en début d'année 2009 à cinq régions précurseurs, puis à dix-sept autres régions métropolitaines en novembre 2009 et clôturent le programme de financement de ce dispositif.

Il convient que le directeur de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements de santé sièges de SAMU de sa région, celui qui hébergera la plate-forme d'information santé. L'attribution des crédits à l'établissement doit faire l'objet d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement (CPOM). Cet avenant doit mentionner, outre les informations relatives à l'établissement, la nature et l'objet de la subvention, le montant total des dépenses engagées et le montant de la subvention.

Un suivi de la montée en charge sera effectué en juin 2010 ainsi qu'en novembre 2010. Il portera sur l'avancement de la mise en œuvre du dispositif technique et organisationnel, le niveau d'usage par le public et la consommation des ressources affectées à cette opération.

10. Le plan national Maladies rares 2010-2014

Le plan national Maladies rares 2010-2014 est en cours d'élaboration. Certaines actions du plan ont cependant d'ores et déjà été validées et les montants y afférant sont donc alloués en début de campagne.

Il s'agit tout d'abord des mesures relatives à l'amélioration de la prise en charge des patients drépanocytaires, annoncées dans le cadre du plan Santé outre-mer, comme devant figurer dans le plan Maladies rares. Le plan visera plus largement à renforcer le soutien apporté aux centres de référence des DOM.

Les montants alloués au titre de l'amélioration de la prise en charge des patients drépanocytaires s'élèvent à 451 882 € de crédits MIG répartis entre la Martinique et la Guadeloupe afin d'assurer le financement de renforts en personnel médical, infirmier et en technicien d'études cliniques.

S'y ajoutent 252 301 € de crédits MIG alloués en soutien aux missions des autres centres de référence des DOM situés en Martinique et à La Réunion.

Par ailleurs, une enveloppe de 500 000 € de crédits MIG est allouée à l'AP-HP pour le développement d'une banque de données maladies rares qui devra permettre :

1. Le recueil simplifié et harmonisé des données produites par les filières maladies rares, à partir de leurs applicatives informatiques respectives ;

2. La production et le retour d'information vers les filières maladies rares à partir de ces données.

En lien avec l'Agence des systèmes d'information partagée (ASIP), sera élaborée une norme d'interopérabilité, opposable à l'ensemble des prestataires informatiques présents dans le champ des maladies rares afin de nourrir cette banque de données, sans que cela ne nécessite des redondances de saisies ou des changements de logiciels.

11. Le plan d'actions national Accidents vasculaires cérébraux 2010-2014

Le plan AVC a été annoncé le 21 avril 2010. Un financement à hauteur de 2,32 M€ au titre de l'aide à la contractualisation est mis à la disposition des régions dans lesquelles l'ouverture ou la reconnaissance de nouvelles unités neuro-vasculaires en 2010 est prévue ou souhaitée, afin d'accompagner le développement de filières AVC territoriales coordonnées.

Par ailleurs, les financements que vous attribuerez au titre de l'adaptation de l'offre SSR devront soutenir l'amélioration de la prise en charge dans un environnement adapté des patients victimes d'AVC, en fonction des besoins que vous aurez recensés. Il vous est demandé de flécher dans l'outil Arbust les crédits DAF répartis à ce titre afin de pouvoir en assurer un suivi au niveau national.

ANNEXE III

FINANCEMENT DES CHARGES DE PERSONNEL
ET DE L'EFFET-PRIX POUR LES ÉTABLISSEMENTS EX-DG

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

Les montants destinés à compenser l'effet-prix et les charges de rémunération supplémentaires (hors financements fléchés) ont été globalisés et répartis pour les établissements ex-DG entre la masse tarifaire de l'ODMCO, la dotation MIGAC et l'ODAM. Pour les dotations, les mesures de reconduction se traduisent par une hausse des financements de 1,01 % des montants DAF et des dotations MIGAC.

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

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

1.1. L'ensemble des mesures salariales générales

Les moyens financiers supplémentaires attribués aux établissements de santé incluent le financement de l'augmentation du point de la fonction publique (0,5 au 1^{er} juillet 2010), de la revalorisation annuelle des rémunérations des personnels médicaux, du « glissement vieillesse technicité » (GVT) et du chèque emploi service universel (CESU). Concernant le CESU, 2,04 M€ ont été intégrés dans la masse tarifaire et les dotations afin de tenir compte de la montée en charge de ce dispositif en 2010.

2. La mise en œuvre du protocole d'accord du 2 février 2010 pour le personnel non-médical

La reconnaissance universitaire des études en soins infirmiers au grade de licence selon le modèle de formation et de qualification européen LMD qui prendra effet en 2012, s'accompagne dès 2010 d'une reconnaissance statutaire en catégorie A des infirmiers de la fonction publique hospitalière (FPH), inscrite dans le protocole d'accord du 2 février 2010 relatif à l'intégration dans la fonction publique hospitalière des infirmiers et des professions paramédicales aux diplômes reconnus dans le LMD par les universités.

Conformément à l'engagement du Président de la République, les personnels infirmiers seront intégrés dans le nouveau corps de catégorie A selon un calendrier prioritaire, à leur demande sur la base d'un droit d'option. Cette intégration emporte une revalorisation importante en termes indiciaires, qui majorera également leurs droits à la retraite.

Le reclassement de l'ensemble des infirmiers actuellement en poste dans la FPH, et dans le secteur privé sous réserve de l'évolution des conventions collectives, doit entrer en application en décembre 2010.

Par ailleurs, le protocole prévoit la création d'une indemnité spécifique valorisant la fonction de tutorat exercée par les infirmiers, quelque soit leur statut d'emploi, au bénéfice des étudiants en soins infirmiers. Cette indemnité, dont le cadre réglementaire est en cours d'élaboration, doit entrer en vigueur dès la rentrée de septembre 2010.

À défaut d'opter pour le nouveau corps de catégorie A sédentaire, les infirmières en poste qui choisiraient de rester dans leur corps actuel de catégorie B relevant de la catégorie active, seront reclassées à partir de décembre 2010 dans la grille rénovée de catégorie B, relevant du nouvel espace indiciaire (NES).

Le coût global de ces différentes mesures salariales applicables dès 2010 s'élève à 22,11 M€.

3. Les mesures catégorielles relatives au personnel médical

3.1. L'augmentation de la prime de responsabilité des internes en médecine de 5^e année

Le décret n° 2009-699 du 16 juin 2009 attribue une prime de responsabilité aux internes en médecine de 4^e et 5^e année et aux internes en pharmacie de 4^e année.

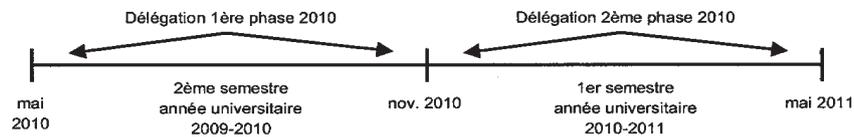
Cette prime est destinée à valoriser la part importante que prennent les internes en médecine et en pharmacie de 4^e et 5^e année dans l'activité hospitalière.

L'arrêté du 16 juin 2009 détermine le montant brut annuel de la prime de responsabilité, soit 2 000 € pour les internes de 4^e et 5^e année à compter du 1^{er} mai 2009. Les arrêtés des 16 juin 2009 et 26 octobre 2009 fixent cette prime à 4 000 € à partir du 1^{er} janvier 2010 pour les internes en médecine de 5^e année.

En complément des crédits de 2009 (7,79 M€), un montant de 6,25 M€ a été intégré dans la masse tarifaire pour compenser la hausse, à partir du 1^{er} janvier 2010, de la prime de responsabilité versée aux internes de 5^e année.

3.2. Le surcoût lié à l'augmentation du nombre d'internes

Le dispositif mis en place en 2006 pour accompagner l'accroissement du nombre d'internes de médecine résultant de l'augmentation du *numerus clausus* connaît une évolution notable cette année. Pour tenir compte des changements d'affectations entre le premier et le second semestre de l'année universitaire, les crédits MIGAC seront désormais délégués en deux phases : une première délégation concernera le second semestre de l'année universitaire en cours, une deuxième délégation, en fin d'année, concernera le premier semestre de l'année universitaire à venir, calibrée à partir des affectations ECN telles qu'elles seront connues à fin septembre.



Pour cette première délégation 2010, le modèle de financement reste identique à celui utilisé en 2009, à savoir une valorisation tenant compte des rémunérations correspondant à l'année d'ancienneté des internes, sur la base d'un cursus moyen de quatre années, les deux premières étant financées à 100 %, les deux dernières à 50 %.

En intégrant les charges patronales et, pour les internes de 4^e année, la prime de responsabilité, les montants unitaires s'établissent ainsi :

- 1^{re} année : 29 200 € ;
- 2^e année : 31 700 € ;
- 3^e année : 17 700 € ;
- 4^e année : 19 100 €.

La détermination du nombre d'internes concernés par le dispositif s'opère par différentiel avec l'année universitaire de référence 2005-2006, sur la base des affectations ECN 2006, 2007, 2008 et 2009 en postulant une stricte stabilité de l'effectif passant d'une année à l'année supérieure (rappel : le cursus est moyenné sur quatre ans).

C'est par ailleurs dans ce même cadre que doit être encouragée la mobilité des internes en dehors de leur subdivision d'affectation (prise en charge des internes « sac à dos »). Je vous rappelle à cet égard les termes de la lettre du 26 novembre 2009 relative à la mobilité inter-CHU des internes, qui fixait à un minimum de 13 % le montant des crédits d'aide à la contractualisation à déléguer pour permettre de financer des stages hors subdivision.

Pour mémoire, le nombre des stages à proposer ne peut être inférieur à celui du précédent semestre.

3.3. La création de postes d'assistants spécialistes partagés

Afin d'encourager l'installation de jeunes médecins dans des régions déficitaires et d'offrir des lieux d'exercice de qualité aux jeunes professionnels en post-internat, 200 postes d'assistants spécialistes partagés ont été attribués à quinze régions (circulaire du 26 janvier 2009).

191 recrutements ont été effectués au titre de l'année 2009-2010 (enquête DHOS/RH4, décembre 2009) et sont donc financés au coût moyen annuel chargé de 51 000 €. En complément des dotations allouées en 2009, la présente circulaire vous alloue le solde du financement pour ces postes (8,12 M€).

La plupart des recrutements ayant été effectués pour deux ans, cette attribution sera reconduite au titre de l'année 2010-2011.

Par ailleurs, l'effort sera poursuivi en 2010 : 200 postes supplémentaires seront en effet attribués au titre de l'année 2010-2011 selon des nouvelles modalités qui devraient à la fois privilégier le post internat dans les disciplines chirurgicales et la montée en charge de la filière universitaire de médecine générale. Une prochaine instruction présentera le nouveau dispositif et les financements correspondants feront l'objet d'une seconde délégation.

3.4. Le recrutement d'assistants spécialistes en compensation de la transformation d'emplois de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux en emplois de chefs de clinique des universités de médecine générale

Un certain nombre d'UFR de médecine ont redéployé des emplois de chef de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCUAH) en emplois de chefs de clinique des universités de médecine générale (CCUMG).

Les enseignants de médecine générale exerçant leur activité de soins en dehors des structures hospitalières, ces transformations d'emplois hospitalo-universitaires en emplois universitaires diminuent de fait la ressource hospitalière des CHU. Pour leur permettre de recruter un assistant spécialiste en compensation de cette diminution, comme en 2008, un financement leur est attribué, dont le montant correspond à la différence entre le coût d'un poste d'assistant spécialiste et celui de la valence hospitalière d'un CCUAH (environ 14 300 € bruts annuels chargés).

Au titre de l'année universitaire 2009-2010, quinze emplois de CCUMG ont été créés dont dix par redéploiement d'emplois de CCUAH (s'y ajoutent deux créations et trois redéploiements d'emplois universitaires financés par le ministère chargé de l'enseignement supérieur). Il vous est par conséquent délégué 143 000 € pour compenser ces dix emplois redéployés.

Les redéploiements au titre de l'année universitaire 2010-2011 ne sont pas encore connus.

3.5. *L'intégration des pharmaciens dans les corps hospitalo-universitaires (PU-PH et MCU-PH)*

Les corps de PU-PH et de MCU-PH des disciplines pharmaceutiques sont créés par le décret n° 2006-593 du 23 mai 2006 modifié par le décret n° 2008-308 du 2 avril 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants et hospitaliers dans les disciplines pharmaceutiques.

Pendant une période de quatre ans, les enseignants-chercheurs de pharmacie et les praticiens hospitaliers peuvent être intégrés dans ces nouveaux corps sur leur demande.

Les premières décisions d'intégration sont intervenues dans le courant du second semestre de l'année 2009.

L'incidence financière pour les établissements de santé porte sur la part hospitalière de la rémunération des personnels intégrés dans ces corps.

Il est à noter toutefois que l'intégration des personnels qui avaient au préalable la qualité de praticien hospitalier (PH titulaire à temps plein ou à temps partiel) n'entraîne aucun coût supplémentaire pour les établissements. Le surcoût résultant de ces décisions concerne uniquement les personnels qui, MCU ou PU titulaires, relevaient d'autres statuts que celui de PH pour leur activité hospitalière à savoir : attachés, praticiens contractuels, assistants.

La valence hospitalière antérieure ne couvrant pas la nouvelle valence hospitalière du fait de la titularisation, un financement complémentaire doit donc être alloué aux établissements concernés pour tenir compte du surcoût résultant des mesures d'intégration. Il a ainsi été décidé d'allouer une compensation correspondant au différentiel entre le coût moyen chargé d'un poste de MCU-PH ou de PU-PH et celui d'un poste de praticien attaché à mi-temps (ou d'un poste de praticien attaché à 10 % pour ceux qui n'effectuaient qu'une ou deux vacations par semaine).

Dans le cadre de cette première circulaire budgétaire, le financement porte sur vingt et une décisions d'intégration de MCU-PH et vingt décisions d'intégration de PU-PH pour un montant total de 1,04 M€. Les postes dont les décisions d'intégration n'ont pas encore été prises seront financés ultérieurement.

ANNEXE IV

ÉVOLUTION DU MODÈLE DE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DE MCO

1. La construction tarifaire

La construction des tarifs pour l'année 2010 a été guidée par une volonté de stabilisation de la méthode par rapport aux importantes évolutions de la campagne 2009. Quelques évolutions de la classification des GHM ont toutefois été nécessaires, répondant notamment aux attentes exprimées par les professionnels (ajustement des règles relatives aux bornes basses, révision de l'effet « âge », création de quelques nouveaux GHM de courte durée, etc.). La disponibilité des données de l'ENCC 2007 a également conduit à opérer des choix dans les coûts de référence (2006 actualisés 2007) en fonction de leur robustesse statistique.

1.1. L'évolution de la classification et de ses paramètres

1.1.1. Les ajustements de la classification

Il a notamment été retenu d'introduire dans la classification un certain nombre de nouveaux GHM ambulatoires (J) ou de très courte durée (T) afin de corriger la valorisation de certains séjours de niveau 1 pour lesquels il existait une forte concentration de séjours courts (0 ou 1 jour), dont des transferts de courte durée.

Par ailleurs, des travaux complémentaires ont été conduits pour ajuster les effets produits par l'âge des patients sur le classement dans les niveaux de sévérité des racines de GHM. Ces ajustements concernent 219 racines (1) sur les 611 et se traduisent par une diminution des effectifs sur les niveaux 1 et 4 et une augmentation sur les niveaux 2 et 3.

Enfin, et en réponse aux attentes des professionnels, un GHM de très courte durée concernant la prise en charge de la douleur chronique rebelle a été créé.

La classification des GHM passe ainsi, en 2010, en version V11b.

Pour consulter l'ensemble des détails afférents aux ajustements de la classification, il vous est possible de vous référer à la notice de l'ATIH « Nouveautés pour 2010 du PMSI en MCO, SSR, HAD et psychiatrie » (<http://www.atih.sante.fr/?id=000010000BFF>).

1.1.2. Les évolutions des règles relatives aux bornes basses

La mise en œuvre de la version 11 de la classification des GHM, avec la suppression de la CM24 et la création de niveaux de sévérité par racines, a conduit à concevoir, en 2009, un nouveau mécanisme de valorisation des séjours dont la durée est inférieure, lorsque elle existe, à la borne basse (forfaits EXB ou tarifs EXB).

L'analyse des effets de ce nouveau mécanisme a montré une proportion anormalement élevée de séjours classés en borne basse. Le mode de fixation de ces bornes basses a par conséquent été révisé, pour l'ensemble des séjours, en reprenant leur distribution statistique.

Parallèlement, le mode de financement des séjours de niveau 1 classés en bornes basses est modifié. Ces séjours sont financés par un socle tarifaire (correspondant au financement des séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie) auquel s'ajoute un tarif journalier pour chaque journée supplémentaire.

Cette nouvelle valorisation des séjours de courte durée, souhaitable au plan médico-économique, se traduit mécaniquement par une adaptation des tarifs des séjours concernés.

1.2. Les étapes de la construction

La construction des tarifs s'articule, comme en 2009, autour de trois étapes :

- calcul de tarifs bruts, issus directement de la combinaison classification/ENCC. Afin de garantir une certaine stabilité, dans le cadre de la campagne 2010, il a été décidé de prendre en compte à titre principal les données ENCC 2006, et d'utiliser les données ENCC 2006 actualisées 2007 que lorsqu'elles avaient un apport validé en terme de robustesse statistique ;
- calcul de tarifs repères, avec application de contraintes visant à préserver les politiques publiques ;
- calcul des tarifs de campagne, avec application de contraintes visant à limiter les effets revenus.

1.3. La détermination des contraintes

L'échelle de tarifs bruts fait l'objet de distorsions pour construire les tarifs repères dans l'optique de préserver les objectifs de santé publique ou des politiques tarifaires incitatives.

(1) Racine : ensemble des GHM de même intitulé de tous les niveaux de sévérité.

Les contraintes repères retenues en 2009 ont porté sur les activités suivantes :

- cancer ;
- soins palliatifs ;
- activités lourdes ;
- chirurgie ambulatoire ;
- périnatalogie.

Ces contraintes repères 2009 ont été maintenues pour la campagne 2010. Une contrainte nouvelle, portant sur les AVC, a été ajoutée dans le cadre du plan dédié.

Les contraintes dites « de campagne » appliquées par activités en 2009 (CMD ou regroupement de sous-CMD) sont destinées à limiter les effets revenus liés à la mise en œuvre de l'ENCC/V11. Ces contraintes ont été maintenues pour chacun des secteurs de sorte à limiter l'effet revenu par CMD ou sous CMD à une variation maximale de -2 %. Les activités soumises à contraintes (notamment cancer, soins palliatifs, activités lourdes) voient leurs tarifs fixés au niveau du tarif dit repère.

1.4. La convergence ciblée

Après obtention des tarifs de campagne 2010, la dernière étape de construction consiste à prendre en compte la convergence ciblée, pour un montant d'économies assurance maladie intégré dans l'ONDAM 2010 à hauteur de 150 M€.

Il a été décidé de retenir une convergence graduée correspondant à une convergence totale pour vingt et un GHM et à un rapprochement tarifaire pour quatorze autres. Ces GHM, correspondants à des activités standardisées et pratiquées fréquemment, ont été sélectionnés sur la base d'une analyse médicale, en retenant uniquement des GHM pour lesquelles la nature des prises en charge et les pratiques sont similaires entre les deux secteurs.

Ce scénario permet d'une part, de garantir la lisibilité de la mesure par l'application pour ces vingt et un GHM d'un tarif identique aux deux secteurs, tout en limitant, par application d'un rapprochement tarifaire soutenable, les effets revenus sur certaines catégories d'établissements ayant une activité très concentrée sur les GHM concernés.

Détail de la liste des trente-cinq GHM soumis à convergence :

- 21 GHM à convergence totale :
 - 8 couples de GHM de chirurgie ambulatoire avec leur équivalent en niveau 1 ;
 - 3 GHM de chirurgie légère de niveau 1 et 1 GHM d'ambulatoire (sans équivalence de niveau 1) ;
 - 1 GHM d'obstétrique (césariennes sans complication significative) ;
- 14 GHM à rapprochement tarifaire :
 - 2 GHM d'obstétrique : accouchement par voie basse sans complication significative : hausse du tarif public (taux de convergence à 50 %) ; nouveau-nés normaux : baisse du tarif public (taux de convergence à 46 %) ;
 - 11 GHM autres dont 1 couple de GHM de chirurgie ambulatoire avec son équivalent en niveau 1 (hospitalisation complète), 8 GHM de chirurgie légère de niveau 1 et 1 GHM de séance (transfusion) avec un taux de convergence à 35 %.
 - GHM de chimiothérapie en séances avec un taux de convergence à 25 %.

Il est précisé que cette convergence tarifaire est établie en tenant compte des honoraires et dépassements d'honoraires moyens relevés dans le secteur ex-OQN.

2. Autres évolutions tarifaires

La campagne 2010 apporte des évolutions sur plusieurs autres sujets qui sont notamment formalisées dans l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de MCO.

2.1. Surveillance continue

Dans la perspective d'orienter les ressources au profit des structures prenant en charge les malades les plus lourds, un important travail de révision des listes de diagnostics et d'actes rendant éligibles au supplément SRC les séjours en unité de surveillance continue a été réalisé, en concertation avec les sociétés savantes et les fédérations.

Ont ainsi été ajoutés un certain nombre d'actes et/ou de diagnostics de neurochirurgie, brûlures, chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle. Inversement, de nombreux actes figurant sur les listes 2009 ont été supprimés dans la mesure où ils n'étaient pas considérés comme représentatifs d'une prise en charge lourde en unité de surveillance continue.

Egalement, une liste complémentaire de diagnostics a été ajoutée pour la surveillance continue pédiatrique (moins de dix-huit ans). L'IGS est par ailleurs neutralisé pour ces patients de moins de dix-huit ans.

Enfin, en raison de la redéfinition de la notion de diagnostic principal en 2009, les diagnostics associés et les diagnostics reliés ont été intégrés dans l'algorithme pour 2010.

2.2. Dialyse péritonéale en MCO

En raison des problématiques de financement de la prise en charge de patients sous dialyse péritonéale (DP) en cas d'hospitalisation dans un établissement MCO pour pathologies intercurrentes

pour tout séjour de moins d'une semaine, l'arrêté du 19 février 2009 modifié a créé de nouvelles prestations permettant de rétribuer au plus juste les différents acteurs concernés. Ainsi, l'établissement de santé MCO pourra facturer un supplément journalier en sus d'un GHS (hors GHS d'insuffisance rénale chronique) et la structure de dialyse facturera un forfait D dont le montant dépend de la durée d'hospitalisation du patient dans l'établissement MCO (les forfaits D15 ou D16 en cas d'hospitalisation d'une durée inférieure ou égale à deux jours ; D22 ou D23 pour les séjours dont la durée est comprise entre trois et six jours). Pour consulter l'ensemble des détails techniques afférents à ces nouvelles prestations, il vous est possible de vous référer à la notice de l'ATIH (<http://www.atih.sante.fr/?id=0001000035FF>).

Il est enfin rappelé que l'établissement de santé assurant l'hospitalisation en MCO des patients en dialyse péritonéale doit garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge de ces derniers, notamment par la mobilisation en propre ou par voie de convention, de compétences médicales ou paramédicales en néphrologie.

Cette mesure constitue une première étape visant à renforcer la prise en charge de la dialyse hors centre. Par ailleurs et de manière plus globale sur l'activité de dialyse, à la demande de la DGOS, l'ATIH a intégré dans son programme de travail 2010 une étude nationale de coût à méthodologie commune de la dialyse, qui sera complétée par ailleurs, par une étude organisationnelle.

2.3. Intégration dans les GHS des valves cardiaques et des anticancéreux génériques

Concernant les DMI, les valves cardiaques (hors conduits valvés) ont été réintégrées au sein des GHS. Afin de tenir compte de la pose de valves multiples, un GHS spécifique a été créé à cet effet.

Concernant les molécules onéreuses, cinq molécules anticancéreuses génériques ont été intégrées (épirubicine, oxaliplatine, paclitaxel, phosphate de fludarabine et vinorelbine). En effet, il n'y avait plus de justification médicale à leur maintien sur une liste en sus destinée à favoriser la diffusion de molécules innovantes.

2.4. Centres identifiés pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires

La prise en charge adéquate des infections ostéo-articulaires (IOA), fait partie des mesures inscrites dans le programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. En 2008, huit centres de référence ont été listés par la circulaire DHOS/F2/F3/DSS/1A n° 2008-256 du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé. Afin de financer l'activité spécifique des centres de prise en charge des IOA identifiés et reconnus par contrat avec l'ARH, il a été créé, en 2009, un GHS majoré. Dans la mesure où l'ensemble des centres de référence ont d'ores et déjà été reconnus, il vous est demandé de ne plus procéder à de nouvelles reconnaissances en 2010, ce dispositif étant amené à évoluer en 2011.

2.5. Clarification des règles de facturation par rapport au parcours de soins

La première règle les situations dans lesquelles le patient sort de l'établissement de santé et y est réadmis le même jour. Dans ce cas, le séjour n'est pas interrompu. Il donne lieu à production d'un RSS unique et donc à facturation d'un seul GHS.

La seconde permet à un établissement MCO qui délivre une séance de dialyse, de radiothérapie ou de chimiothérapie, à un patient hospitalisé dans un autre établissement de facturer directement à l'assurance maladie les prestations afférentes.

En pratique, ces séances correspondent à des GHM de la CM 28 ou des forfaits D pour la dialyse dans le secteur ex-OQN.

2.6. Révision des modalités de calcul du FAU (forfait annuel des urgences)

Pour 2006 et pour 2007, le FAU a été calculé sur la base du nombre d'ATU déclarés par les établissements conformément aux arrêtés du 5 mars 2006 et du 27 février 2007 fixant les ressources d'Assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de MCO et d'odontologie.

Ce mode de calcul a été revu par l'arrêté du 27 février 2008 fixant pour l'année 2008 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie qui a limité la base de détermination du FAU aux ATU relatifs à des assurés sociaux. Ce changement d'assiette est à l'origine d'une baisse significative du nombre d'ATU enregistrés, pour certains établissements, due essentiellement à la non prise en compte des non-assurés sociaux et des patients se présentant aux urgences sans carte Vitale.

De ce fait, pour 2010, sur la base de l'activité 2009, le périmètre de prise en compte des ATU à comptabiliser pour le calcul du montant du forfait annuel pour l'activité de médecine d'urgences (FAU) est révisé de manière à intégrer l'ensemble des ATU non facturables à l'assurance maladie tels que ceux des patients relevant de l'AME ou des conventions internationales.

Pour les établissements ex-DG

Les ATU sont recueillis, depuis juillet 2008, dans les fichiers RSF-ACE (RAFAEL). Dans ces fichiers, les ATU pris en charge par l'Assurance maladie sont distingués de ceux qui ne le sont pas, au

moyen de la variable « séjour facturable à l'assurance maladie – O/N). Les fichiers de RAFAEL viennent alimenter les tableaux MAT2A (41A et 41B) pour chaque établissement. En revanche, les ATU « en attente de droits », « erreur » et « non renseigné » ne devront pas être pris en compte.

Pour les établissements ex-OQN

Pour les établissements ex-OQN, les ATU donnent lieu à production d'un RSF depuis mars 2008. Aussi, aux fins de recensement de l'ensemble des ATU, il est demandé aux établissements de continuer à renseigner la variable « séjour facturable à l'assurance maladie – O/N » du RSF-A pour identifier les ATU pris en charge ou non par l'assurance maladie. La mention de la prestation « ATU » réalisée est indiquée dans le RSF-B. La transcription de ces fichiers dans les tableaux MAT2A fournissent ainsi aux ARH les mêmes informations utiles au calibrage des FAU.

2.7. Révision des forfaits annuels de coordination de prélèvements d'organes et de tissus (CPO)

Afin de stimuler l'activité de prélèvement de tissus au sein des établissements autorisés et rémunérer avec plus d'équité le travail des équipes de coordination hospitalières, l'Agence de la biomédecine a proposé de faire évoluer les modalités de financement de ces coordinations.

Le modèle actuel de calcul des forfaits annuels permet d'allouer une enveloppe progressive par palier en fonction du nombre de donneurs recensés et du nombre de tissus prélevés, dont les cornées. La structure existante des forfaits annuels est reconduite avec une légère diminution des montants et, deux composantes nouvelles, indépendantes et cumulables, sont créées pour prendre en compte l'activité spécifique de prélèvements de cornées et de tissus autres.

La première composante recense ainsi le nombre de donneurs prélevés des deux cornées (les cas, rares, de prélèvement d'une seule cornée étant considérés à l'identique).

La seconde composante recense, par donneur, les natures distinctes de prélèvements de tissus autres que les cornées, pour les seules quatre natures de tissus suivants :

- os et tissus mous de l'appareil locomoteur ;
- vaisseaux (veines et artères) ;
- valves cardiaques ;
- peau.

À titre d'exemple, il ne sera ainsi comptabilisé que trois prélèvements pour un donneur à qui il aurait été prélevé des os, des valves, et des lambeaux cutanés, quel qu'en soit le nombre.

Le nombre de prélèvements de tissus par donneur sera donc limité à cinq, cornées comprises.

Ce nouveau modèle va permettre, à enveloppe constante, de majorer la dotation des coordinations les plus dynamiques.

2.8. Classification de radiothérapie dans le secteur anciennement financé en dotation globale

Du fait de la révision des actes CCAM de radiothérapie (publication au *Journal officiel* du 4 avril 2010), et afin de permettre aux établissements ex-DG d'adapter leurs systèmes d'information en conséquence, la fonction groupage acceptera le codage selon les deux versions de CCAM jusqu'au 1^{er} juillet 2010.

Dans l'attente de ce basculement, et de manière à permettre la conservation du groupage actuel en GHM, il est impératif que chaque établissement concerné code, dans chaque RSS de séance de radiothérapie, une variable supplémentaire représentative du nombre de faisceaux d'irradiation utilisés.

ANNEXE V

ÉVOLUTION DES DOTATIONS RÉGIONALES MIGAC

Depuis la création de la dotation nationale de financement des MIGAC, l'un des objectifs poursuivis en matière de gestion des MIGAC a été de réduire les disparités régionales et de modéliser le financement des MIG. Le guide d'aide à la contractualisation résume les travaux réalisés.

Lors des campagnes 2006 à 2008, les rééquilibrages intrarégionaux ont été privilégiés dans le cadre de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Il est donc désormais impératif de justifier dans l'avenant MIGAC du CPOM les éventuels écarts avec les modélisations fournies.

À compter de 2008, une politique de rééquilibrage interrégional a été initiée au travers de la répartition des mesures nouvelles de crédits d'aide à la contractualisation. En 2009, cette politique de redistribution interrégionale a été élargie à une partie des dotations MIG et, s'agissant des marges de manœuvre régionales, il a été procédé à un premier rééquilibrage des bases régionales de crédits d'aide à la contractualisation. Cette nécessaire politique de rééquilibrage interrégionale est poursuivie en 2010.

Par ailleurs, l'année 2010 voit la poursuite de la réforme du financement des MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation). Enfin, il est procédé à la mise à jour de l'arrêté listant les missions d'intérêt général.

1. Les missions d'intérêt général à caractère régional

Le rééquilibrage, engagé en 2009, des dotations allouées aux MIG à caractère régional (pour lesquelles les moyens alloués doivent être, *a priori*, corrélés à la population de la région) est poursuivi en 2010. Dans ce cadre, il n'est procédé à aucun changement du périmètre des MIG concernées par ce rééquilibrage.

Pour mémoire, les MIG à caractère régional représentent trente-quatre missions, pour un total de 1,1 Md€. Aucun changement de périmètre n'est intervenu en 2010. Par ailleurs, pour deux d'entre elles (SAMU et SMUR), la comparaison ne s'opère que sur une quote-part (50 %) des dotations des SAMU et des SMUR, en raison des contextes locaux très variés, insuffisamment pris en compte par le seul critère populationnel.

Les MIG à caractère national (type Centre national de référence) ou à caractère interrégional (par exemple les CCLIN ou les centres antipoison), dont les financements sont liés à la répartition géographique des structures, ont donc été exclues du rééquilibrage.

Ont également été exclues les MIG financées sur crédits non reproductibles à la suite d'appels à projets (PHRC, STIC, contrats EPST-établissements), ainsi que celles sur lesquelles des travaux spécifiques sont menés par ailleurs (actes hors nomenclature).

Pour 2010, il est procédé à une réduction de 25 % de la surdotation des huit régions les plus surdotées (au-delà de + 11 % par rapport à la moyenne). Ce mouvement est cohérent avec celui de 2009 (20 %), car il permet un lissage sur cinq ans (2009-2013) du processus de rééquilibrage. Ces transferts, dans le cadre d'un transfert à somme nulle, permettent de réduire de 28,7 % la sous-dotation des neuf régions les plus sous-dotées (en deçà de - 11 % par rapport à la moyenne). L'effet redistributif s'établit à 16,1 M€ (contre 7,2 M€ en 2009).

Ce mouvement de rééquilibrage étalé sur la période 2009-2013 se poursuivra les années suivantes après actualisation annuelle des données.

2. Les marges de manœuvre régionales (volet aide à la contractualisation des MIGAC)

Au sein de la dotation MIGAC, l'aide à la contractualisation a, historiquement, principalement financé les surcoûts de charges d'amortissement et frais financiers induits par les investissements (notamment dans le cadre du plan Hôpital 2007). Elle vous permet également d'accompagner le développement ou le maintien d'activités dans le cadre du SROS et de soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre. À l'exception des crédits destinés à financer les surcoûts d'investissements pouvant être accordés sur vingt ans, les dotations d'accompagnement à la contractualisation sont allouées en non reproductible et subordonnées au respect des engagements contractés en contrepartie.

On peut chiffrer à environ 1,7 Md€ les marges de manœuvre dont vous disposez aujourd'hui (hors crédits d'investissement délégués dans le cadre des plans Hôpital 2007 et 2012 ou en soutien national d'opérations spécifiques). Par rapport à 2009, a notamment été réintégré dans vos marges de manœuvre le solde des crédits dits « DAC 100 », pour lesquels les opérations ayant conduit à les isoler lors du passage à 100 % de la T2A sont dorénavant terminées (partition des USLD, décentralisation des écoles, sincérité des comptes).

En 2009, il avait été procédé pour la première fois à un redéploiement interrégional des marges de manœuvre à hauteur de 3 M€. Pour 2010, afin de poursuivre ce rééquilibrage, il a été décidé de faire peser sur les seules régions les plus surdotées une partie des mesures d'économies imputées sur la dotation MIGAC (28 M€ sur 63 M€).

NB : les régions impactées sont les régions Champagne-Ardenne, Corse, Île-de-France, Lorraine, Haute-Normandie, Picardie et Rhône-Alpes. Étant donné leurs spécificités, qui justifient une surdotation, les DOM ont été exclus de cette péréquation.

Il est enfin rappelé l'exigence de transparence dans l'attribution des marges de manœuvre. La qualité des remontées d'informations *via* l'outil Arbust MIGAC constitue un des critères permettant d'atteindre cette nécessaire transparence. Le non-respect de cette exigence et, plus globalement, de la doctrine d'utilisation de la dotation nationale MIGAC rappelée dans les précédentes circulaires tarifaires ainsi que dans le guide d'aide à la contractualisation sur les MIGAC pourront, comme en 2010, donner lieu, à titre de sanction en 2011, à une réfaction des marges de manœuvre régionales des régions concernées.

3. La poursuite de la réforme du financement des MERRI

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

Comme annoncé lors de la mise en œuvre du nouveau modèle, les travaux se poursuivent durant la période de montée en charge afin de l'améliorer. Pour 2010, les principales évolutions sont les suivantes :

Socle fixe

Évolution des taux d'abattement du socle fixe pour les établissements non CHU non CLCC en fonction de leur production réelle en matière de publications et de recherche clinique jugée au travers des indicateurs SIGAPS et SIGREC ;

Création d'un taux d'abattement de 85 % pour les établissements dont l'activité de recherche est la plus faiblement développée.

Part modulable

Évolution dans un sens plus discriminant des principes de comptabilisation des publications dans SIGAPS (pour une publication donnée, la catégorie de publication et le rang de l'auteur ne sont plus additionnés mais multipliés) ;

Évolution, comme annoncé l'an dernier, de l'indicateur « recherche clinique » comptabilisé dans SIGREC. Le score SIGREC comprend dorénavant trois volets : le volet « nombre d'études », avec des pondérations différentes selon qu'il s'agit d'essais mono- ou multicentriques, ou d'études médicamenteuses de phase 1 ou 2 (seules sont prises en compte les études à promotion hospitalière et les études industrielles) ; le volet « inclusions pour le promoteur », avec application du même principe de pondération que pour le volet précédent ; le volet « inclusions pour l'investigateur », avec application des mêmes principes de pondération que pour les deux autres volets ;

Évolution de la pondération des différentes composantes de la part modulable. Afin de donner davantage de poids au score SIGREC, les positions des différents volets de la part modulable évoluent ainsi :

(En pourcentage.)

	2009	2010
Publications (SIGAPS)	60	57,5
Étudiants	29	29
Brevets, valorisation	3,5	3,5
Recherche clinique (SIGREC)	7,5	10

Schéma de transition

En 2007, il avait été arbitré une montée en charge progressive du nouveau modèle : 15 % de l'effet revenu en 2008, 35 % en 2009, 65 % en 2010, 100 % en 2011. Cependant, l'application de ce schéma s'avère complexe dans une gestion pluriannuelle, dans la mesure où la dotation cible change chaque année en fonction de l'évolution des paramètres du modèle et des valeurs des différents indicateurs. Aussi, pour 2010, le principe d'un passage à 100 % de l'effet revenu est retenu et permet une meilleure visibilité et compréhension du modèle. Toutefois, dans le respect de l'enveloppe MERRI globale et afin de compenser partiellement (à hauteur de 31,4 %) et temporairement les effets revenus des établissements perdants, il est mobilisé, pour 2010 uniquement, une enveloppe de 22,1 M€ au bénéfice de ces derniers. Cette enveloppe correspond aux mesures nouvelles MERRI 2010 (15,1 M€) et à un abattement de 10 % des gains des gagnants (7 M€).

Le financement des activités dites « de recours exceptionnel »

Dans le cadre des travaux engagés sur les MERRI et les activités de recours, des financements sont attribués depuis 2008 afin de compenser partiellement les surcoûts de prise en charge non couverts

par les tarifs. Comme les années passées, une enquête a été menée en 2009, visant à sélectionner les activités de recours exceptionnel retenues pour 2010. Cette enquête a été actualisée afin de tenir compte des dernières données d'activité 2009 connues.

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

Ainsi, la reconstruction du sein par lambeaux libres, retenue en 2009 au titre du recours exceptionnel, étant devenue une technique répandue, elle n'est plus financée à ce titre en 2010.

Pour la campagne budgétaire 2010, les activités de soins retenues sont les suivantes :

- la chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale ;
- la chirurgie de l'hypertension artérielle pulmonaire (endartériectomie pulmonaire) ;
- la chirurgie des sarcomes ;
- la chirurgie des malformations cardiaques congénitales pédiatriques complexes ;
- la thermo-ablation tumorale par radiofréquence ;
- la chimio-embolisation ;
- la curiethérapie pulsée gynécologique ;
- le cathétérisme cardiaque interventionnel pour affection congénitale ;
- la réanimation néonatale chez les nouveau-nés de moins de 700 g ;
- l'assistance respiratoire extracorporelle en pédiatrie ;
- la perfusion isolée de membre (chimiothérapie) ;
- la reconstruction ORL par lambeaux ;
- la chirurgie de recours de l'œsophage ;
- l'ECMO ;
- la dialyse MARS ;
- l'exsanguino-transfusion nouveau-né fœtus ;
- la reconstruction extrophie vésicale/épispadias ;
- la thoracoscopie pulmonaire pour affections congénitales ;
- l'atrésie des voies biliaires ;
- les endoscopies en chirurgie lourde (nécrosectomie pancréatique, résection atypique du foie) ;
- certaines interventions lourdes en chirurgie maxillo-faciale ;
- la stimulation phrénique/diaphragmatique ;
- l'allogreffe de moelle en cas de déficit immunitaire congénital ;
- la nutrition parentérale au long cours pour insuffisance intestinale ;
- l'allogreffe de tissus composites (mains, avant-bras).

Une enveloppe de 35 M€ (contre 25 M€ en 2009) a ainsi été prévue pour le financement de ces prises en charge aux enjeux de santé publique majeurs. Afin d'éviter un saupoudrage des financements, des seuils d'éligibilité en nombre de séjours par établissement ont été fixés. Les surcoûts présentés par les établissements ont été analysés et recalibrés. *In fine*, l'enveloppe mobilisée permet de financer 70 % des surcoûts retenus.

4. L'évolution de la liste des MIGAC pour 2010

L'arrêté du 24 février 2010 fixant pour 2010 la liste des MIG a créé deux nouvelles MIG (centres de diagnostic préimplantatoire et Observatoire nationale de la fin de vie) et modifie les MIG relatives au cancer.

Les centres de diagnostic préimplantatoire (DPI)

Il existe aujourd'hui trois centres de DPI en France : CHU de Strasbourg, AP-HP (Necker) et CHU de Montpellier. L'activité est encadrée réglementairement : l'Agence de la biomédecine (ABM) autorise les établissements et agréé les praticiens hospitaliers. Les moyens nécessaires ont été calibrés en lien avec l'ABM afin de permettre à chacun des trois centres de prendre en charge, dès 2010, 200 à 250 DPI, la montée en charge rapide étant indispensable afin de résoudre le problème de liste d'attente. Est ainsi mobilisée en 2010 une enveloppe de 2,8 M€ au profit des DPI, qui vient en sus des financements existants.

L'Observatoire national de la fin de vie

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 et du rapport Léonetti sur la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, il est créé un Observatoire de la fin de vie. Cet observatoire a pour missions :

- d'observer les conditions dans lesquelles se déroulent la fin de vie et les pratiques médicales d'accompagnement ;
- d'identifier les besoins d'information du public et des professionnels de santé sur les soins palliatifs ;
- d'identifier les besoins de recherche et de promouvoir l'émergence de recherches pluridisciplinaires sur la fin de vie et son accompagnement ;
- d'organiser des séminaires d'échanges avec les partenaires européens.

L'évolution des MIG cancer

Les concertations menées durant l'année 2009 ont conclu au maintien d'un vecteur de financement par la dotation MIGAC de l'organisation des soins en cancérologie. Afin de pouvoir modéliser et calibrer ces financements, ceux-ci sont répartis sur deux MIG :

- « Actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie », regroupant les dispositifs d'annonce, les réunions de concertation pluridisciplinaires et les soins de support (emploi d'assistantes sociales et de psychologues dans les services de cancérologie) ;
- « Centres de coordination des soins en cancérologie », dits « 3C ».

5. Le soutien au progrès médical

5.1. Les programmes hospitaliers de recherche clinique

Les dotations régionales intègrent :

- les montants correspondant aux crédits alloués au titre de l'exercice 2010, pour les PHRC des exercices antérieurs (2008 et 2009), en distinguant les volets « cancer » et « hors cancer » (appels à projets nationaux et interrégionaux) ;
- le premier versement, au titre du nouveau PHRC 2010 hors cancer, des crédits destinés à la bonne réalisation d'études cliniques en cours sur la grippe ; ces études ont débuté avant toutes les autres du fait de la situation pandémique liée au virus H1N1.

5.2. Les délégations à la recherche clinique et à l'innovation

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

5.3. Les contrats d'interface destinés aux chercheurs

Les dotations régionales des MIGAC intègrent également les montants correspondant aux crédits alloués en vue du financement de contrats d'interface hospitaliers en cours, résultant des appels d'offres pour les chercheurs, lancés par l'INSERM et financés pour la première fois par la DHOS en 2006, 2007 ou 2008.

L'année 2010 verra le lancement d'une nouvelle session d'appel à candidatures en faveur des autres chercheurs, notamment ceux dont les contrats plus anciens sont arrivés à échéance.

5.4. Les programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses

Les dotations régionales comprennent les deuxièmes tranches pour 2010 des deux programmes couvrant les thèmes « cancer » et « hors cancer » commencés en 2009.

5.5. Le programme de recherche en qualité hospitalière

Le financement accordé ici correspond aux suites des programmes lancés respectivement en 2008 (troisième et dernière tranche) et en 2009 (deuxième tranche).

5.6. Le centre d'épidémiologie clinique et de médecine fondée sur les preuves

Le centre d'épidémiologie clinique et de médecine fondée sur les preuves, géré par le département de la recherche clinique et du développement de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, bénéficie en 2010 de crédits reconductibles. Créé en 2009, il a notamment pour but de mettre en œuvre des recherches sur la méthodologie des revues systématiques. Ses activités reposent sur un groupement d'intérêt scientifique animé par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, avec le partenariat de l'INSERM, de la Haute Autorité de santé et de l'École des hautes études en santé publique.

Le soutien au progrès médical

(Les montants sont en milliers d'euros.)

RÉGIONS	PHRC « cancer » (programmes antérieurs) (NR)	PHRC « hors cancer » (programmes antérieurs) (NR)	PHRC 2010 grippe (NR)	DÉLÉGATIONS à la recherche clinique et à l'innovation (NR)	CONTRATS d'interface « chercheurs » (appels d'offres INSERM financés en 2006, 2007 et 2008) (NR)	PROGRAMME 2009 de soutien aux techniques innovantes et coûteuses « cancer » deuxième tranche 2010 (NR)	PROGRAMME 2009 de soutien aux techniques innovantes et coûteuses « hors cancer » deuxième tranche 2010 (NR)	PROGRAMME de recherche en qualité hospitalière (programmes antérieurs) (NR)	CEC et de médecine fondée sur les preuves (R)
Alsace		221		380	184				
Aquitaine	533	744		380	253				
Auvergne	65	413		325				43	
Bourgogne	438	571		250	46				
Bretagne	356	1 274		575	92			38	
Centre	83	684		250	23				
Champagne-Ardenne	63	157		250	23				
Corse									
Franche-Comté		435		250			207		
Île-de-France	4 786	11 558	2 641	900	2 921	545	3 821	261	350
Languedoc-Roussillon		897		630	276				
Limousin		550		250					
Lorraine	215	640		325	92		1 444	46	
Midi-Pyrénées	773	785		380	552			71	
Nord-Pas-de-Calais	537	1 015		380	115				
Basse-Normandie	200	342		250	46				
Haute-Normandie	428	652		250				29	
Pays de la Loire	773	1 249		575	345			14	
Picardie		275		250					
Poitou-Charentes		358		250					
Provence-Alpes-Côte d'Azur	935	1 406	200	825	483			45	
Rhône-Alpes	784	2 200	100	1 075	736	255	228	178	
France métropolitaine	10 969	26 426	2 941	9 000	6 187	800	5 700	725	350
Guadeloupe		56		250					
Guyane									
Martinique		99		250					
Réunion		122							
DOM		277		500					
France entière	10 969	26 703	2 941	9 500	6 187	800	5 700	725	350

6. Les actions de coopération internationale

Afin de renforcer les actions à caractère international, j'ai décidé de mobiliser un montant de 1 040 000 € destiné à financer trois types de mesures :

1. Les coopérations et partenariats hospitaliers pour un montant de 695 000 € se répartissant ainsi :
 - coopérations à l'initiative des établissements de santé ; 655 000 € sont alloués aux CHU menant les actions de coopération les plus importantes. Il s'agit essentiellement de financer des partenariats structurants dans les pays suivants, dans le cadre de la tarification à l'activité :
 - Hongrie, Bulgarie, Chine et Brésil, pays avec lesquels des accords de coopération ministériels ont été signés ou des projets menés ;
 - pays du Maghreb et de l'Afrique subsaharienne francophone, principaux partenaires de la coopération hospitalière française. Les CHU pourront passer des conventions avec d'autres établissements de santé pour réaliser ces coopérations ;
 - Haïti, dans le cadre de l'aide à la coopération, au profit des établissements ayant déjà un jumelage en cours avec des établissements de ce pays, cela en raison de l'engagement français suite au séisme ;
 - coopération à l'initiative de la DGOS : 40 000 € alloués aux hôpitaux ayant déjà engagé une coopération avec la Chine sous la conduite de la DGOS.
2. La coopération entre la Conférence des DG de CHU français et les hôpitaux universitaires du Québec pour un montant de 25 000 € ;
3. La coopération régionale menée par les établissements de santé ultramarins pour un montant de 320 000 €.

Les crédits délégués à ce titre aux ARS seront répartis par ces dernières entre les établissements concernés.

Les financements accordés auront uniquement pour objet de compenser les surcoûts suivants résultant des activités de coopération : billets d'avion, *per diem*, frais liés à l'accueil de stagiaires ou de gestion administrative, ces derniers devant être valorisés au prorata du temps réellement consacré à cette activité.

Les coopérations devront donner lieu à la production de critères d'évaluation *ex ante* et un rapport annuel d'évaluation *ex post*, à transmettre aux ARS, qui le feront suivre à la DGOS avec leur avis motivé, pour le premier trimestre 2011.

ANNEXE VI

LES PLANS D'INVESTISSEMENT

Le plan Hôpital 2012

Lancé dès le mois de juin 2007, le plan Hôpital 2012 a donné lieu à une première sélection régionale des projets puis à une instruction nationale réalisée en deux fenêtres successives en 2008 et en 2009.

La phase de validation des projets éligibles au titre de la première tranche du plan Hôpital 2012 est achevée. Les montants d'investissements validés s'élèvent à 4,575 Md€ soit 91,5 % de l'objectif initial et les montants d'aides à 2,202 Md€.

À cela s'ajoutent les investissements validés au titre des mises aux normes exceptionnelles.

Les opérations relatives aux systèmes d'information constituent les trois quart des dossiers validés et 15 % des volumes d'investissements et des aides accordées.

Les projets immobiliers, au nombre de 161, représentent 85 % des investissements et des aides validés.

Les taux d'aide sont plus élevés pour les opérations relatives aux systèmes d'information : 51 % contre 48 % pour les opérations immobilières.

L'accompagnement financier s'effectue selon les formes suivantes :

- les subventions en capital qui contribuent à hauteur de 50 % des financements d'aides pour les SIH et 19,4 % pour les opérations immobilières ;
- les crédits d'aide à la contractualisation ou dotations annuelles de financement, destinés à couvrir le coût des emprunts et des dotations aux amortissements. Ils constituent 50 % des financements d'aides pour les SIH et 80,6 % des financements d'aides pour les opérations immobilières.

Le calcul de la dotation annuelle de crédits d'aide à la contractualisation ou de la dotation annuelle de financement est réalisé au moyen de l'application d'une « clé de passage », exprimant le rapport entre la part de l'investissement aidé, financée par voie d'emprunt, et l'annuité versée en aide à l'exploitation pour en couvrir le coût. Ce coefficient est de 12,46 pour les opérations immobilières et de 4,33 pour les opérations SIH. Cette annuité est prévue en base durant vingt ans au maximum pour l'accompagnement des opérations immobilières et durant cinq ans pour l'accompagnement des investissements relatifs aux systèmes d'information. Ces crédits devront faire l'objet de constitution de provisions dans la comptabilité des établissements sur le compte 68742 « provisions réglementées », en vue d'alimenter le compte 142.

La présente circulaire a pour objet de procéder à la première délégation des crédits AC et DAF dus au titre des opérations notifiées par la ministre en février 2010. Les investissements récemment validés s'élèvent à 1,9 Md€ et les aides notifiées à 906 M€. La présente délégation correspond à un versement de 25 % de la dotation en base des aides accordées. Leur montant s'établit à 17,525 M€.

Il vous appartiendra d'effectuer votre délégation aux établissements de santé éligibles, sur la base des règles énoncées ci-dessus (tout en apportant, si besoin, les nuances propres aux situations individuelles). Vous veillerez à ce que les crédits que vous accorderez sur la durée du plan respectent l'enveloppe globale versée en AC ou DAF.

Une circulaire relative aux aides en capital vous attribuant les droits de tirage sur le FMESPP sera prochainement publiée.

S'agissant des délégations de 2^e ou 3^e annuité se rapportant aux opérations notifiées en 2008 et 2009, elles seront réalisées à l'issue des revues de projets qui auront lieu courant 2010.

Le plan régional d'investissement santé mentale – PRISM

L'exercice 2010 constitue la dernière année de mise en œuvre du plan régional d'investissement santé mentale. Il s'agira également de la dernière année de délégation de crédits affectés au financement du plan.

Pour ce faire, il a été décidé d'effectuer le versement du solde en tenant compte de l'avancée réelle des projets mise en évidence dans le cadre des revues annuelles. Les crédits seront délégués à l'issue de cette phase de pré bilan, dans le cadre de la deuxième circulaire budgétaire 2010.

ANNEXE VII

MODALITÉS DE LA CONVERGENCE TARIFAIRE POUR LES USLD

1. Calcul des tarifs applicables aux USLD redéfinies

La première phase de la réforme des USLD s'achève avec la partition de l'ensemble des unités qui permet d'aboutir à un total de 31 786 lits d'USLD redéfinis représentant une moyenne nationale de 6,4 lits pour 1 000 personnes âgées de plus de soixante-quinze ans.

Les USLD sont ainsi progressivement passées d'une dotation historique à une tarification au GMPS et ce processus s'est achevé au 1^{er} janvier 2010.

Le forfait global relatif aux soins est désormais déterminé en multipliant la capacité par le tarif plafond afférent aux soins par patient calculé comme suit :

Tarif plafond afférent aux soins par patient = valeur annuelle du point × [GIR moyen pondéré + (Pathos moyen pondéré × 2,59)]

La valeur 2010 de ce point sera prochainement fixée par arrêté. La délégation ne tient donc pas compte de cette future valeur du point, aussi une régularisation interviendra en seconde délégation.

Ce tarif plafond pourra, le cas échéant, être majoré si l'USLD accueille des unités aux caractéristiques particulières (ex. : unités d'hébergement renforcé pour les patients Alzheimer) ou si elle doit mettre en œuvre certaines mesures de santé publique (ex. : surcoûts dus à la canicule).

En outre, une majoration est attribuée aux établissements d'outre-mer afin de compenser une part des surcoûts liés à l'insularité et à l'éloignement de la métropole. Cette indemnité prend la forme d'une majoration de la valeur du point national de 20 %.

2. Application du référentiel Pathos et actualisation des données patients

Sous l'égide des ARS, une coupe Pathos sera réalisée en 2011 dans les 31 786 lits d'USLD redéfinis afin de vérifier l'adéquation de la prise en charge dans ces lits nouvellement redéfinis.

3. Convergence

Le « principe de convergence tarifaire » a été fixé pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux par la LFSS pour 2008 (art. 69) et la mesure a été étendue aux USLD par la LFSS pour 2009 (art. L. 174-6 du code de la sécurité sociale). L'article introduit la possibilité pour les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé de fixer par arrêté des tarifs plafonds et les règles permettant de ramener les dotations au niveau de ces tarifs plafonds pour les USLD ce qui implique :

- un plafonnement des ressources allouées aux soins ;
- la possibilité soit d'une modulation de la dynamique de convergence, soit d'une mise en adéquation des capacités au tarif.

3.1. Plafonnement des ressources allouées aux soins

À compter de 2010, comme pour l'ensemble des EHPAD, les établissements USLD dont le tarif afférent aux soins est supérieur au tarif plafond calculé sur la base du GMPS verront leurs tarifs réduits annuellement dans une proportion telle que l'écart entre le forfait global relatif aux soins et le tarif plafond soit totalement résorbé au plus tard en 2016. Cette proportion est fixée à 10 % en 2010 et sera de 15 % pour les six années restantes.

3.2. Modulation de la dynamique de convergence ou mise en adéquation des capacités au tarif

Dans un objectif de mise en adéquation des besoins régionaux et en cohérence avec le SROS, les crédits qui excèdent le plafond peuvent être utilisés soit pour la création de capacités en USLD, soit pour l'accueil d'une proportion plus importante de patients requérant des soins médicaux et techniques de manière à augmenter le nombre de points GMPS de la structure. Dans ce cas, l'établissement s'engage dans le cadre de la convention mentionnée au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (convention « tripartite ») ou par avenant à celle-ci. Cette mise en adéquation doit s'effectuer dans un délai maximum de sept exercices budgétaires et au plus tard au 31 décembre 2016.

Exemple : soit un établissement dont le montant des crédits en excès par rapport au plafond se monte à 562 000 € fin 2009. Si cet établissement crée des places USLD représentant une majoration de son tarif plafond à hauteur de 100 000 €, les crédits disponibles fin 2010 ne sont plus que de 405 800 € et la convergence se fait sur six ans sur le reliquat (1).

(1) Cet exemple simplifié ne tient pas compte de l'évolution de la valeur annuelle du point servant au calcul des tarifs plafonds.

(En euros.)

Montant excédant le tarif plafond fin 2009	562 000
Minoration 10 % 2010	56 200
Utilisation de crédits 2010	100 000
Montant excédant le tarif plafond fin 2010	405 800
Montant convergence 1/6	67 633
Montant excédant le tarif plafond :	
- fin 2011	338 167
- fin 2012	270 533
- fin 2013	202 900
- fin 2014	135 267
- fin 2015	67 633
- fin 2016	0

Le taux de convergence s'adapte ainsi à l'évolution du montant des tarifs en excès du plafond et le cas échéant, à l'évolution de la structure de l'établissement en points GMPS déterminée par la coupe Pathos, ainsi que sur la valeur du point GMPS définie annuellement par arrêté.