Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sous-direction des affaires financières

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

Bureau du financement de l'hospitalisation privée
(F3)

Bureau des études et synthèses financières
relatives aux activités de soins (F1)

Personne chargée du dossier :
Anne-Sophie MOYNIE
E-mail : anne-sophie.moynie@sante.gouv.fr
Téléphone : 01 40 56 50 11
Télécopie : 01 40 56 50 10

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soins

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports

à

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

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

Mesdames et Messieurs les Préfets de départements
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 03 mar s 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

Date d'application : immédiate
NOR : SJSH0830134C (texte non paru au journal officiel)
Classement thématique : établissements de santé

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

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

Textes de référence :

- 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 modifiée et notamment son article 33 ;
- Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financemen t de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;
- Décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004, modifié r elatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale ;
- Décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant di verses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 4 ;
- Arrêté du 27 décembre 2004 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174 4 du code de la sécurité sociale pour les années 2005, 2006 et 2007 ;
- Arrêté du 22 décembre 2006 pris pour l'application du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 26 octobre 2006 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 23 mars 2007 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexes :

Annexe I.1 : montants régionaux MIGAC
Annexe I.2 : montants régionaux DAF
Annexe I.3 : montants régionaux DAF/USLD
Annexe II : modalités de fixation des éléments de tarification
Annexe III : financements des charges liées aux mesures de santé publique
Annexe IV : financements des charges de personnel
Annexe V : soutien au progrès médical

Des prestations de soins de qualité dispensées par des établissements de santé plus efficients, tel est l'objectif que je vous fixe et vers lequel doivent tendre les ressources et instruments mis en œuvre dans le cadre de la campagne tarifaire 2008. Le nouveau plan Hôpital 2012 traduit cette volonté en donnant la priorité aux projets d'investissement, efficients et soutenables financièrement notamment dans les domaines immobilier ou des systèmes d'information, et concentrés sur les établissements de santé, publics et privés, stratégiques pour l'avenir.

L'année 2008 représente par ailleurs une étape décisive dans la politique de financement des établissements de santé. A mi-parcours de la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité, les nouvelles modalités de transition introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 confirment la volonté du Gouvernement de poursuivre résolument cette réforme destinée à apporter aux établissements dynamiques les moyens de financer leur développement.

Le Parlement a fixé le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 152 milliards d'euros pour l'année 2008. Au sein de cet objectif, les dépenses régulées relatives aux établissements de santé s'élèvent à 66,816 milliards d'euros, soit une progression de + 3,18 % par rapport à 2007, ce qui représente un effort significatif en faveur de ce secteur.

1. La progression de la part hospitalière de l'ONDAM permet de financer l'adaptation des établissements de santé à l'évolution des besoins de santé

Au sein de l'ONDAM, les objectifs de dépenses régulées des établissements de santé hors FMESPP progressent globalement de 3,31%, soit :

- l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) de + 2,8 % (42,226 milliards d'euros) ;
- la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) de + 6,1 % (6,609 milliards d'euros) ;
- l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) de + 3,5 % (15,678 milliards d'euros), dont 1,375 milliards d'euros pour les USLD ;
- l'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation (OQN) de + 4,5 % (2,002 milliards d'euros).

Dans le cadre du plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, l'objectif d'économies supplémentaires pour les établissements de santé en 2008 est fixé à 287 millions d'euros. Comme l'an passé, ces économies portent sur l'ensemble des objectifs et dotations y compris sur la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Elles sont réparties en fonction du poids relatif des différents objectifs et dotations.

2. Une politique de santé publique renouvelée doit répondre aux enjeux démographiques et sanitaires

Des moyens sont consacrés en 2008 à l'impulsion de nouvelles politiques de santé publique et à la poursuite de programmes engagés au cours des années précédentes.

Le Président de la République a présenté le plan Alzheimer le 1er février 2008. Les établissements de santé participeront à la mise en œuvre de plusieurs objectifs de ce plan : l'amélioration de l'accès au diagnostic et l'optimisation du parcours de soins; l'amélioration de l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie ; le développement de la recherche et la promotion d'une réflexion et d'une démarche éthique. Le volet hospitalier de cette priorité nationale de santé publique bénéficiera d'une enveloppe de 25 millions d'euros en 2008.

Le Président de la République a fixé un objectif de doublement en 5 ans des capacités d'accueil des patients en fin de vie. L'ensemble des mesures indispensables à l'amélioration de la gradation des soins et au développement des filières, à la diffusion de la culture de l'accompagnement de la fin de vie vont être annoncées très prochainement. 37 M€ de moyens nouveaux (hors financement des réseaux) sont prévus pour le développement des prises en charge en soins palliatifs en 2008. La présente circulaire met dès maintenant à votre disposition les crédits de dotation.

Parallèlement, les politiques de santé publique initiées antérieurement sont confortées : plan cancer, plan de solidarité grand âge, plan de santé mentale, plan urgences, plan de lutte contre les addictions. Les dispositions contenues dans ces programmes permettent de relever quatre défis :

- le premier vise à faire face aux **conséquences du vieillissement de la population**. L'identification du séjour gériatrique, la création d'hôpitaux de jour gériatriques, le développement des équipes mobiles de gériatrie, la redéfinition des soins de longue durée contribuent à cet objectif ;

- le deuxième consiste **à poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** avec, entre autres, le développement des soins palliatifs, la sécurité des soins de radiothérapie, l'environnement psychologique autour de la naissance, la lutte contre les infections nosocomiales, la mise aux normes de la réanimation pédiatrique, la prise en charge des patients atteints de maladies rares…

- le troisième est de **fluidifier les filières de prise en charge des patients** : l'accueil aux urgences, le recentrage des services de court séjour sur les soins aigus, le développement des filières d'aval (SSR, renforcement de la permanence médicale dans les hôpitaux locaux…), sans oublier le renforcement de l'offre de soins en santé mentale ;

- le quatrième réside dans le **développement de la recherche**, notamment en soutenant les équipes de recherche clinique animées à l'échelon interrégional.

Les politiques de santé publique déployées dans les établissements de santé bénéficient d'un financement de 449 millions d'euros en 2008 en tarifs et dotations. Ces programmes et plans de santé publique sont financés, selon les actions concernées, par les tarifs ou par dotations fléchées (soit un montant de 202 millions d'euros délégué par la présente circulaire). Tous les établissements y sont éligibles, qu'ils soient publics ou privés (voir présentation détaillée des mesures en annexe III).

3. Les nouvelles modalités de transition confortent la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité

3.1. Le passage à 100% de la fraction tarifaire financée à l'activité donnera aux établissements de santé antérieurement financés par dotation globale les moyens d'adapter leur offre de soins

La LFSS 2008 fait évoluer le dispositif transitoire de montée en charge de la tarification à l'activité dans les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale. L'objectif est de permettre aux établissements dynamiques de profiter pleinement de leur croissance et de favoriser par un financement intégral de leur activité, l'émergence de nouvelles prises en charge notamment en application des plans de santé publique. Dans ce but, la dotation annuelle complémentaire est supprimée. L'activité est désormais valorisée à 100% par les tarifs avec application d'un coefficient de transition calculé pour chaque établissement.

Le coefficient de transition garantit, avant toute convergence, la neutralité de l'application de la T2A 100% dans le calcul des recettes. Ainsi chaque établissement est assuré d'une égalité entre, d'une part, le montant des ressources assurance maladie estimées pour l'année 2007et déterminées selon le mode de tarification prévalant en 2007 et, d'autre part, les recettes calculées selon les modalités qui entrent en vigueur au 1er janvier 2008, toutes choses égales par ailleurs. Calculés une fois pour toutes, ces coefficients de transition seront ensuite soumis aux règles de convergence afin qu'ils aient tous la valeur 1 au plus tard en 2012.

Cette réforme aura un double impact sur chaque établissement de santé antérieurement financé par dotation globale. Il s'agit, d'une part, des effets de la convergence intra-sectorielle sur les recettes de l'établissement. Les établissements de santé, dont le coefficient de transition est inférieur à 1 sont ainsi gagnants à la tarification à l'activité. Les autres devront réaliser, d'ici 2012, des gains de productivité pour compenser les pertes de ressources liées à la convergence. D'autre part, le financement à 100% par des tarifs apportera aux établissements dynamiques les moyens de financer leur développement, lequel doit bien sûr s'inscrire pleinement dans la politique régionale de l'offre de soins. Inversement, il mettra en évidence les besoins de réorganisation pour les établissements qui connaissent une perte ou une stagnation d'activité. L'évolution des recettes ici évoquée est bien sûr à mettre en regard de l'évolution des charges. **Outre un nécessaire effort de pédagogie de votre part en direction des acteurs du monde hospitalier, je vous demande de suivre très attentivement la situation de chaque établissement afin d'accompagner contractuellement ceux qui rencontreront des difficultés d'adaptation.**

Je vous rappelle que le passage à un financement à l'activité à 100% a nécessité la modification, avec effet au 1er janvier 2008 et à titre exceptionnel, des tarifs des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale. L'ajustement technique opéré a consisté à ramener ces tarifs à leur niveau réel (soit -3,7%) afin de corriger les distorsions introduites en 2006 et 2007 par l'affectation des mesures nouvelles essentiellement sur les tarifs. Je vous demande de confirmer que cette mesure est neutre pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale dans la mesure où elle leur apporte le même niveau de ressources, à activité constante.
Il convient également de signaler que l'arrêté du 23 janvier 2008 et la circulaire interministérielle n°11 du 16 janvier 2008 ont mis en place un système d'avances de l'assurance maladie basées sur la DAC 2007 et destinées à compenser pour les deux premiers mois de l'année 2008 les effets du passage à un financement à l'activité à 100% sur la trésorerie des établissements de santé .

3.2. Un rythme soutenu de convergence des coefficients de transition des établissements de santé

3.2.1. Un taux de convergence des coefficients de transition fixé à 30% pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale

Dans le souci de maintenir la dynamique de la réforme engagée depuis 2004, j'ai décidé, pour la campagne 2008, de fixer à 30% le taux moyen régional de convergence des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale. Ce taux correspond pour les établissements à l'équivalent du passage d'une fraction tarifaire de 50% à 65% avec l'ancien dispositif de convergence. Conformément aux dispositions du décret du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, vous appliquerez ce taux de convergence uniformément à tous les établissements de santé concernés.

3.2.2. La convergence des coefficients de transition des établissements de santé ex-OQN

Le processus de convergence conduit à retenir un taux moyen régional de 25 % pour la campagne 2008, soit un quart de l'effort de convergence, ce qui correspond à une convergence linéaire identique au rythme de convergence des années précédentes.

En application des dispositions de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifié et de l'article 7 du décret n°2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié, l'arrêté tarifaire fixe un taux moyen régional de convergence unique pour toutes les régions qui s'applique, d'une part, aux établissements dont la valeur du coefficient de transition est inférieure à 1 (établissements dits « sous-dotés») et, d'autre part, aux établissements dont la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1 (établissements dits « sur-dotés »). Comme les années précédentes, il vous est possible d'accélérer le taux de convergence fixé au niveau national en accordant aux établissements « sous-dotés » une masse financière supplémentaire prélevée sur les établissements « sur-dotés » dans le respect de l'enveloppe théorique régionale.

4. La campagne tarifaire 2008 poursuit un double objectif d'accompagnement du développement de l'activité des établissements de santé et d'incitation à la recherche d'efficience

4.1 Hors mesures ciblées, les tarifs augmentent de 0,50% au 1er mars 2008 pour les deux secteurs

L'ODMCO progresse de 2,78%, ce qui permet de dégager une marge tarifaire de 1,143 milliard d'euros.

Les tarifs applicables à partir du 1er mars 2008 intègrent toute la marge de progression de l'ODMCO après constitution de provisions pour faire face à la progression de l'activité valorisée et des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux facturés en sus des prestations. Ces provisions ont été réalisées en retenant une hypothèse d'augmentation de 1,7% du volume des prestations d'hospitalisation ou des consultations et actes externes facturés ou valorisés et une prévision d'augmentation de 10% pour les dépenses de médicaments et produits remboursés en sus des prestations.

En conséquence, l'évolution des tarifs MCO est de 0,50 % à compter du 1er mars 2008 pour chacun des secteurs.

Par ailleurs, certaines activités font l'objet d'évolutions différenciées :

- le développement de l'activité d'hospitalisation à domicile, conformément aux objectifs du gouvernement, sera poursuivi et accompagné financièrement ; les tarifs quant à eux sont maintenus au niveau de 2007 tant pour les établissements publics que privés ;

- les tarifs applicables pour les interruptions volontaires de grossesse chirurgicales sont majorés de 20% pour les deux secteurs ;

- le développement de la dialyse hors centre est encouragé par une progression des tarifs de dialyse péritonéale (DPA et DPCA) qui augmentent de 2% ; les tarifs de dialyse en centre augmentent pour leur part de 0,3% ;

- pour les établissements ex-OQN, un effort important de revalorisation des tarifs des GHS de nouveau-nés de plus de 2,5 kg est réalisé ; ces derniers augmentent de 24,3% ;

- pour les établissements antérieurement financés par dotation globale, dans le prolongement du processus engagé en 2007, une diminution, en fonction du degré de similitude dans la prise en charge médicale, des tarifs d'hospitalisation complète de courte durée qui convergent vers ceux de chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, des mesures tarifaires très ciblées, liées au changement de classification, sont auto-financées (scission de GHM).

4.2. L'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire

Alors que des enquêtes montrent un taux de satisfaction élevé en matière de recours à la chirurgie ambulatoire, la France reste en retard par rapport aux autres pays de l'OCDE et la diffusion de ce type d'intervention se caractérise par son hétérogénéité entre secteur public et privé ainsi qu'entre régions. Pourtant, la substitution entre hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire est porteuse de gains d'efficience comme l'a mise en évidence le rapport de la MEAH rendu en avril 2007.

Je souhaite que le développement de la chirurgie ambulatoire prenne un réel essor dès 2008 et aux cours des années suivantes, pour atteindre un niveau comparable aux pays qui sont en pointe dans ce domaine. C'est pourquoi j'ai décidé de diminuer le tarif de l'hospitalisation complète pour le faire converger vers le tarif de l'hospitalisation courte. Je suis convaincue que cette mesure sera très incitative. Vous recevrez dans les prochaines semaines, un objectif pluriannuel de développement de la chirurgie ambulatoire pour votre région dont je vous demanderai de rendre compte périodiquement de la réalisation.

Je vous demande d'accompagner les établissements de santé dans cette démarche en mobilisant tous les outils et procédures qui sont à votre disposition (audit, programme d'investissement…). En présence d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation complète qui auraient pu donner lieu à des prises en charge en ambulatoire, je vous rappelle que le nouvel article L. 162-1.17 du code de la sécurité sociale vous permet de subordonner à une procédure d'accord préalable la prise en charge par l'assurance maladie des prestations d'hospitalisation.

4.3. Les mesures relatives aux établissements ex-OQN

4.3.1 L'évolution du coefficient de haute technicité

Outil de la transition attribué aux établissements de santé privés titulaires, avant le 1er janvier 2005, de lits de chirurgie à soins particulièrement coûteux (SPC), en vertu des dispositions de l'annexe A de l'arrêté du 29 juin 1978, le coefficient de haute technicité est un instrument financier dont l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit la disparition progressive d'ici 2012. En application de cet article, j'ai décidé de réduire de moitié sa valeur à compter du 1er mars 2008.

En 2008, la réduction de moitié de la valeur du coefficient de haute technicité s'accompagne du versement à chaque établissement d'un montant équivalent à 50% de la valeur du forfait annuel de haute technicité, calculé selon les modalités décrites en annexe II.

Pour mettre en place ce dispositif, il vous est demandé de valider avec chaque établissement le niveau de l'activité 2006, année de référence pour le calcul de l'outil de transition. Je vous rappelle par ailleurs qu'il est nécessaire de fixer la nouvelle valeur du coefficient dans l'avenant tarifaire de l'établissement et qu'il vous appartient de notifier le montant du forfait annuel de haute technicité par arrêté.

Ce forfait annuel de haute technicité est versé par douzième à compter du 1er mars 2008 dans des conditions similaires à celles qui s'appliquent au forfait annuel d'urgence.

Les conditions de transition pour les années 2009 à 2012 sont décrites en annexe II.

4.3.2 La prorogation du droit d'option pour les suppléments de réanimation, soins intensifs et surveillance continue

Les dispositions de l'arrêté du 27 février 2007 ouvraient aux établissements de santé privés ex-OQN éligibles aux suppléments SRA / SSC la possibilité de choisir entre la facturation des suppléments transitoires (SRA – SSC) et celle des suppléments cibles (STF - SRC) en cas de reconnaissance d'une activité de soins intensifs ou de surveillance continue.

Compte tenu de l'état des reconnaissances d'activités en soins intensifs ou surveillance continue sur le territoire et de l'avancement des travaux entre experts sur la surveillance continue, j'ai décidé de proroger exceptionnellement d'une année ce droit d'option.

Pour mettre à profit cette année, je recommande à celles ou ceux d'entre vous qui ne l'auraient pas fait de procéder aux reconnaissances contractuelles en soins intensifs et / ou surveillance continue.

5. L'augmentation de la dotation nationale de financement des MIGAC accompagne la montée en charge de la tarification à l'activité et la mise en œuvre des plans de santé publique

5.1. Un financement plus juste et plus incitatif des MERRI

La campagne 2008 verra la première phase de mise en œuvre du nouveau modèle de financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). Celui-ci a pour objectif d'inciter au développement d'une recherche de qualité, d'être plus juste et de favoriser la valorisation de l'innovation. Le financement des MERRI est dorénavant partagé en trois compartiments : un socle fixe (40%), une part modulable ajustée selon des indicateurs représentatifs de l'activité d'enseignement et de recherche (50%) et une part variable allouée par appel à projets (10%). Les effets de ce nouveau modèle de financement sont étalés sur quatre ans : 15% en 2008, puis 35% en 2009, 65% en 2010, 100% en 2011. Le modèle de financement évoluera dès 2009 pour prendre en compte de nouveaux indicateurs.

Dans le cadre de l'accompagnement de cette réforme et afin de développer l'incitation à la recherche dans les établissements de santé, j'ai décidé d'augmenter de manière significative dès cette année, les crédits alloués sur appels à projets - programmes hospitaliers de recherche clinique et soutien aux techniques innovantes et coûteuses - pour un montant de 7M€, ce qui porte le montant à 119 millions d'euros annuels.

5.2. Une augmentation de l'enveloppe d'aide à la contractualisation afin d'accompagner les restructurations

Comme en 2006 et 2007, j'ai décidé d'augmenter de manière significative le montant des aides à la contractualisation afin de renforcer vos marges de manœuvre nécessaires à l'accompagnement des établissements de votre région. Le taux de croissance de l'ONDAM voté par le Parlement a permis d'abonder de 105 millions d'euros vos enveloppes d'aide à la contractualisation, dont 82 millions d'euros pour les activités de court séjour (MIGAC) et 22 millions d'euros pour les activités de soins de suite, de psychiatrie et pour les hôpitaux locaux.

J'attire votre attention sur le fait que l'enveloppe d'aide à la contractualisation ne pourra pas à l'avenir être augmentée sans limite. En effet, la réforme du financement à l'activité, dans le cadre du dialogue entre tutelle et établissements, doit permettre à ces derniers de procéder aux adaptations nécessaires de la structure de leur activité et de leurs dépenses. Toutefois, j'ai conscience que ces adaptations prennent du temps et que la réforme est encore en cours. Dans ce contexte, l'aide à la contractualisation doit être considérée comme une aide temporaire qui, pour être efficace, doit atteindre un niveau minimal. C'est pourquoi, la moitié de l'abondement 2008 est allouée au prorata de la population et l'autre moitié aux douze régions dont les marges de manœuvre sont les plus faibles proportionnellement aux ressources MCO. De plus, des moyens supplémentaires sont attribués aux départements d'outre-mer.

Je vous demande d'utiliser votre marge de manœuvre à titre non reconductible, afin de pouvoir reconsidérer chaque année les montants affectés pour soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre et pour prendre en compte les contraintes locales en matière d'organisation des soins. L'attribution de crédits d'aide à la contractualisation est strictement subordonnée à la signature d'un avenant au contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens avec, le cas échéant, un plan de redressement qui fait l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier : il ne peut s'agir de combler artificiellement les déséquilibres financiers. Je serai attentive à l'utilisation qui sera faite de ces ressources.

Par ailleurs, une aide exceptionnelle de 19 millions d'euros est déléguée pour accompagner les établissements de santé privés antérieurement financés par dotation globale dans leurs efforts de retour à l'équilibre. Vous attribuerez ces crédits aux établissements confrontés à des difficultés structurelles liées à l'adaptation aux contraintes de coût spécifiques qu'ils rencontrent et à la recherche du positionnement stratégique adéquat dans l'offre de soins territoriale. Cette aide sera dégressive pendant la durée de la convergence intrasectorielle et ne préjuge pas de l'attribution de financements au titre de votre marge de manœuvre régionale selon les modalités générales définies dans le cadre de la présente circulaire budgétaire.

Dans le prolongement de la campagne 2007, je vous demande de porter une attention particulière à la situation des établissements ex OQN qui exercent une activité d'obstétrique.

Dans certaines zones, un soutien ponctuel et non reconductible peut également être accordé à des cliniques exceptionnellement isolées géographiquement. Il s'agit plus particulièrement des cliniques éloignées d'établissements de santé publics ou privés accomplissant une mission de soins similaire, pour laquelle vous considérez qu'elles jouent un rôle spécifique dans l'offre de soins territoriale au travers, par exemple, d'une concession de service public ou d'un service d'accueil et de permanence des soins 24h/24.

De même, vous veillerez à la situation des établissements anciennement POSU qui ne sont plus autorisés en tant que structures d'urgences.

Dans le cadre de la mise en œuvre des SROS, vous pourrez enfin accompagner certains établissements au regard des conséquences liées aux autorisations ou aux reconnaissances contractuelles en matière de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

J'attire tout particulièrement votre attention sur la plus grande transparence qui s'impose à vous en matière d'attribution de dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Le recours à la procédure d'appels à projets doit être privilégié dès lors que les financements sont liés à une prestation de service, notamment pour certaines missions d'intérêt général. Je vous rappelle en effet que tous les établissements publics ou privés ont vocation à obtenir des dotations de financement des MIGAC. Un bilan de la contractualisation sur les missions d'intérêt général (annexe des CPOM) sera réalisé dans le courant de l'année 2008.

En vous appuyant sur le guide de contractualisation, vous veillerez à ce que chaque MIG puisse être contractualisée par un montant fixé avec le souci de l'équité, avec des moyens mis en œuvre affichés et des indicateurs de résultats attendus.

6. L'évolution significative des moyens affectés à l'ODAM et à l'OQN est destinée à accompagner le vieillissement de la population et à fluidifier les filières de prise en charge

6.1. Une augmentation des dotations annuelles de financement pour renforcer les capacités en soins de suite et de réadaptation et poursuivre la diversification des modes de prise en charge en psychiatrie

Outre les moyens destinés à couvrir l'augmentation des charges de personnel et la hausse du coût des achats, les dotations annuelles de financement progressent de 68 millions d'euros afin d'accompagner l'augmentation de l'activité, les besoins de médicalisation et la diversification des modes de prise en charge, le recours à certains médicaments ou dispositifs médicaux coûteux, tant en psychiatrie qu'en soins de suite et de réadaptation et dans les hôpitaux locaux. Ces moyens permettront également d'accompagner les opérations de restructurations. Vous veillerez à attribuer ces dotations en fonction des objectifs fixés dans le schéma régional d'organisation sanitaire et après analyse de l'évolution de l'activité et des besoins de santé dans les différents territoires de santé.

De plus, des moyens financiers significatifs sont consacrés au développement des soins de suite et de réadaptation. En effet, le développement des structures d'aval est une condition nécessaire pour que le secteur de court séjour se centre sur la prise en charge des patients pendant la phase aiguë, dans la période strictement nécessaire aux investigations de diagnostic et de mise en place des traitements. La dotation annuelle de financement est majorée de 63 millions d'euros pour mettre en œuvre les objectifs inscrits dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire et les contrats pluriannuels d'objectifs et des moyens. Ce financement s'ajoute aux moyens dégagés pour les structures de SSR dans le cadre du plan urgences, du plan de solidarité grand âge, du plan Alzheimer et du développement des soins palliatifs, soit un montant total supplémentaire de 113 millions d'euros pour les SSR.

6.2. La campagne tarifaire des établissements sous objectif quantifié national (OQN)

La croissance de l'OQN de 85,3 millions d'euros prend en compte la croissance prévisionnelle de l'activité notamment en soins de suite et de réadaptation

Les augmentations tarifaires de ce secteur s'établissent à + 1,2 %, dont + 1 % pour les soins de suite et de réadaptation et + 1,71% pour la psychiatrie afin de dégager les moyens d'une revalorisation tarifaire au profit des établissements engagés dans des démarches qualité contractualisées.

6.3 L'évolution des modèles de financement

Pour les établissements relevant de l'ODAM et de l'OQN, j'attire votre attention sur la nécessaire préparation des établissements à la mise en place - expérimentale dans un premier temps - d'un nouveau modèle de financement à l'activité des soins de suite et de réadaptation. Dans cette perspective, je vous demande de vous assurer de la ponctualité, de l'exhaustivité et de la qualité des données transmises par les établissements dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I).

En ce qui concerne la psychiatrie, le financement de la généralisation du recueil des données d'activité médicales en psychiatrie (V.A.P) se poursuit. Je souhaite que ce financement se traduise en 2008 par de réelles avancées en matière de remontées d'information sur les plateformes qui leur sont dédiées car les remontées de 2007 ne sont pas suffisantes ni en terme d'exhaustivité ni en terme de qualité.

6.4. La partition des unités de soins de longue durée s'accompagne d'une mise à niveau de leurs dotations soins

La réforme relative à la partition des USLD a pour objectif de recentrer les soins de longue durée sur une prise en charge hospitalière des patients présentant une pathologie chronique et instable ou une polypathologie qui requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. Elle s'inscrit dans un projet plus vaste de mise en cohérence des besoins territoriaux avec le SROS, matérialisé par la révision des volets « personnes âgées des SROS », et détermine la répartition des capacités et des crédits afférents entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

135 établissements sont entrés dans la réforme au 1er janvier 2008. Cette première vague de partition, qui porte sur 13 000 lits, s'accompagne d'un abondement des dotations soins de 44,1 millions d'euros. Ces crédits permettront à chaque USLD d'appliquer le référentiel défini par l'arrêté du

12 mai 2006. Par ailleurs, les USLD bénéficient d'un financement de 15,8 M€ pour prendre en compte l'évolution des dépenses de personnel et du coût des achats. Je vous rappelle que conformément à l'article 69 de la LFSS pour 2008, seules les USLD qui ont signé une convention tripartite pourront bénéficier d'une augmentation de leur dotation soins en 2008.

7. Le renouvellement des programmes de modernisation doit permettre aux établissements de santé de gagner en efficience et de revenir à l'équilibre

7.1. Le lancement du plan Hôpital 2012 témoigne d'une politique volontariste d'investissement

Le plan Hôpital 2012 a pour objectif d'accroître les investissements des établissements de santé en ciblant trois priorités : les opérations de recomposition hospitalière et de mise en œuvre des SROS, le développement des systèmes d'information hospitaliers et la réalisation des mises aux normes exceptionnelles (normes parasismiques et désamiantage). Il vise un objectif d'investissements de 10 milliards d'euros dans la période 2008-2012, avec un soutien financier de l'assurance maladie de 5 milliards d'euros. Il sera mis en œuvre en deux tranches : la première en 2008 et la seconde en 2009. Une première tranche indicative de 5 milliards d'euros d'objectif d'investissements a été répartie entre les régions en juin 2007. Deux circulaires précisent les modalités de mise en œuvre de ce plan (circulaires n°DHOS/F2/2007/248 du 15 juin 2007 et n°DHOS/F2/2007/438 du 12 décembre 2007). Tous les établissements de santé, quel que soit leur secteur d'appartenance, peuvent prétendre aux financements prévus dans le cadre du plan. Je vous invite à examiner tous les projets qui vous sont présentés avec un même souci de justice et de transparence, tout en vous concentrant sur les établissements, publics et privés, stratégiques pour l'avenir, en proscrivant le saupoudrage.

Parallèlement, la mise en œuvre du volet investissement du plan « santé mentale » se poursuit pour la troisième année, financé pour partie par des aides en fonctionnement dans la dotation DAF et pour partie par des subventions du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Au total, à la fin de 2008, ce programme aura permis d'attribuer des aides correspondant à un financement de 450M€ sur un total de 750M€ d'investissement qui feront l'objet d'un soutien financier sur la période du plan 2006-2010.

7.2. Les opérations de restructuration et de modernisation financées par le FMESPP

Avec le passage à une tarification complète à l'activité, le FMESPP devient l'instrument financier privilégié pour accompagner, voire impulser des opérations de restructuration et de modernisation des établissements de santé. Doté de 301 millions d'euros en 2008, le FMESPP contribuera à dynamiser la gestion des ressources humaines (promotion professionnelle, aides financières à la mobilité, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences…), soutiendra des projets d'investissement innovants et financera des actions de modernisation (systèmes d'information en périnatalité, projets de territoire…) des établissements de santé tous secteurs confondus.

S'agissant plus particulièrement des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation, il est prévu dès 2008 d'étendre dans un premier temps ce dispositif aux établissements privés antérieurement financés par dotation globale. Des dispositions seront prises au cours du premier semestre pour adapter le cadre réglementaire existant.

7.3. Le retour à l'équilibre des établissements de santé publics ou privés antérieurement sous dotation globale

L'objectif de retour à l'équilibre des établissements de santé est un impératif qui a été rappelé par le Président de la République. Vous devez le considérer comme une priorité. Je vous demande de vous impliquer fortement et de mobiliser à cet effet l'ensemble des outils et procédures qui sont à votre disposition.

Je vous rappelle que la présentation et l'approbation d'un EPRD en équilibre est la règle posée par l'article R. 6145-11 du code de la santé publique, à laquelle il n'est possible de déroger qu'à certaines conditions et au vu de solides justifications. Il vous appartiendra ainsi d'examiner le caractère réaliste des prévisions qui vous seront présentées, tant en recettes qu'en dépenses. En particulier, des prévisions d'activité significativement supérieures à celles retenues pour la construction de la campagne tarifaire devront être fortement étayées.

Vous recevrez prochainement des instructions sur les modalités d'analyse et d'approbation des EPRD et sur la mise en œuvre des procédures de retour à l'équilibre.

8. Fixation des dotations et suivi de campagne

La présente circulaire délègue 62 % des mesures nouvelles en dotations qui sont allouées dans le cadre de la campagne 2008 mais 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 0,7 % de l'ONDAM hospitalier (hors FMESPP).

S'agissant des dotations de financement des missions d'intérêt général et des dotations annuelles de financement, je vous demande de les arrêter dès le début d'année à un niveau suffisant pour permettre aux établissements d'assurer leur activité prévisible dans les meilleures conditions. S'agissant de la part des montants régionaux que vous entendez réserver au financement d'engagements particuliers des établissements dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, voire de contrats de retour à l'équilibre financier, je vous demande d'allouer les ressources dès que vous vous serez assurés du respect de ces engagements.

Le suivi de la réalisation de la campagne 2008 sera effectué grâce aux outils ARBUST et ARBUST ex OQN. Ces outils intègrent outre les allocations de ressources des dotations (MIGAC, DAF et dotation de soins USLD) et des forfaits annuels des établissements, les recettes allouées au titre de l'activité MCO en lien direct avec l'outil MAT2A. S'agissant des dotations, je souhaite porter une attention particulière au rythme des délégations, aussi les outils doivent-ils être dûment renseignés par vos services, puis transmis à l'ATIH au plus tard un mois après chaque circulaire tarifaire mais également après toute campagne de notification réalisée par vos soins.

La Ministre de la Santé, de la Jeunesse
et des Sports

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Annexe I. 1
Campagne 2008
MIGAC

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Base 2008	Transferts inter-régionaux (R)	Effort d'économies - Ets ex-DG et ex-OQN (R)	Mesures salariales globalisées - Ets ex-DG et ex-OQN (MIG) (R)	Recrutement apprentis préparateurs en pharmacie (AC) (NR)	Création de postes HU (MIG) (R)	Hausse charges variables (effet prix) - Ets ex-DG et ex-OQN (MIG) (R)	Plan cancer - Ets ex-DG (MIG) (R)	Plan cancer - Ets ex-OQN (MIG) (R)	Soins palliatifs - Ets ex-DG et ex-OQN (MIG) (R)	Plan Urgences - Equipes mobiles gériatrie (MIG) (R)
Alsace	171 194,23	0,00	-998,05	1 024,99	36,10		625,13	328,00		275,00	334,27
Aquitaine	234 026,11	-200,00	-1 488,59	1 295,01	30,94	-48,52	932,39	353,50	94,50	275,00	796,00
Auvergne	121 672,78	0,00	-728,50	905,27	20,63	-53,71	456,30	214,00		62,10	166,44
Bourgogne	127 623,89	0,00	-722,49	910,10	46,41		452,53	254,00		75,68	158,37
Bretagne	223 906,39	0,00	-1 352,68	1 124,25	20,63		847,26	264,00		550,00	724,11
Centre	184 440,14	46,00	-1 025,47	1 040,81	36,10	-48,52	642,31	258,00		116,45	603,60
Champagne-Ardenne	134 603,77	-61,00	-695,37	943,33	30,94	58,90	435,55	160,00		62,39	275,65
Corse	18 665,77	0,00	-119,33	161,98	5,16		74,74	40,00		275,00	138,39
Franche-Comté	96 761,25	0,00	-544,74	526,11	10,31	5,19	341,20	254,00		53,26	90,49
Ile-de-France (hors AP-HP)	517 182,67	100,00	-2 250,60	2 562,89	36,10	289,31	1 409,67	640,00		297,74	996,33
Languedoc-Roussillon	183 825,17	0,00	-1 210,00	1 236,77	30,94	47,69	757,89	386,00		116,46	235,18
Limousin	83 218,10	66,00	-457,88	486,16	10,31		286,79	174,00		33,78	120,03
Lorraine	216 937,98	0,00	-1 209,95	1 283,64	61,88	-53,71	757,86	326,00		108,87	799,50
Midi-Pyrénées	258 419,62	69,00	-1 705,41	1 871,23	25,79		1 068,19	220,00	126,00	127,56	337,82
Nord-Pas-de-Calais	318 834,21	0,00	-1 824,18	2 241,85	108,30		1 142,58	438,00		275,00	497,83
Basse-Normandie	133 531,03	0,00	-838,04	947,99	5,16		524,91	242,50		67,43	264,15
Haute-Normandie	163 567,11	28,10	-789,08	909,76	41,26		494,24	186,50		275,00	366,20
Pays-de-la-Loire	211 542,46	0,00	-1 288,36	1 615,39	30,94	58,90	806,97	284,00	42,00	158,61	577,26
Picardie	151 811,01	0,00	-775,41	922,07	41,26		485,69	172,00		87,73	355,86
Poitou-Charentes	118 435,95	65,00	-753,24	818,03	20,63		471,79	90,00		79,54	394,38
Provence-Alpes-Côte d'Azur	438 083,27	61,00	-2 844,92	2 638,40	77,35	-97,04	1 781,93	530,00		275,00	439,68
Rhône-Alpes	572 280,94	0,00	-3 358,61	3 040,70	123,77	64,09	2 103,68	877,00		275,00	734,75
France métropolitaine	**4 680 563,86**	**174,10**	**-26 980,90**	**28 506,75**	**850,91**	**222,58**	**16 899,64**	**6 691,50**	**262,50**	**3 922,60**	**9 406,29**
Guadeloupe	59 674,68	0,00	-238,82	172,59	20,63		149,59	65,00		275,00	17,87
Guyane	117,80	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00		0,00	0,00
Martinique	55 069,04	0,00	-293,76	338,42	20,63	5,19	184,00	122,00		18,47	18,76
Réunion	85 114,84	0,00	-350,93	403,04	5,16		219,81	65,00		275,00	18,33
DOM	**199 976,35**	**0,00**	**-883,52**	**914,06**	**46,42**	**5,19**	**553,40**	**252,00**	**0,00**	**568,47**	**54,96**
Total dotation régionales	**4 880 540,21**	**174,10**	**-27 864,41**	**29 420,81**	**897,33**	**227,77**	**17 453,03**	**6 943,50**	**262,50**	**4 491,07**	**9 461,25**

Annexe I. 1
Campagne 2008
MIGAC

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Complément plan urgences - PARM (MIG) (R)	Plan Périnatalité - Environnement psychologique (MIG) (R)	Plan périnatalité - PASS (MIG) (R)	Mesures détenus (MIG) (R)	Plan Alzheimer (MIG) (R)	Plan douleur - Ets ex-DG et ex-OQN (MIG) (R)	Mesures santé publique qualité soins (MIG) (R)	Unités transversales nutrition clinique (AC) (R)	Plan addictologie (MIG) (R)	Programme maisons des adolescents (MIG) (R)	Plan maladies rares (MIG) (R)	Recherche clinique et soutien aux innovations coûteuses (MIG) (NR)
Alsace	482,48	73,53			241,80		45,00		171,56			931,68
Aquitaine	672,67	77,40		648,00	865,97		116,11		292,58	156,00	296,98	2 018,97
Auvergne	296,93	31,77			1 172,52		91,11		126,47		49,58	407,18
Bourgogne	409,25	55,00	50,00		369,30	262,00	91,11		154,13			353,93
Bretagne	619,27	99,28			1 023,38		40,00		290,87		181,69	1 474,34
Centre	449,52	89,10		108,00	649,94		45,00		237,16	156,00		917,00
Champagne-Ardenne	249,64	41,98			164,61	262,00	0,00		127,07		81,36	322,50
Corse	73,07	6,63			393,84		45,00		26,30			0,00
Franche-Comté	237,77	40,70	30,00		84,94		91,11		108,47			330,25
Ile-de-France (hors AP-HP)	1 182,47	288,42	63,00		914,28	260,00	40,00		563,07	309,00	382,23	3 027,11
Languedoc-Roussillon	612,96	45,83			1 165,03	262,00	91,11		237,18		164,00	1 297,92
Limousin	147,84	18,04			759,50		45,00		68,80		118,33	271,50
Lorraine	475,66	70,89		432,00	485,73		46,11	152,66	221,73			656,14
Midi-Pyrénées	450,94	58,75	57,00		568,37		91,11	214,29	259,80		82,06	1 661,74
Nord-Pas-de-Calais	558,03	140,13		108,00	610,79		45,00	214,29	383,02	156,00	208,87	2 047,20
Basse-Normandie	333,48	53,96			247,40		45,00	214,29	137,33			712,01
Haute-Normandie	386,08	62,85			265,85		0,00	214,29	171,55	156,00		621,13
Pays-de-la-Loire	612,55	108,00			1 063,31	262,00	40,00		323,04		57,53	2 231,50
Picardie	390,02	67,33			142,22		46,11		178,67			277,80
Poitou-Charentes	357,53	41,99		108,00	341,97		45,00		161,99			296,88
Provence-Alpes-Côte d'Azur	796,22	125,21			1 902,79		116,11		451,30		239,65	4 254,25
Rhône-Alpes	988,14	200,13	38,00	1 080,00	1 133,24	312,00	116,11	214,29	565,99	156,00	580,77	3 526,53
France métropolitaine	**10 782,52**	**1 796,92**	**238,00**	**2 484,00**	**14 566,78**	**1 620,00**	**1 331,10**	**1 224,11**	**5 258,08**	**1 089,00**	**2 443,05**	**27 637,56**
Guadeloupe	105,00	15,63			12,95		50,00		42,18			34,00
Guyane	0,00	0,00			0,00		0,00		0,00			0,00
Martinique	105,00	12,01			13,49		46,12		37,62			15,00
Réunion	105,00	34,18		432,00	12,78		46,12		73,58		246,35	410,00
DOM	**315,00**	**61,82**	**0,00**	**432,00**	**39,22**	**0,00**	**142,24**	**0,00**	**153,38**	**0,00**	**246,35**	**459,00**
Total dotation régionales	**11 097,52**	**1 858,74**	**238,00**	**2 916,00**	**14 606,00**	**1 620,00**	**1 473,34**	**1 224,11**	**5 411,46**	**1 089,00**	**2 689,40**	**28 096,56**

Annexe I. 1
Campagne 2008
MIGAC

les montants sont en milliers d'euros

Régions	ATU (MIG) (NR)	Contractualisation ARH - Ets ex- DG et ex-OQN (AC) (R)	Soutien Ets privés ex-DG (AC) (NR)	Rattrapage outre-mer (AC) (R)	Mesures ponctuelles (AC) (R)	Mesures ponctuelles (AC) (NR)	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 29 février 2008
Alsace	399,00	1 093,00	1 227,21				6 290,71	177 484,94
Aquitaine	0,00	5 337,00	699,17			325,79	13 546,87	247 572,98
Auvergne	90,00	1 569,00	219,13		33,18	1 399,38	6 528,78	128 201,56
Bourgogne	265,00	1 942,00	318,91			765,87	6 211,11	133 835,00
Bretagne	866,00	8 299,00	693,71			136,33	15 901,44	239 807,84
Centre	1 454,00	1 507,00	24,76		10 490,85	1 739,37	19 536,97	203 977,11
Champagne-Ardenne	0,00	805,00	99,78				3 364,33	137 968,10
Corse	0,00	7 267,00				780,54	9 168,32	27 834,09
Franche-Comté	0,00	689,00	0,90		43,82		2 392,78	99 154,03
Ile-de-France (hors AP-HP)	0,00	3 456,00	6 202,11		3 407,64	581,32	24 758,10	541 940,77
Languedoc-Roussillon	692,00	7 760,00	390,11			1 622,35	15 941,43	199 766,59
Limousin	0,00	436,00	112,29		17,80		2 714,29	85 932,39
Lorraine	0,00	2 414,00	1 869,24				8 898,25	225 836,22
Midi-Pyrénées	0,00	4 460,00	386,32		2 573,00	113,77	13 117,34	271 536,95
Nord-Pas-de-Calais	0,00	2 432,00	1 917,29		148,02	3 636,27	15 484,30	334 318,51
Basse-Normandie	0,00	2 262,00	575,20			103,78	5 898,55	139 429,58
Haute-Normandie	1 437,00	1 089,00	218,73			85,30	6 219,76	169 786,88
Pays-de-la-Loire	350,00	5 037,00	728,37		115,73	270,79	13 485,53	225 027,99
Picardie	0,00	1 134,00	240,94			70,78	3 837,06	155 648,07
Poitou-Charentes	0,00	5 841,00	13,28		142,18	0,23	8 536,19	126 972,14
Provence-Alpes-Côte d'Azur	279,00	9 601,00	1 516,82		3,44	52,49	22 199,68	460 282,95
Rhône-Alpes	2 504,00	3 612,00	1 454,19		3 089,65	154,72	23 586,14	595 867,09
France métropolitaine	**8 336,00**	**78 042,00**	**18 908,46**	**0,00**	**20 065,31**	**11 839,08**	**247 617,94**	**4 928 181,80**
Guadeloupe	0,00	269,00		1 000,00			1 990,62	61 665,30
Guyane	0,00						0,00	117,80
Martinique	0,00	240,00		4 800,00		11 500,00	17 182,95	72 251,99
Réunion	0,00	472,00	91,54	2 100,00	61,00		4 719,96	89 834,80
DOM	**0,00**	**981,00**	**91,54**	**7 900,00**	**61,00**	**11 500,00**	**23 893,53**	**223 869,88**
Total dotation régionales	**8 336,00**	**79 023,00**	**19 000,00**	**7 900,00**	**20 126,31**	**23 339,08**	**271 511,47**	**5 152 051,68**

DHOS/F2

Annexe I.2
Campagne 2008
DAF

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Base 2008	Transferts inter-régionaux (R)	Effort d'économies (R)	Mesures salariales globalisées (R)	Recrutement apprentis préparateurs en pharmacie (NR)	Création de postes HU (R)	Hausse charges variables - effet prix (R)	Hausse charges variables - développement d'activité (R)	Plan urgences - Hôpitaux locaux (R)	Plan urgences - SSR (R)	Plan santé mentale (R)	Plan Alzheimer - SSR (R)	Plan Alzheimer - SSR (NR)
Alsace	396 815,59	0,00	-1 943,07	5 538,65	15,47		1 519,52	2 041,92	456,56	683,92	864,21	100,00	100,00
Aquitaine	635 298,00	0,00	-3 110,83	8 327,36			2 432,73	3 269,10	501,17	1 417,97	1 402,12	100,00	100,00
Auvergne	328 878,16	0,00	-1 610,40	4 509,05			1 259,37	1 692,33	981,11	625,32	467,69	100,00	100,00
Bourgogne	298 677,91	0,00	-1 462,52	4 306,20			1 143,72	1 536,93	646,82	750,69	613,48	100,00	100,00
Bretagne	764 355,66	1 600,00	-3 742,79	10 831,15			2 926,93	3 933,20	899,09	1 351,74	1 136,35	100,00	100,00
Centre	428 690,76	0,00	-2 099,15	5 644,02	5,16		1 641,58	2 205,94	405,14	1 111,14	1 356,92	100,00	100,00
Champagne-Ardenne	230 943,37	0,00	-1 130,85	3 239,01	5,16		884,35	1 188,38	369,12	555,12	761,74	100,00	100,00
Corse	57 777,21	0,00	-282,92	670,77			221,24	297,31	53,62	124,30	108,23	0,00	0,00
Franche-Comté	259 621,19	0,00	-1 271,28	3 604,45			994,16	1 335,95	254,29	474,41	381,92	100,00	100,00
Ile-de-France (hors AP-HP)	2 025 272,02	0,00	-9 917,06	27 682,39	10,31	58,90	7 755,33	10 421,59	353,71	3 410,15	5 715,32	200,00	200,00
Languedoc-Roussillon	463 188,06	-2 299,15	-2 268,07	5 268,16	5,16		1 773,68	2 383,46	796,46	1 137,41	1 380,44	100,00	100,00
Limousin	195 790,86	0,00	-958,72	2 738,90			749,74	1 007,50	247,88	378,33	349,88	100,00	100,00
Lorraine	554 456,20	0,00	-2 714,98	4 154,16	5,16		2 123,17	2 853,11	575,79	940,25	908,47	100,00	100,00
Midi-Pyrénées	562 729,59	0,00	-2 755,49	7 615,21	10,31		2 154,85	2 895,68	837,68	1 259,12	1 057,72	100,00	100,00
Nord-Pas-de-Calais	828 956,93	0,00	-4 059,12	6 727,10	5,16		3 174,31	4 265,62	163,86	1 547,60	2 082,59	100,00	100,00
Basse-Normandie	313 387,93	-480,00	-1 534,55	4 261,58			1 200,05	1 612,62	300,50	633,88	551,88	100,00	100,00
Haute-Normandie	320 577,97	0,00	-1 569,76	4 346,98			1 227,58	1 649,62	380,73	717,07	1 040,48	100,00	100,00
Pays-de-la-Loire	706 080,41	-1 120,00	-3 457,43	8 289,52	5,16		2 703,78	3 633,33	1 902,41	1 445,18	1 702,75	100,00	100,00
Picardie	438 012,10	0,00	-2 144,79	6 242,23			1 677,27	2 253,91	175,46	729,77	663,88	100,00	100,00
Poitou-Charentes	343 093,80	0,00	-1 680,01	4 491,49			1 313,80	1 765,48	369,12	809,03	736,92	100,00	100,00
Provence-Alpes-Côte d'Azur	836 985,99	2 299,15	-4 098,43	3 924,01	15,47		3 205,05	4 306,94	693,24	2 142,16	2 619,12	100,00	100,00
Rhône-Alpes	1 255 336,83	0,00	-6 146,95	14 041,27	5,16		4 807,03	6 459,68	1 791,40	2 393,57	3 209,50	200,00	200,00
France métropolitaine	**12 244 926,53**	**0,00**	**-59 959,17**	**146 453,66**	**87,68**	**58,90**	**46 889,22**	**63 009,60**	**13 155,16**	**24 638,13**	**29 111,61**	**2 300,00**	**2 300,00**
Guadeloupe	93 468,12	0,00	-457,68	1 274,70			357,92	480,97	80,43	170,36			
Guyane	171 492,04	0,00	-839,74	1 977,63			656,69	882,46	64,42	49,30			
Martinique	106 010,92	0,00	-519,10	551,77			405,95	545,51	0,00	144,08			
Réunion	107 940,00	0,00	-528,54	1 421,88			413,33	555,43	0,00	223,60			
DOM	**478 911,08**	**0,00**	**-2 345,06**	**5 225,98**	**0,00**	**0,00**	**1 833,88**	**2 464,37**	**144,85**	**587,34**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Total montants régionaux	**12 723 837,61**	**0,00**	**-62 304,23**	**151 679,64**	**87,68**	**58,90**	**48 723,10**	**65 473,96**	**13 300,01**	**25 225,47**	**29 111,61**	**2 300,00**	**2 300,00**

DHOS/F2

Annexe I.2
Campagne 2008
DAF

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Plan solidarité grand âge - SSR (R)	Développement soins palliatifs en SSR (R)	Diverses mesures santé publique (R)	Diverses mesures santé publique (NR)	PRISM (R)	Contractuali-sation ARH (R)	Création de places en SSR (R)	RIM psy (NR)	Mesures ponctuelles (R)	Mesures ponctuelles (NR)	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 29 février 2008
Alsace	154,53	201,87	156,00		329,43	649,37	2 584,18	185,68			13 638,24	410 453,83
Aquitaine	391,58	344,32	195,58	160,00	522,61	1 107,54	4 036,61	303,25		200,00	21 701,10	656 999,10
Auvergne	198,57	148,17			265,08	476,75	373,86	152,36			9 739,26	338 617,42
Bourgogne	208,98	180,44	156,00		314,52	580,39	2 495,68	160,64			11 831,97	310 509,88
Bretagne	414,07	342,30			610,23	1 101,10	3 392,29	433,56			25 429,23	789 784,89
Centre	569,24	278,37			343,98	895,25	2 193,71	183,89	13,90		14 949,09	443 639,85
Champagne-Ardenne	289,99	148,73			167,44	478,54	599,99	152,68			7 909,40	238 852,76
Corse	139,47	30,96			32,52	99,71	292,39	28,25			1 815,86	59 593,07
Franche-Comté	119,11	127,35			223,89	409,56	662,82	117,46			7 634,10	267 255,29
Ile-de-France (hors AP-HP)	589,10	1 040,48			1 889,06	2 053,36	5 289,44	871,00	22,95	118,95	57 764,97	2 083 037,00
Languedoc-Roussillon	770,34	279,97			455,41	900,61	1 767,93	161,86			12 713,67	475 901,72
Limousin	477,45	80,59			116,29	259,10	1 749,44	121,86			7 518,23	203 309,09
Lorraine	228,52	259,86	138,87		465,29	835,92	2 951,70	248,60	-23,82		14 150,07	568 606,27
Midi-Pyrénées	894,59	306,16	155,30		428,41	984,60	1 284,87	303,13	1 213,06		18 845,19	581 574,78
Nord-Pas-de-Calais	358,68	449,23			781,84	1 444,91	6 505,17	422,29			24 069,24	853 026,17
Basse-Normandie	698,51	160,99			224,41	517,85	671,89	215,26			9 234,87	322 622,80
Haute-Normandie	305,31	201,25			426,19	647,22	1 141,64	128,25			10 842,57	331 420,53
Pays-de-la-Loire	1 536,59	380,71			585,10	1 224,40	4 988,97	318,63			24 339,10	730 419,51
Picardie	296,91	209,61	156,00		275,67	674,03	2 733,40	168,10	31,39		14 342,84	452 354,93
Poitou-Charentes	658,69	190,30			271,79	612,20	524,75	188,37			10 451,94	353 545,74
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 649,49	531,23			623,64	1 708,66	2 384,09	413,73			22 617,55	859 603,54
Rhône-Alpes	577,31	667,23	333,48		986,95	2 146,10	7 760,96	572,33			40 005,02	1 295 341,85
France métropolitaine	**11 527,03**	**6 560,12**	**1 291,23**	**160,00**	**10 339,75**	**19 807,18**	**56 385,78**	**5 851,18**	**1 257,48**	**318,95**	**381 543,49**	**12 626 470,02**
Guadeloupe	60,16	49,67			68,04	159,75	488,11	18,34			2 750,76	96 218,88
Guyane	11,01	22,44	571,62		49,87	72,19	295,84	4,81	500,00		4 318,55	175 810,59
Martinique	93,14	44,33			111,72	142,60	267,21	11,70			1 798,90	107 809,82
Réunion	91,44	87,11	153,70		86,00	280,19		62,13			2 846,27	110 786,27
DOM	**255,75**	**203,55**	**725,32**	**0,00**	**315,63**	**654,73**	**1 051,16**	**96,98**	**500,00**	**0,00**	**11 714,48**	**490 625,56**
Total montants régionaux	**11 782,78**	**6 763,67**	**2 016,55**	**160,00**	**10 655,38**	**20 461,91**	**57 436,94**	**5 948,16**	**1 757,48**	**318,95**	**393 257,97**	**13 117 095,59**

Annexe I.3
Campagne 2008
USLD

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Bases de référence pour 2008	Mesures salariales globalisées (R)	charges extérieures globalisées (R)	PSGA (R)	transferts interrégionaux (R)	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 29 février 2008
Alsace	49 341,15	535,42	83,88	0,00		619,30	49 960,45
Aquitaine	42 537,31	461,59	72,31	3 840,69		4 374,59	46 911,90
Auvergne	46 945,81	509,43	79,81	0,00		589,24	47 535,05
Bourgogne	29 434,78	319,41	50,04	1 747,92		2 117,37	31 552,15
Bretagne	83 003,98	900,71	141,11	361,35		1 403,17	84 407,15
Centre	46 987,38	509,88	79,88	2 177,29		2 767,05	49 754,42
Champagne-Ardenne	37 514,53	407,08	63,77	280,08		750,94	38 265,47
Corse	4 988,67	54,13	8,48	0,00		62,61	5 051,28
Franche-Comté	23 672,10	256,88	40,24	0,00		297,12	23 969,22
Ile-de-France (hors AP-HP)	78 686,91	853,86	133,77	1 813,56		2 801,19	81 488,10
Languedoc-Roussillon	57 713,54	626,27	98,11	226,10	-756,53	193,96	57 907,49
Limousin	33 969,39	368,62	57,75	573,93		1 000,29	34 969,69
Lorraine	47 804,97	518,75	81,27	3 778,17		4 378,19	52 183,16
Midi-Pyrénées	48 910,69	530,75	83,15	6 918,05		7 531,95	56 442,64
Nord-Pas de Calais	86 897,93	942,96	147,73	0,00		1 090,69	87 988,62
Basse-Normandie	22 487,70	244,02	38,23	0,00		282,25	22 769,95
Haute-Normandie	30 282,43	328,61	51,48	0,00		380,09	30 662,52
Pays de Loire	75 438,47	818,61	128,25	3 328,20		4 275,06	79 713,53
Picardie	47 676,38	517,35	81,05	3 678,98		4 277,38	51 953,76
Poitou Charentes	31 458,71	341,37	53,48	4 637,41		5 032,26	36 490,98
Provence Alpes Côte d'Azur	67 673,61	734,35	115,05	789,21	756,53	2 395,14	70 068,74
Rhône-Alpes	135 260,43	1 467,76	229,94	9 266,22		10 963,93	146 224,36
France métropolitaine :	**1 128 686,88**	**12 247,82**	**1 918,77**	**43 417,16**	**0,00**	**57 583,75**	**1 186 270,63**
Guadeloupe	6 653,61	72,20	11,31	0,00		83,51	6 737,12
Guyane	382,99	4,16	0,65	0,00		4,81	387,79
Martinique	5 468,51	59,34	9,30	0,00		68,64	5 537,15
Réunion	3 114,82	33,80	5,30	0,00		39,10	3 153,92
DOM	**15 619,92**	**169,50**	**26,55**	**0,00**	**0,00**	**196,05**	**15 815,98**
Total dotation régionales	**1 144 306,80**	**12 417,32**	**1 945,32**	**43 417,16**	**0,00**	**57 779,80**	**1 202 086,60**

Annexe II. Modalités de fixation des éléments de tarification

Les mesures tarifaires nouvelles passent par différents vecteurs, utilisant les différentes modalités de financement de l'activité MCO. Les mesures 2008 sont les suivantes :

1. Evolution de la classification des GHM

La classification servant de base à la description des prises en charges d'hospitalisation est la version 10 de la classification des GHM. En 2007, quelques évolutions mineures, conduisant notamment à la création de nouveaux GHM avaient conduit à définir une version V10B de la classification.

En 2008, une version V10C est développée, comportant quelques nouveaux GHM permettant une meilleure description de certaines activités et prolongeant des travaux menés avec les professionnels : les GHM "convulsions, épilepsies et céphalées" sont remplacés par plusieurs GHM d'épilepsie, de migraine et convulsions hyperthermiques, un nouveau GHM de séances d'aphérèses est créé, ainsi qu'un nouveau GHM de transplantation, destiné à décrire les activités de greffe nouvellement apparues (greffe d'intestin notamment). Enfin, afin de prendre en compte les particularités d'activité liées à l'âge, le GHM de cathétérisme cardiaque est scindé sur le critère d'âge (18 ans).

2. Evolution de la classification des prestations

2.1. Les GHS

Le modèle général de financement des prises en charge d'hospitalisation associe un tarif (GHS) à chaque GHM. Dans un nombre limité de cas, deux, voire 3 GHS sont associés à un même GHM pour financer de manière adaptée des prises en charge mal décrites par les GHM.

En 2008, ces modalités tarifaires sont utilisées pour répondre aux cas suivants :

- un GHS de sevrage complexe est créé pour les addictions non liées à l'alcool ; pour mémoire, un GHS de sevrage complexe avait été créé en 2007 pour les addictions éthyliques ; ces GHS sont créés dans le cadre du plan addictologie ; le tarif du GHS de sevrage complexe, comme celui du sevrage simple sont désormais identiques pour toutes les addictions, affichant ainsi l'unicité de la pratique addictologique ;
- un GHS d'irradiation corporelle totale (ICT) est créé pour mieux financer cette technique spéciale de radiothérapie ;
- un GHS de thermocoagulation utérine (thermachoice) est créé, permettant de financer de manière adaptée ce type de prise en charge gynécologique courte ;
- deux GHS sont créés pour financer la prise en charge inhérente à la pose d'un dispositif d'assistance ventriculaire (cœur artificiel) ; le financement du dispositif lui-même relève encore en 2008 d'une enveloppe MIGAC, dans l'attente de son inscription sur la liste des prestations et produits remboursables ;
- enfin, un GHS de chimiothérapie non tumorale est créé afin de permettre une valorisation adéquate des prises en charge concernées.

2.2. Les forfaits sécurité environnement (forfaits SE)

En 2007, une nouvelle catégorie de prestations a été créée, destinée notamment à rémunérer la mobilisation du secteur opératoire ou d'un plateau technique particulier d'un établissement de santé à l'occasion d'un acte technique médical réalisé sur un patient pris en charge en soins externes. Trois catégories de forfaits (SE1, SE2 et SE3) étaient ainsi facturables, sous réserve que l'acte réalisé figure sur une liste définie (respectivement listes 1, 2 et 3).

En 2008, une évolution de ces listes intervient, pour prendre en compte, d'une part, les modifications intervenues dans la CCAM et, d'autre part, les conclusions des travaux techniques effectués sur ces listes en concertation avec les fédérations hospitalières.

Par ailleurs, un quatrième forfait (SE 4) est créé, pour rémunérer de façon adaptée les saignées thérapeutiques, tout en limitant la facturation indue d'un GHS pour des prises en charge externes.

Enfin, les règles de cumul de ces forfaits sont précisées : deux forfaits peuvent être cumulés lorsque deux ou plusieurs actes inscrits sur les listes sont réalisés, à condition que ces listes soient différentes (forfaits différents). Dans ce cas, le montant du forfait le moins élevé est minoré de 50 %.

2.3. Les forfaits de prélèvement d'organes

Les forfaits de prélèvements d'organes étaient à ce jour déclinés en 4 niveaux, fonction notamment du type et nombre d'organes prélevés. Désormais, 10 niveaux de forfait sont définis afin de rémunérer séparément les équipes qui prélèvent le ou les organes, notamment lorsque ces équipes proviennent d'un autre établissement que celui où est pratiqué le prélèvement. Cette modulation est effectuée à enveloppe constante.

2.4. Les forfaits de dialyse

Les autorisations concernant l'activité de dialyse étant désormais toutes délivrées, la liste provisoire des forfaits de dialyse en centre facturables avant autorisation est supprimée. Seule est maintenue la liste fixant les forfaits versés aux établissements autorisés.

Par ailleurs, les structures de dialyse hors centre peuvent désormais facturer les forfaits d'entraînement à la dialyse péritonéale qui n'étaient jusqu'à présent facturés que par les structures de dialyse en centre.

2.5. Le supplément pour réanimation pédiatrique

Alors que le processus d'autorisation est finalisé pour la réanimation adulte, le calendrier réglementaire permet de délivrer les notifications d'autorisation pour la réanimation pédiatrique jusqu'en janvier 2009. A titre transitoire pour l'année 2008, un dispositif analogue à celui qui avait été admis en 2007 pour la réanimation adulte est donc mis en place, afin de permettre aux établissements concernés de continuer à facturer ces suppléments REP.

2.6. Le forfait d' "accueil et de traitement des urgences" (ATU)

Ce forfait ATU est facturable dès lors que des soins non programmés sont délivrés à un patient par la structure des urgences de l'établissement de santé. Dans les cas où, pour des raisons d'organisation interne des établissements, les patientes accueillies pour des urgences gynécologiques sont orientées directement vers les services de gynécologie-obstétrique, une telle venue pour des soins non programmés, non suivis d'hospitalisation dans un service MCO ou en UHCD, peut donner lieu à facturation d'un ATU. La facturation d'un ATU ne concerne pas les urgences obstétricales.

3. Modulations tarifaires

3.1. Rapprochement de certains tarifs d'hospitalisation complète et de chirurgie ambulatoire pour les établissements anciennement financés par dotation globale

Conformément à la recommandation n° 2006-29 du conseil de l'hospitalisation, des mesures de modulations tarifaires ont été prises pour 2007 afin d'encourager le développement de la chirurgie ambulatoire en rendant ses prestations plus attractives par comparaison avec celles de l'hospitalisation complète. Dans ce but, il a été opéré un rapprochement des tarifs au sein de 15 couples de GHM composés chacun d'un GHM correspondant à une hospitalisation de courte durée et d'un ou plusieurs GHM correspondant à des hospitalisations de plus de deux jours, l'écart entre les tarifs au sein de ces couples étant réduit de 50 %.

Cette mesure destinée à inciter les établissements de santé à développer les pratiques ambulatoires est poursuivie en 2008. La méthode est adaptée afin de moduler le rapprochement des tarifs des GHM concernés en fonction du degré de similitude, au sein de chaque couple, des prises en charge chirurgicales effectuées dans les GHM du couple. Plus la similitude est élevée, plus les tarifs sont rapprochés.

Ce rapprochement, basé sur des critères médicalisés et sur le choix de faire converger le tarif de l'hospitalisation classique vers le tarif de l'hospitalisation courte, permettra de dégager des économies sur le secteur public par un double mécanisme :

- un effet direct de baisse des tarifs de l'hospitalisation complète ;
- un effet de substitution de séjours courts aux séjours de plus de deux jours.

La mesure ainsi proposée présente l'intérêt d'inciter au développement de la chirurgie ambulatoire sans faire obstacle à une prise en charge appropriée des malades qui relèvent de l'hospitalisation complète. Par ailleurs, cette incitation devrait induire des modifications des pratiques dans le sens d'un raccourcissement des séjours actuellement davantage réalisé dans le secteur privé.

3.2. Revalorisations ciblées

Elles concernent les points suivants :

- la revalorisation des tarifs applicables dans le secteur privé pour les deux GHS de nouveaux-nés de plus de 2,5 kgs ;
- l'ajustement des deux GHS existant pour l'activité d'autogreffe de moelle : le GHM concerné présente deux GHS, scindés sur la durée de séjour (12 jours). Le GHS "bas" (durée de séjour <12 jours) est revalorisé afin de mieux prendre en compte le coût important des premiers de jours de prise en charge ; cette revalorisation est réalisée à enveloppe constante, le GHS "haut" (DS > 12 jours) étant ajusté en conséquence ;
- la revalorisation des prestations d'interruption volontaire de grossesse (IVG) : le tarif de ces prestations évolue en dehors du modèle tarifaire T2A ; ces prestations n'avaient pas été revalorisée depuis 2004 (arrêté du 23 juillet 2004) ; une étude de coûts récente ayant montré la sous valorisation des IVG instrumentales, la demande de revalorisation des professionnels a été entendue comme je l'ai annoncé en début d'année ; une augmentation d'environ 20% du tarif de ces IVG est donc réalisée ; les IVG médicamenteuses conservent leur tarif ; cette revalorisation fait l'objet d'un arrêté spécifique ;
- la revalorisation des prestations de dialyse hors centre, destinée à favoriser le développement de cette activité selon cette modalité, plus souple pour les patients, d'un point de vue organisationnel : le tarif des prestations de dialyse péritonéale (DPA, DPCA, et entraînement à la DPA et DPCA), ainsi que d'hémodialyse à domicile sont augmentés de 2%. Les tarifs de dialyse en centre augmentent de 0,3%.

4. Forfait haute technicité pour les établissements ex OQN bénéficiant du coefficient haute technicité

Un forfait annuel de haute technicité est créé qui correspond pour chaque établissement, à ses recettes en provenance de l'assurance maladie résultant de l'application du coefficient de haute technicité aux données de son activité 2006 corrigées du taux national d'évolution prévisionnelle de 1,7% et valorisées aux tarifs nationaux des prestations pour 2007.

Le 1er mars 2009, la valeur du coefficient de haute technicité sera fixée à un. Cette nouvelle réduction de moitié du coefficient de haute technicité s'accompagnera du versement à chaque établissement d'un montant équivalent à 75% de la valeur du forfait annuel de haute technicité en raison de la baisse de 25% du montant de ce forfait que je souhaite voir appliquée chaque année à compter de 2009 et jusqu'en 2012. Les sommes générées par cette diminution du forfait seront affectées à des tarifs nationaux de prestations d'hospitalisation correspondant à des groupes homogènes de malades (G.H.M) représentatifs d'une haute technicité réactualisée.

Annexe III. Financement des plans de santé publique en 2008

La mise en œuvre des grands plans et programmes de santé publique se poursuivra en 2008 pour un montant total de 449 millions d'euros (reports et mesures nouvelles, tarifs et dotations) : plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer, plan de solidarité grand âge, plan cancer, plan urgences, plan périnatalité, plan santé mentale, plan pour la prise en charge et la prévention des addictions, plan maladies rares, plan de lutte contre la douleur, programme national de lutte contre les infections nosocomiales, développement des soins palliatifs et prise en charge de la santé des personnes détenues.

Ces programmes et plans de santé publique sont financés, selon les actions concernées, par les tarifs ou par les dotations. Ils intéressent tous les établissements éligibles, qu'ils soient publics ou privés.

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

1.1. Le volet hospitalier du plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer

Les mesures s'intègrent dans le plan Alzheimer dont le volet hospitalier représente un effort de 25M€ pour 2008.

1.1.1. Le développement des consultations mémoire

Une première mesure vise à compléter le maillage du territoire en créant des consultations dans les zones non pourvues de manière à proposer une consultation mémoire pour 15 000 habitants de plus de 75 ans. En 2008, la création de 24 consultations mémoire sera financée à hauteur de 4,224 M€ sur la base d'un financement de 176 000 € par consultation.

La deuxième mesure a pour objet d'augmenter les moyens des consultations à forte activité notamment pour améliorer le dispositif d'annonce de la maladie. A partir de deux critères cumulatifs (une file active supérieure ou égale à 200 patients et un ratio de nouveaux patients rapporté à la file active supérieur ou égal à 40%), les moyens de 122 consultations mémoire vont être augmentés de 20%. Chacune de ces consultations va voir ses crédits augmenter de 35 540€. Cette mesure représente un coût total de 4,34 M€.

Un montant de 5,4 M€ est également consacré à l'extension en année pleine des créations et renforcement de consultations mémoire financées en 2007.

1.1.2. La création de centres de mémoire et de ressources (CMRR) dans les zones non pourvues.

Il reste à créer trois CMRR pour atteindre l'objectif d'un CMRR par région. 1,14 M€ sont consacrés à cette mesure en 2008, l'estimation du coût d'un CMRR étant de 0,38 M€.

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

Les unités cognitivo-comportementales sont identifiées dans les structures SSR préexistantes. Le financement a pour objet de couvrir les coûts supplémentaires liés à cette spécialisation, d'une part le recrutement des personnels spécifiques (1 psychomotricien/ ergothérapeute, 1 assistante de gérontologie, 1 psychologue, 0,2 ETP de psychiatre pour une unité de 12 lits) et d'autre part les travaux d'adaptation des locaux.

Les moyens alloués en 2008 permettent de financer les premiers travaux nécessaires (100 000 euros, crédits non reconductibles) ainsi que le recrutement des personnels à mi-année (100 000 euros, crédits reconductibles).

La répartition régionale de l'enveloppe de 4,8 M€ a pour objet de permettre l'individualisation d'une unité par région métropolitaine, hors Corse. Les régions Rhône-Alpes et Ile de France bénéficient respectivement de deux et trois unités en raison de leur poids démographique.

La montée en charge se poursuivra sur la durée du plan, tant en renforcement en personnel qu'en adaptation des locaux, de façon à pourvoir notamment les régions non dotées en 2008.

1.2. Le plan de solidarité grand âge

1.2.1. Le court séjour gériatrique

La mesure consiste à poursuivre le développement des services ou des lits de court séjour gériatrique. L'objectif poursuivi vise à proposer un lit de court séjour gériatrique pour 1000 habitants de plus de 75 ans. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a prévu à ce titre une enveloppe de 29,10M € sur la part tarifaire. En effet, à partir de 2008, avec le passage à 100% de la part tarifée à l'activité, le développement du court séjour gériatrique est intégré dans la progression de l'ODMCO et ne requiert plus une répartition fléchée des crédits contrairement aux années précédentes.

1.2.2. L'hôpital de jour gériatrique

Le plan de solidarité grand âge a fixé comme objectif 0,5 place d'hôpital de jour gériatrique pour 1000 habitants de plus de 75 ans. Une enveloppe de 13,43 M€ est prévue dans l'ODMCO (part tarifaire) pour couvrir l'augmentation prévisionnelle de l'activité d'hôpital de jour gériatrique

1.2.3. Le SSR gériatrique

L'objectif poursuivi par le plan de solidarité grand âge est de 3 lits de SSR gériatrique pour 1000 habitants de plus de 75 ans. Les dotations de l'ODAM sont majorées de 12,10 M € dont 6,51M€ pour le financement en année pleine des mesures engagées en 2007. Les mesures nouvelles 2008, d'un montant de 5,59 M€ ont été réparties pour moitié sur un critère populationnel (nombre de personnes de plus de 75 ans) et pour moitié en fonction des prévisions de créations de lits de SSR en 2008 conformément à l'enquête DHOS sur la filière gériatrique. Dans la cadre de cette mesure, les moyens affectés à l'OQN sont majorés de 1,43 million d'euros.

1.3. Le plan urgences : renforcement des équipes mobiles gériatriques

Pour mémoire, le plan urgences prévoit le renforcement des équipes mobiles de gériatrie (cf infra).

2. Le plan cancer

Dans la continuité du plan cancer 2003-2007, 18,15 millions d'euros de mesures nouvelles sont mobilisés en 2008 et visent à renforcer la sécurité des soins de radiothérapie, à développer la recherche clinique et à soutenir les pôles régionaux de cancérologie. L'ONDAM 2008 (enveloppe tarifaire) prévoit les moyens nécessaires (3M€) pour assurer le financement de la généralisation du dépistage du cancer colorectal à l'ensemble du territoire, financement calibré en fonction du nombre de coloscopies attendues. Vous voudrez bien vous assurer de cette mise en œuvre.

La majorité des financements 2008 sont délégués en ce début de campagne ; les crédits restant à déléguer concerneront la cancérologie pédiatrique, les plateformes de génétique moléculaire et l'indemnisation des stagiaires radio physiciens.

Les établissements privés ex-OQN sont aidés au titre de ces mesures nouvelles à hauteur de 2,80 millions d'euros dont une partie des crédits est déléguée par la présente circulaire.

2.1. L'accompagnement de la mise aux normes des centres de radiothérapie

2.1.1. L'appui à l'acquisition de systèmes de dosimétrie in vivo au titre du FMESSP

Le renforcement de l'assurance qualité et de la sécurité des traitements en radiothérapie prévoit de généraliser la pratique de la dosimétrie in vivo. A cet effet, vous recevrez prochainement une délégation de crédits d'un montant de 2 millions d'euros au titre du FMESPP pour financer l'acquisition de dosimètres au sein des centres de radiothérapie dont 0,420 millions d'euros pour les établissements privés ex-OQN. Ces financements viennent compléter une dotation d'un montant de 1 million d'euros destinée aux cabinets libéraux de radiothérapie déléguée par ailleurs dans le cadre du FIQCS.

Ces moyens permettront de compléter l'équipement des accélérateurs pour la dosimétrie in vivo à raison de un ou deux systèmes de mesure par centre de radiothérapie en mettant **très rapidement plus de 300 systèmes de dosimétrie** à disposition de ces centres.

2.1.2. Le renforcement en personnels des équipes de radiothérapie

Un accompagnement spécifique d'un montant de 2 millions d'euros vous est délégué au titre de l'aide à la contractualisation. Ces moyens supplémentaires doivent vous permettre de soutenir et d'accélérer, dans certains centres de radiothérapie, les recrutements nécessaires à la mise en conformité avec les critères d'agrément de radiothérapie, concernant en particulier les manipulateurs en électroradiologie médicale et les radiophysiciens.

La répartition régionale tient compte des effectifs actuels au regard du nombre de patients traités annuellement (Données Observatoire de la radiothérapie).

2.2. Le développement de la Recherche Clinique

2.2.1. Le financement des équipes mobiles de recherche clinique

Dans le prolongement du soutien apporté en 2004 par la DHOS au renforcement de la recherche clinique en cancérologie (circulaire DHOS – OPRC n° 346 du 22 juillet 2004), l'Institut National du Cancer a financé en novembre 2006, par appel à projets, la création de 26 équipes mobiles de recherche clinique (EMRC).

Ces équipes mobiles assurent des missions de proximité, en soutien aux investigateurs. Elles sont plus particulièrement chargées :

- de faciliter la mise en place des essais et des inclusions dans les services de soins ;
- de mettre en place des outils de travail et de suivi de l'activité spécifiques aux différents essais concernés ;
- de participer au repérage des patients susceptibles d'être inclus dans les essais suivis et sensibiliser les investigateurs aux objectifs portant sur le nombre d'inclusions ;
- d'assurer le suivi des inclusions, des procédures de tirage au sort et de l'organisation des actes médicaux prévus dans le déroulement des essais.

Ces équipes sont mises à disposition en priorité des centres hospitaliers et des établissements privés afin d'améliorer leur capacité à inclure les malades dans une recherche clinique de qualité. Elles peuvent néanmoins être affectées au sein d'établissements membres du pôle régional de cancérologie et encadrées par les professionnels de la recherche clinique hospitalière.

Un financement de 3 millions d'euros vous est délégué en MIGAC pour consolider le financement de ces équipes, dont 0,262 million d'euros destinés aux établissements privés ex-OQN.

2.2.2. Le soutien aux Centres de Traitements de Données

Un financement de 1 million d'euros est délégué à sept régions afin de prendre le relais de l'appel à projet INCa, publié le 30 mars 2007, relatif à la « Labellisation des Centres de Traitements de Données (CTD) » dont les missions sont, en concertation avec les promoteurs d'essais cliniques, tout ou partie des points suivants :

- fournir l'aide logistique informatique permettant de garantir la qualité des données recueillies ;
- apporter une expertise pour la gestion de projets : coordonner la collecte, la vérification et les corrections éventuelles de données ;
- apporter une expertise méthodologique pour la conception des protocoles, des cahiers d'observations et des formats de données et une expertise statistique pour l'analyse des résultats et la rédaction de la publication.

Le financement délégué doit servir aux onze CTD retenus pour recruter les personnels nécessaires à la mise en œuvre de ces missions de manière à optimiser la qualité du traitement de données et à assurer le suivi des essais cliniques en cancérologie.

2.3. Le soutien aux pôles régionaux de cancérologie

Un financement de 2 millions d'euros vous est délégué afin de mettre à disposition des pôles régionaux de cancérologie des postes de coordination médicale pour leur permettre de respecter les objectifs fixés par les SROS III et d'accomplir leurs missions.

Le pôle régional rassemble les établissements de santé exerçant en sus de leurs activités de soins des missions régionales hautement spécialisées de recours et d'expertise, de recherche clinique et d'innovation. Il doit garantir pour tout patient, quel que soit le lieu de prise en charge initiale, l'accès à des ressources de recours, d'expertise et de recherche, et mettre en place l'organisation et les critères permettant l'accès à ces ressources.

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

3.1. Renforcer la régulation des SAMU : recrutement de PARM

Un effort supplémentaire est à nouveau réalisé en 2008 afin de permettre le recrutement de **permanenciers d'accueil et de régulation médicale** (PARM). L'enveloppe de 12 M€ correspond à l'extension en année pleine de la mesure financée en 2007 (6M€) ainsi qu'à une nouvelle tranche de financement pour 2008, permettant le recrutement de 300 PARM, en mi-année (6M€). La répartition régionale des crédits est effectuée en fonction du nombre d'affaires régulées.

Vous veillerez à ce que la répartition des crédits entre les SAMU de la région tienne compte des crédits déjà attribués en 2007, des dotations en 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, en particulier en période de crise sanitaire.

3.2. Renforcer la filière urgences dans son ensemble par les mesures du plan urgences

En 2008, les mesures du Plan Urgences, telles qu'annoncées le 30 septembre 2003, visent à poursuivre la mise en place d'équipes mobiles de gériatrie, le développement de la médicalisation des hôpitaux locaux et le renforcement des structures de SSR. Les objectifs sont précisés ci-dessous.

Comme les années précédentes, il vous est possible d'assurer une certaine fongibilité entre les mesures du plan urgences, afin de répondre au mieux aux priorités et spécificités locales identifiées dans la région. Celles-ci devront être analysées en lien avec les professionnels de la filière urgences, dans le cadre des commissions régionales " urgences ", et en associant également des représentants des professionnels de la gériatrie et des services d'aval (hôpital local, SSR).

Cette fongibilité doit également vous permettre d'assurer la cohérence des mesures pluriannuelles déjà engagées localement, en veillant notamment à ce que les mesures déjà engagées soient opérationnelles avant d'initier de nouveaux programmes.

3.2.1. Poursuivre la médicalisation et le renforcement de la permanence médicale dans les hôpitaux locaux

Le plan Urgences prévoit des financements consacrés au développement de la médicalisation des hôpitaux locaux pour la période 2004-2007 à hauteur de 88,8 M€. 13,3 M€ sont délégués en 2008 au titre de l'extension en année pleine de la mesure financée à mi-année en 2007.

Au même titre qu'en 2006 et 2007, l'effort de médicalisation des hôpitaux locaux doit être privilégié, notamment par le financement des mesures prévues par le décret n° 2007-1741 du 11 décembre 2007 et précisées par l'arrêté du 27 décembre 2007 relatif au plafond d'indemnisation des médecins généralistes participant à la continuité médicale des soins de l'hôpital local.

Les crédits de la tranche 2008 doivent donc être mobilisés pour financer les priorités suivantes :

- le **renforcement de la continuité des soins en hôpital local,** notamment par l'indemnisation des médecins libéraux pour leur participation à la permanence médicale et la rémunération du contrat de médecin coordonnateur prévu par les textes susmentionnés ;
- le **renforcement de la médicalisation** de l'hôpital local dans ses activités de soins de suite et de réadaptation. Vous financerez à cette occasion l'élévation du plafond d'actes médicaux réalisés en SSR par semaine prévue par le décret n°2007-1741 susmentionné ;
- **l'évolution vers une pleine mixité d'exercice** entre les praticiens hospitaliers et les médecins généralistes autorisés intervenant à l'hôpital local. Conformément aux possibilités offertes par le décret, vous vous assurerez que le travail commun entre les médecins généralistes libéraux et les praticiens hospitaliers soit rendu possible au sein d'une même activité ;
- **l'indemnisation de la formation médicale continue** des médecins généralistes autorisés intervenant en hôpital local. Lorsqu'une formation médicale est organisée par l'hôpital local, une indemnisation des médecins généralistes autorisés participant à cette formation est prévue à hauteur de 5 C par demi-journée ;
- **l'organisation efficace d'un traitement de l'information médicale**. Vous veillerez à ce que les hôpitaux locaux améliorent l'organisation du traitement de l'information médicale dans le cadre des conventions qu'ils ont passées avec les centres hospitaliers.

Pour 2008, les montants alloués à hauteur de 13,3 M€ ont été répartis en tenant compte :

- de critères de population : population totale et population de plus de 75 ans,
- du nombre d'hôpitaux locaux par région ainsi que du nombre de lits SSR et médecine dans les hôpitaux locaux.

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

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

Dans ce but, il vous est demandé de financer ou contribuer à financer prioritairement, sur ces crédits :

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

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

Le montant des crédits 2008 du Plan " Urgences " consacré aux structures de SSR est de 26 millions d'euros, correspondant à l'extension en année pleine de la tranche 2007 (soit 13 millions d'euros) et à la tranche 2008, financée en mi-année. Les crédits sont répartis pour moitié au prorata de la population régionale et pour moitié au prorata de la population âgée de plus de 75 ans.

3.2.3. Renforcer la compétence gériatrique

L'objectif poursuivi est de mettre en place une équipe mobile dans les établissements disposant d'un service de court séjour gériatrique. L'enquête réalisée par la DHOS en 2007 indique qu'il reste 88 équipes mobiles gériatriques à créer d'ici 2012. En 2008, 10 M€ sont consacrés au financement de ces équipes mobiles gériatriques dont 4,215 M€ pour le financement en année pleine des mesures engagées en 2007. Le solde (5,785 M€) est réparti au vu des résultats de l'enquête en deux sous-enveloppes identiques : 2,89 M€ sont consacrés au renforcement des équipes mobiles existantes, avec une répartition des moyens en fonction du nombre de personnes de plus de 75 ans ; l'autre moitié (2,89M€) est consacrée à la création de nouvelles équipes et est répartie au prorata du nombre d'équipes mobiles à créer.

4. Le développement des soins de suite et de réadaptation

4-1 La création de places SSR et accompagnement de l'évolution de l'activité :

L'enveloppe de 63 millions d'euros est destinée à développer l'offre de soins de suite et de réadaptation, d'une part pour accompagner l'évolution de l'activité attendue pour l'année 2008 et d'autre part pour mettre en œuvre les créations ou extensions des structures de SSR.

Elle est répartie entre les régions en tenant compte de deux critères :

- le soutien de l'activité attendue pour l'année 2008 estimée en fonction des objectifs quantifiés prévisibles pour l'année 2008 qui ont été déclarés dans le cadre de l'enquête flash SSR réalisée par la DHOS durant l'été 2007 ;

- la mise en œuvre des projets de renforcement des capacités en SSR déclarés dans le cadre de l'enquête flash SSR – 2007.

Je vous demande de financer en priorité des projets qui sont en voie d'achèvement et qui seront opérationnels en 2008 ainsi que des créations susceptibles d'être financées en tout ou partie par des redéploiements internes des crédits de l'établissement ou de l'enveloppe régionale (notamment lors de la reconversion des plateaux techniques).

4-2 Le développement des soins palliatifs :

Dans le cadre de l'accompagnement des situations de fin de vie en établissements de santé, une enveloppe de 7 millions d'euros est dévolue au développement des soins palliatifs au sein des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et notamment au sein des services de SSR prenant en charge des patients gériatriques ou présentant des affections chroniques susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. Il s'agit d'identifier au sein de ces services des petites capacités de lits identifiés qui devront bénéficier et d'un encadrement en personnels renforcé et répondre aux principales dispositions du cahier des charges annexé à la circulaire relative au développement des soins palliatifs à paraître prochainement.

A titre indicatif et sans que cela constitue une norme opposable, le renforcement du ratio de personnel par lit de SSR identifié a été calculé sur la base de 0,33 ETP par lit.

5. Le plan « périnatalité »

Le plan "périnatalité" 2005-2007 a fait l'objet d'une mise en œuvre en 2005, 2006 et 2007 qui doit se poursuivre et s'achever en 2008. Près de 195 millions d'euros ont d'ores et déjà été délégués aux établissements publics, et 30 millions d'euros pour le secteur privé. 110 millions d'euros ont été consacrés à la mise aux normes des établissements autorisés à pratiquer l'obstétrique et 30 millions d'euros ont permis la revalorisation des GHS et des suppléments de néonatologie pour les établissements privés.

Un bilan réalisé auprès des ARH au début de l'année 2007 a montré que le plan avait permis la

création de plus de 2 500 postes, dont 318 postes de médecins et 746 postes de sages-femmes.

En 2008, les mesures financées doivent permettre de poursuivre les mesures engagées en 2007, à savoir la mise aux normes des services de réanimation pédiatrique à hauteur de 11,25 millions d'euros (enveloppe tarifaire) et le recrutement de psychologues dans les maternités afin d'améliorer l'environnement psychologique de la naissance pour un total de 3 millions d'euros (dotation MIGAC) dont 1 pour les établissements ex-OQN qui vous sera délégué ultérieurement.

Pour la répartition de ces mesures, vous vous appuierez sur les préconisations du SROS dans une logique de complémentarité régionale des établissements et dans le cadre des réseaux de santé en périnatalité. Dans un souci de cohérence des mesures pluriannuelles déjà engagées localement en matière de périnatalité, et afin de permettre une adaptation fine aux spécificités locales, il vous est possible d'assurer une certaine fongibilité entre les mesures du plan, dans le respect des objectifs généraux de ce plan.

5.1. Organisation et mise aux normes des réanimations pédiatriques

L'organisation de la réanimation pédiatrique prévue par les décrets n° 2006-72 et n° 2006-74 du 24 janvier 2006 permet une meilleure structuration d'une offre relativement peu développée (41 services en France métropolitaine), en deux niveaux de prise en charge - réanimation pédiatrique et réanimation pédiatrique spécialisée - de façon à assurer le maintien d'une accessibilité au niveau régional d'une part, tout en identifiant des centres de référence (réanimation spécialisée) d'autre part.

Le financement accordé en 2008 au titre de cette mesure correspond à l'extension en année pleine de la mesure 2007. Le financement est intégré dans les suppléments réanimation pédiatrique (« REP ») qui ont été revalorisés en 2007.

Il vous est précisé qu'une réflexion sur l'organisation interrégionale des services de réanimation pédiatrique spécialisée est actuellement en cours.

5.2. Meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance

Cette démarche vise à renforcer la prévention des troubles du développement psychoaffectif des enfants en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents, notamment par des collaborations médico-psychologiques en maternité, dont les modalités de mise en œuvre sont précisées dans la circulaire N°DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

Le suivi des futurs parents par des psychologues doit se poursuivre et se développer, conformément aux préconisations de la circulaire et sur la base d'un état des lieux en maternité réalisé par les Commissions régionales de la Naissance (CRN). Les crédits, alloués dans le cadre de la dotation MIGAC, correspondent à l'extension en année pleine de la mesure accordée en 2007. Il vous est rappelé que les moyens doivent être prioritairement affectés dans les services où des besoins avaient été identifiés dans l'état des lieux réalisé par les CRN.

5.3. Développement des permanences d'accès aux soins de santé

Le plan périnatalité prévoit la création ou le renforcement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) afin d'optimiser l'accès aux soins et la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité. Le plan prévoit la création de nouvelles PASS dans les zones déficitaires ou le renforcement de PASS existantes en fonction des besoins et des contextes déterminés dans les PRAPS et les SROS. Neuf projets ont été financés entre 2005 et 2007. Six autres projets ont été retenus pour être financés en 2008 pour un montant total de 300 000 euros.

6. Le plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011

Selon les termes du plan et de la circulaire n°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, les structures de niveau 1 disposent d'une consultation en addictologie et d'une équipe de liaison et de soins en addictologie. Les structures de niveau 2 et 3 disposent en plus d'un service ou d'une unité d'hospitalisation en

addictologie et d'un hôpital de jour en addictologie.

La mise en œuvre de ce plan bénéficie d'un financement de 29,85 millions d'euros en 2008, qui se répartissent de la façon suivante :

- le renforcement ou la création de structures hospitalières en addictologie concernant les structures de niveau 2 de recours (5,54 millions d'euros), et de niveau 3 de référence (2,31 millions d'euros) dans chaque centre hospitalo-universitaire (CHU). Ces structures sont financées par leur activité notamment de pratique des sevrages complexes. Un GHS spécifique a ainsi été créé afin de financer de manière adaptée ce type d'activité, quel que soit le type d'addiction (alcool ou autres toxicomanies). La facturation de ce GHS ne peut être réalisée que dans les unités contractuellement reconnues.
- la création d'équipes de liaison et de soins en addictologie (2,31 millions d'euros en MIGAC).
- le développement de consultations (3,64 millions d'euros en MIGAC et 3,44 millions d'euros en provision pour augmentation d'activité sur l'ODMCO).
- l'augmentation du nombre de sevrages bénéficie d'une provision de 12,62 millions d'euros sur l'ODMCO.

Les mesures rémunérées par la dotation MIGAC réparties au prorata de la population. Elles sont financées à mi-année et bénéficieront d'une extension en année pleine en 2009.

7. Les mesures relatives à la santé mentale

7.1. Le plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008

La tranche 2008 du plan psychiatrie et santé mentale s'établit à 34,6 millions d'euros en 2008 et recouvre :

- le renforcement des moyens humains des équipes de psychiatrie à hauteur de 28,1 millions d'euros répartis entre les régions selon des critères identiques aux années précédentes (critère de population pondéré par les effectifs) ;
- l'extension en année pleine des crédits alloués en 2007 aux centres de ressources pour auteurs d'infractions sexuelles (0,6 millions d'euros pour l'Ile de France et PACA) et aux équipes de psychogériatrie (1million d'euros) ;
- le financement des centres ressources pour auteurs d'infractions sexuelles (1,9 million d'euros) et des équipes mobiles précarité (3 millions d'euros) qui sera alloué en cours d'année après appel d'offres.

Par ailleurs, l'utilisation en 2008 des ressources allouées au titre des « marges de manœuvre régionales » doit permettre de poursuivre les objectifs des années précédentes et concerner l'ensemble des modalités de prise en charge à temps plein, à temps partiel ou en consultation. Les choix d'allocation de ressources devront tenir compte de la nécessité d'avoir, au terme des quatre années de ce plan, renforcé les prises en charge hors hospitalisation à temps plein et rééquilibré les crédits en faveur de la pédopsychiatrie. Ces éléments seront détaillés, comme l'an dernier, dans une instruction commune DGS/DHOS/DGAS/CNSA à paraître.

7.2. Le renforcement des moyens destinés à la psychiatrie pour les établissements sous OQN

La progression des dépenses a été évaluée à 11,56 millions d'euros. Outre une revalorisation des tarifs de psychiatrie, les ressources qui en découlent permettront de prendre en compte le développement de l'activité en santé mentale des établissements privés sous OQN.

7.3. La création de maisons des adolescents

La création de structures consacrées à la prise en charge des adolescents fait l'objet d'un programme pluriannuel géré au plan national par appel à projets. Onze nouvelles maisons des adolescents seront créées en 2008, pour un montant total de 1,71 millions d'euros. Chaque projet bénéficie d'un financement d'environ 150 000 euros destinés notamment à financer les équipes médicales et paramédicales intervenant dans ces structures.

8. Le plan national maladies rares

Le Plan national maladies rares 2005 - 2008 vise à assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge. Il prévoit la labellisation de centres de référence pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares. La quatrième et dernière campagne de labellisation a retenu les dossiers de 29 équipes portant le nombre total des centres de référence à 132.

Ces centres de référence ont pour mission :

- d'assurer au malade et à ses proches une prise en charge globale et cohérente ;
- d'améliorer la prise en charge de proximité avec les établissements et professionnels de santé ;
- de participer à l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles ;
- de développer les outils de la coordination entre les différentes structures et acteurs ;
- d'apporter aux autorités les connaissances essentielles dans le domaine des maladies rares et être l'interlocuteur des associations de malades.

Les crédits délégués (4,98M€) correspondent à l'effet année pleine des crédits versés en 2007. Ces crédits sont pérennes (sauf en cas de retrait du label après l'évaluation menée par la Haute autorité de santé cinq ans après la labellisation) et destinés à financer le personnel médical et non médical dédié à la coordination du centre de référence et à la mise en œuvre de ses missions.

9. Les soins palliatifs :

30 millions d'euros sont destinés en 2008 au développement des dispositifs hospitaliers de soins palliatifs (hors SSR- cf. supra point 4-2) : unités de soins palliatifs (USP), lits identifiés de soins palliatifs (LISP), et équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).

S'agissant de la répartition de ces 30M€ : l'ODMCO (part tarifaire) a été abondé de 25 millions d'euros afin de financer l'activité supplémentaire liée à la création ou au renforcement d'USP et de LISP en court séjour.

Le solde (5 millions d'euros) est consacré en 2008 au développement des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) pour tous les établissements concernés, publics ou privés, financé par la dotation MIGAC. La répartition régionale de la dotation est basée sur 2 critères :

- Les crédits vont permettre la création de 12 équipes mobiles dans les régions qui se situent en dessous du seuil de 95% de l'objectif cible d'une EMSP pour 200 000 habitants ; il est alloué 275 000 € par EMSP ;
- pour les régions qui ont dépassé ce seuil, (ou qui ont indiqué que des créations de nouvelles équipes mobiles étaient prématurées), les crédits sont accordés au titre de renforcement au prorata de la population.

10. Les soins aux personnes détenues

Les crédits alloués correspondent à la création de cinq nouvelles UCSA et au renforcement de quatre UCSA suite à l'augmentation de la capacité d'accueil des établissements pénitentiaires.

Compte tenu de la modélisation des UCSA (volet soins somatiques) introduite par le guide méthodologique d'aide à la contractualisation sur les MIGAC, l'attribution se fait sous deux formes :

- un montant de 2,916 millions d'euros pour les soins somatiques réparti selon le principe suivant : un forfait de base de 432 000 euros est alloué pour les structures de détention dont la capacité est comprise entre 70 et 200 places ; au delà de 200 places, le forfait de base est "proratisé" à la capacité exacte de la structure ; en deçà de 70 places, un demi-forfait (soit 216 000 euros) est alloué ;
- un montant de 0,930 millions d'euros pour les soins psychiatriques, en crédits DAF.

11. La qualité des soins

11.1. Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008

Le renforcement des équipes d'hygiène hospitalière en établissements de santé

L'existence d'une équipe opérationnelle dédiée à la gestion du risque infectieux pour mener les actions de prévention des infections nosocomiales est un des gages de performance et de progression en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Aussi, un des objectifs du programme national de lutte contre les infections nosocomiales est que tous les établissements de santé disposent d'une équipe opérationnelle d'hygiène. La nécessité de renforcer les moyens a été mise en évidence en 2006, à la suite des premiers résultats du tableau de bord des infections nosocomiales (ICALIN). Ce renforcement s'est traduit en 2007 par une première enveloppe de 10,39 millions d'euros répartis en fonction de la part tarifaire de l'ODMCO. L'objectif poursuivi est d'assurer au travers des tarifs le financement des équipes opérationnelles d'hygiène dans les établissements de santé publics et privés. Pour 2008, une nouvelle enveloppe de 8,26 millions d'euros est allouée et répartie sur tous les GHS.

Le renforcement des antennes régionales de lutte contre les Infections nosocomiales

L'arrêté du 17 mai 2006 a officialisé la création dans chaque région d'une antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN), implantée dans un établissement de santé et dotée au minimum des compétences d'un médecin ou pharmacien formé en hygiène et d'un infirmier ou cadre de santé formé en hygiène. 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). Les financements 2008 pour un total de 0,920 million d'euros, sont alloués en priorité aux régions qui n'avaient pas été dotées lors de la campagne précédente. Par ailleurs, les financements des ARLIN qui transitaient antérieurement par les CCLIN sont réaffectés aux ARH correspondantes afin de mieux clarifier les financements alloués pour chaque structure.

11.2 Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010

Parmi les axes prioritaires du programme national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 figure le renforcement en personnel des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle, pour un budget total prévu à hauteur de 8,8 millions d'euros sur la durée du plan.

Afin de poursuivre les efforts engagés depuis 2006 pour le renforcement en personnel des structures spécifiques de prise en charge de la douleur chronique rebelle, une enveloppe de 1,88 millions d'euros est allouée en 2008 en crédits MIGAC pour les établissements de santé publics et privés. Cette dotation est répartie prioritairement dans les régions apparaissant les plus sous-dotées.

11.3 Expérimentation des unités transversales de nutrition clinique

Le programme national nutrition santé (2006-2010) prévoit l'expérimentation du concept d'unité transversale de nutrition clinique. Cette unité est constituée d'une équipe de professionnels de santé qui intervient directement auprès du patient pour lui délivrer des soins nutritionnels adaptés à ses besoins. Cette organisation doit permettre d'assurer les investigations, la surveillance et les soins liés à la prise en charge nutritionnelle des patients. Ses objectifs sont en particulier d'améliorer le dépistage de la dénutrition, la qualité de sa prévention et de son traitement avec un impact en termes médico-économiques, d'assurer une mission de recherche clinique en matière de nutrition et d'assurer l'éducation thérapeutique des patients.

L'équipe de l'unité, placée au sein d'un CHU/CHR, est constituée d'un ETP de praticien hospitalier en nutrition, ainsi que d'un ETP de diététicien, un ETP d'infirmière et 0,5 ETP de secrétaire. Huit établissements ont été retenus dans le cadre d'un appel à projets national pour participer à cette expérimentation qui doit durer trois ans. L'évaluation globale de la pertinence et de l'efficacité de cette organisation déterminera la généralisation éventuelle de ce type d'organisation à l'ensemble des CHU/CHR.

11.4 Programme national de lutte contre le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et les IST (infections sexuellement transmissibles) 2005 – 2008

Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) ont remplacé les Cisih (centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine). Leurs missions sont précisées par le décret du 15 novembre 2005. Il s'agit en particulier de favoriser la coordination de l'ensemble des professionnels, participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de celle-ci, à l'harmonisation des pratiques et d'augmenter l'exhaustivité du recueil des données médico-épidémiologiques. 28 COREVIH doivent être implantés, le territoire de référence retenu étant généralement la région.

Dans le cadre de l'élaboration du guide méthodologique de contractualisation sur les MIGAC (juin 2007), une modélisation du financement a été élaborée tenant compte des moyens en personnels prévus dans la circulaire de décembre 2005 et en les corrélant à l'importance des files actives suivies et à la zone géographique couverte par le Corevih. Pour 2008, une dotation en MIGAC à hauteur de 0,83 millions d'euros est allouée pour le renforcement des COREVIH. Les mesures nouvelles ont été affectées en priorité aux régions pour lesquelles la modélisation a mis en évidence un besoin de renforcement.

11.5 Création de centres de référence de prise en charge des patients atteints d'infections ostéo-articulaires

Les centres de référence de prise en charge des patients atteints d'infections ostéo-articulaires seront inscrits dans la liste des structures relevant d'un financement au titre des missions d'intérêt général, et figureront dans le nouvel arrêté MIGAC en cours de parution.

Les crédits destinés à financer la création de ces centres vous seront alloués ultérieurement.

Annexe IV

Le financement des charges de personnel des établissements antérieurement financés par dotation globale

1. Le financement des charges de rémunération supplémentaires

Les moyens financiers supplémentaires attribués aux établissements de santé tiennent compte de l'effet des revalorisations salariales et des créations d'emplois sur décision de l'Etat, pour la part à couvrir en moyenne par l'assurance maladie. Cela se traduit notamment par une hausse des financements par dotations : 1,20% des montants DAF, 1,15% du montant des dotations soins des USLD et 0,90 % des dotations MIG (sauf exception, les dotations AC ne financent pas de charges de personnel).

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

Le financement des ces mesures est globalisé. Seules les mesures catégorielles affectant le coût de la réalisation de missions d'intérêt général ou de missions de service public hospitalier font l'objet de majorations de dotation ciblées en MIGAC ou en DAF. C'est le cas des mesures portant sur la catégorie des médecins hospitaliers universitaires.

2. Les mesures catégorielles relatives au personnel médical

2.1. La part complémentaire variable (PCV) et l'indemnité sectorielle et de liaison

Le décret permettant de rendre les personnels hospitalo-universitaires éligibles à la part complémentaire variable et, pour les psychiatres, à l'indemnité sectorielle et de liaison est en cours d'examen au Conseil d'Etat. De même, les dispositions réglementaires permettant leur versement aux personnels médicaux contractuels sont en cours de modification.

Comme le précisaient la circulaire relative à la campagne tarifaire des établissements de santé du 21 février 2007 (annexe IV) et la lettre du 31 décembre 2007 de la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins aux directeurs des ARH, les dotations 2007 ont d'ores et déjà intégré cette extension.

La lettre du 11 décembre 2007 de la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins aux directeurs des ARH a précisé les conditions d'attribution de l'indemnité sectorielle et de liaison. Un financement complémentaire est intégré à ce titre dans les dotations annuelles de financement de 2008.

A l'avenir, l'extension de la part complémentaire variable aux autres spécialités sera auto-financée par les établissements de santé dans la mesure où cette rémunération complémentaire a pour objet de valoriser l'activité des praticiens.

2.1. Les créations d'emplois hospitalo-universitaires des disciplines médicales

La révision des effectifs au titre de l'année universitaire 2008/2009 se traduit par la transformation de 28 postes de maître de conférence - praticien hospitalier en postes de professeur des universités - praticiens hospitaliers et la création de 4 postes hospitalo-universitaires en psychiatrie. Elle opère également un redéploiement de postes entre les centres hospitaliers universitaires.

Dans la continuité de la pratique antérieure, les dotations des établissements sont corrigées de la part de la rémunération à la charge de l'assurance maladie, en année pleine. Les montants correspondants sont donc ajoutés ou déduits de vos dotations MIGAC, à l'exception des emplois de psychiatre qui sont intégrés dans les dotations annuelles de financement des régions concernées.

2.2. Les emplois de consultants

La répartition des emplois de consultants de praticien hospitalier – professeur des universités n'a pas encore été établie. Comme les années précédentes, le financement correspondant à ces nominations, qui interviennent en surnombre par rapport aux effectifs universitaires, sera délégué en crédits non reconductibles. Il appartient aux centres hospitaliers universitaires de faire remonter le plus rapidement possible les décisions préfectorales de nomination ou de renouvellement au bureau des ressources médicales hospitalières de la DHOS (M3).

2.3 La constitution des corps hospitalo-universitaires des disciplines pharmaceutiques

Pour ce qui concerne la constitution des corps d'hospitalo-universitaires des disciplines pharmaceutiques, des crédits pourront être alloués, en 2008, au titre de cette même année universitaire en fonction de l'avancement de la procédure d'intégration.

2.4. Les mesures en faveur des praticiens exerçant à temps partiel

Conformément aux engagements pris par le ministre de la santé, deux mesures en faveur des praticiens exerçant leurs fonctions à temps partiel devraient entrer en vigueur en 2008 :

- le montant des émoluments des praticiens à temps partiel, calculé aujourd'hui sur la base de 6/11e des montants servis aux praticiens hospitaliers à temps plein, va faire l'objet, sur trois ans, d'un alignement strictement proportionnel au nombre de demi-journées effectuées (soit 6/10e des montants servis à un praticien à temps plein pour un praticien à temps partiel effectuant six demi-journées hebdomadaires) ;
- l'attribution aux praticiens à temps partiel « exclusifs », qui n'ont pas d'autre activité libérale ou salariée par ailleurs, de l'indemnité d'engagement de service public exclusif proratisée au nombre de demi-journées effectuées.

Les crédits nécessaires sont intégrés dans les tarifs et dans la DAF (16,4 M€ au total).

2.5. L'augmentation du nombre d'internes et l'aide au recrutement des lauréats de la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice de la médecine ou de la pharmacie et

Ces mesures figureront dans la prochaine circulaire budgétaire.

Pour les lauréats de la procédure d'autorisation d'exercice, des crédits non reconductibles pourront être attribués pour aider au renouvellement du recrutement des lauréats des sessions 2004, 2005 et 2006. Pour la session 2007, dont les résultats viennent d'être connus, le financement a d'ores et déjà été prévu et intégré dans les tarifs, forfaits et dotations au titre de la campagne budgétaire 2007 (*c.f.* $ 2.1.1 de l'annexe IV de la circulaire n° 2007/74 du 21 février 2007).

Pour la troisième année, des crédits non reconductibles seront délégués aux régions pour accompagner à la fois l'augmentation du nombre d'internes et encourager la mobilité des internes « sac à dos ».

3. Les mesures catégorielles relatives au personnel non médical

3.1. La mise en œuvre du protocole 2006-2009

La poursuite du financement des mesures catégorielles prévues dans le cadre du protocole 2006-2009 signé le 19 octobre 2006 a été pris en compte dans la construction de l'ONDAM. Pour 2008, les mesures nouvelles concernent la mise en œuvre du dispositif dit "promus-promouvables" pour les attachés d'administration hospitalière, d'une part, les personnels de catégorie C et les agents chefs, d'autre part, ainsi que la mise en place du cycle préparatoire au concours des attachés d'administration hospitalière.

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

133 établissements de santé recruteurs pour la session 2007-2008 recevront une dotation sous forme de MIGAC ou de DAF, d'un montant de 5 157 euros par apprenti. 1,15 millions d'euros sont alloués à ce titre. Cette dotation correspond à une aide au recrutement d'apprentis, dans un souci de gestion

prévisionnelle des effectifs, afin d'anticiper les futurs départs en retraite de préparateurs en pharmacie hospitalière.

Cette mesure de soutien a été introduite par la circulaire DHOS/2001/82 du 6 février 2001 relative à la mise en œuvre de la formation complémentaire en vue de l'obtention du diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière, lors de la création du diplôme, qui n'était accessible que par cette voie de 2001 à 2006 et qui représente encore la plupart des candidats formés.

3.3. La retraite des aides-soignants

En vertu de l'article 37 de la loi n° 2003-119 du 18 décembre 2003, les aides-soignants de la fonction publique hospitalière bénéficient de la prise en compte de la prime spéciale de sujétion dans la limite de 10 % de leur traitement indiciaire. La prise en compte de la prime spéciale de sujétion et le supplément de pension qui en découle sont réalisés progressivement à compter du 1er janvier 2004 jusqu'au 1er janvier 2008.

L'impact financier de la mesure est de 34,0 M€ dont 5,2 M€ pour les USLD.

Annexe V : SOUTIEN AU PROGRES MEDICAL

1. La recherche clinique

Les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC)

Vos dotations régionales des MIGAC intègrent les montants correspondant aux crédits alloués au titre de l'exercice 2008 pour les PHRC des exercices antérieurs (2005, 2006 et 2007), en distinguant les volets « cancer » et « hors cancer » (appels à projets nationaux et interrégionaux).

Les contrats d'interface destinés aux chercheurs

Vos dotations régionales des MIGAC intègrent également les montants correspondant aux crédits alloués pour le financement des contrats d'interface « chercheurs » résultant des appels d'offres lancés par l'Inserm en 2003 (et financés en 2004), 2004, 2005 et 2006. En ce qui concerne les contrats issus de l'appel d'offres lancé en 2003 et financés à partir de l'exercice 2003 pour une durée de cinq ans, les financements seront attribués en application des décisions de renouvellement qui seront prises par la DHOS et l'Inserm au cours de l'année 2008.

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

Vos dotations régionales des MIGAC comprennent les deuxièmes tranches pour 2008 des deux programmes couvrant les thèmes « cancer » et « hors cancer » qui ont démarré en 2007.

3. Le programme de recherche en qualité hospitalière

Vos dotations régionales des MIGAC comprennent la deuxième tranche pour 2008 du programme commencé en 2007.

Les crédits pour les appels à projets lancés en 2008 (PHRC, STIC, etc.) ainsi que pour les contrats d'interface résultant des appels d'offres lancés en 2007 seront délégués ultérieurement.

Campagne 2008

Programme hospitalier de recherche clinique - Contrats chercheurs - Soutien aux innovations - Programme de recherche en qualité hospitalière

Les montants sont en milliers d'euros

Régions	PHRC "cancer" (programmes antérieurs) (NR) (MIGAC)	PHRC "hors cancer" (programmes antérieurs) (NR) (MIGAC)	PHRC "hors cancer" (programmes antérieurs) (NR) (DAF)	contrats d'interface "chercheurs" (appels d'offres Inserm 2003 financés en 2004, 2004, 2005 et 2006) (NR) (MIGAC)	Programme 2007 de soutien aux techniques innovantes et coûteuses "cancer": deuxième tranche en 2008 (NR) (MIGAC)	Programme 2007 de soutien aux techniques innovantes et coûteuses "hors cancer" : deuxième tranche en 2008 (NR) (MIGAC)	Programme 2007 de recherche en qualité hospitalière : deuxième tranche en 2008 (NR) (MIGAC)
Alsace		498		299	25,93	108,75	
Aquitaine	855	588	160	253	72,97	250,00	
Auvergne	31	262			62,18	52,00	
Bourgogne	53	199		23	30,93	48,00	
Bretagne	214	702		69	38,84	450,50	
Centre	153	403		69	6,00	286,00	
Champagne-Ardenne		226		46		50,50	
Corse							
Franche-Comté		270			0,75	11,50	48
Ile-de-France (hors AP-HP)	1 620	121		529	565,36	191,75	
Languedoc-Roussillon	237	479		276	199,42	106,50	
Limousin		185				86,50	
Lorraine	61	388		46	68,14	93,00	
Midi-Pyrénées	120	842		437	183,74	79,00	
Nord-Pas-de-Calais	502	1 027		161	124,45	220,75	12
Basse-Normandie	168	154			70,51	319,50	
Haute-Normandie	217	336			18,13	44,00	6
Pays de la Loire	651	888		460	107,25	125,25	
Picardie		210		46	17,55	4,25	
Poitou-Charentes	95	152			3,88	46,00	
Provence-Alpes-Côtes d'Azur	903	1 503		736	485,25	627,00	
Rhône-Alpes	629	1 366		828	86,03	443,50	174
Guadeloupe		34					
Guyane							
Martinique		15					
Réunion		410					