



Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre
de soins
Bureau de la synthèse organisationnelle
et financière (R1)
Personne chargée du dossier :
Vedrana PAJEVIC
E-mail : vedrana.pajevic@sante.gouv.fr
Téléphone : 01 40 56 73 71

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement du système de soins

La ministre des Affaires sociales et de la Santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (pour mise en
œuvre)

CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2014/XXXX du 31 mars 2014 relative à la campagne tarifaire 2014
des établissements de santé

Date d'application : Immédiate
NOR :
Classement thématique : Etablissements de santé

Validée par le CNP le 24 mars 2014 - Visa CNP 2014-53

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

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

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

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 et notamment son article 33 modifié ;
- Décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 4 ;
- Arrêté du 23 décembre 2009 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 22 décembre 2006 pris pour l'application du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 29 octobre 2008 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 24 février 2014 fixant pour l'année 2014 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 24 février 2014 portant détermination pour 2014 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 24 février 2014 fixant pour l'année 2014 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 24 février 2014 fixant pour l'année 2014 l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 28 mars 2014 fixant pour l'année 2014 les dotations régionales mentionnées à l'article L.174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation ;

Annexes :

Annexe IA : Montants régionaux MIGAC ;
Annexe IB : Montants régionaux DAF ;
Annexe IC : Montants régionaux USLD ;
Annexe II : Mesures catégorielles et salariales ;
Annexe III : Plans et mesures de santé publique ;
Annexe IV : Evolution des MIG pour 2014 ;
Annexe V : Modes de délégation MIG ;
Annexe VI : Mesures ciblées SSR et USLD ;
Annexe VII : Investissements hospitaliers ;
Annexe VIII : Innovation et recherche ;
Annexe IX : Méthodologie de répartition des mises en réserve ;
Annexe X : Autres.

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

L'ONDAM établissements de santé pour 2014 est porté à **75,5Md€**, en progression de **2,3%** par rapport à 2013. Cette évolution représente **1,7Md€** de moyens budgétaires supplémentaires d'une année sur l'autre. Une telle progression constitue un effort très important en faveur des établissements de santé.

Dans le cadre de la présente circulaire, **21,5Md€** vous sont alloués (dont 5,4Md€ en MIGAC, 15,1Md€ en DAF et 1Md€ en DAF USLD) ce qui représente **94,6%** du montant global des dotations pour 2014.

Les délégations relatives à cette première circulaire (toutes enveloppes confondues) se décomposent de la manière suivante :

- **17,95Md€** au titre de vos bases régionales ;
- **3,29Md€** au titre de mesures 2014 déléguées en justification au premier euro (JPE) ;
- **0,26Md€** au titre de l'ensemble des autres mesures 2014.

Ces mesures nouvelles se déclinent selon les grandes catégories suivantes : mesures salariales et catégorielles, plans et mesures de santé publique, investissements hospitaliers, recherche et innovation ... dont vous trouverez le détail au sein des différentes annexes thématiques.

L'évolution des tarifs hospitaliers pour 2014 en MCO

En parallèle de ces délégations de crédits, les tarifs des établissements de santé MCO ont également été fixés pour 2014 et publiés au journal officiel du 28 février dernier.

Dans la continuité de la campagne 2013, la construction de ces tarifs est fondée sur une anticipation réaliste de l'augmentation des volumes d'activité. Elle reste proche de la tendance observée au sein de chaque secteur hospitalier, tout en respectant la prudence nécessaire au respect de l'ONDAM. Ainsi, les prévisions d'activité des établissements de santé ont été estimées pour 2014 à +2,8% dans le secteur public et à +2% dans le secteur privé.

S'agissant des établissements publics et privés d'intérêt collectif (secteur ex-DG), la volonté de renforcer le service public hospitalier a conduit à reconduire la moyenne des tarifs de l'année 2013 hors coefficient prudentiel. S'agissant des établissements privés (secteur ex-OQN), le taux moyen d'évolution des tarifs est de **-0,24%**.

Les mises en réserve prudentielles

Comme chaque année depuis 2010, des mises en réserve de crédits sont effectuées en début de campagne afin de garantir le respect de l'ONDAM, et ce en raison du fort dynamisme de l'activité observé depuis quelques années sur le champ des établissements de santé financés à l'activité (MCO et OQN).

Le niveau de ces mises en réserve est identique à celui de 2013, soit **415M€** dont **75M€** sur le FIR et **340M€** sur l'ONDAM établissements de santé répartis comme suit :

- **118M€** via le coefficient prudentiel MCO applicable au premier mars 2014
- **23M€** via le report de deux mois (janvier-février 2014) de l'application du coefficient prudentiel MCO 2013 ;
- **20M€** relatifs aux crédits issus de la déchéance du FMESPP ;
- **60M€** sur la marge nationale ;
- **119M€** sur les bases régionales DAF.

La répartition inter-régionale des mises en réserve sur les bases DAF régionales est fondée sur une méthodologie dont vous trouverez le détail en annexe IX.

S'agissant du coefficient prudentiel, il a été fixé à hauteur de **-0,35%** pour l'ensemble des établissements de santé et a vocation à constituer une réserve de crédits qui pourra

éventuellement être restituée totalement ou partiellement en fin de campagne 2014, s'il apparaît que le niveau d'activité réel est conforme aux prévisions, comme cela a été le cas en 2013.

La fongibilité DAF et FIR

La LFSS pour 2014 a créé l'article L.174-1-2 du code de la sécurité sociale, qui vous octroie une marge de manœuvre supplémentaire, en autorisant sous certaines conditions détaillées en annexe X, une fongibilité entre les enveloppes DAF et FIR, dans la limite de 1% du montant de ces dotations.

Le soutien aux établissements en difficultés

La supervision financière des établissements a été renforcée au niveau régional par la mise en place, d'une part, de comités régionaux de veille active sur la trésorerie des établissements publics de santé, et d'autre part, du comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO). Dans ce domaine, le COPERMO conduit sa mission dans le strict respect du principe de subsidiarité vis-à-vis des ARS, c'est-à-dire en traitant uniquement des situations pour lesquelles une intervention de l'échelon national est absolument nécessaire.

Les premiers résultats témoignent de la capacité de l'ensemble de la communauté hospitalière à conduire les changements nécessaires pour moderniser l'offre de soins. Néanmoins, des situations financières fortement dégradées perdurent pour quelques établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Afin d'accompagner les efforts d'efficacité et de restructuration de l'offre de soins engagés par ces établissements, vous veillerez à mobiliser prioritairement les crédits dont vous disposez au sein du Fonds d'intervention régional.

A titre exceptionnel, un accompagnement par des aides nationales à caractère non reconductible pourra être envisagé à la demande expresse des directeurs généraux d'ARS. Le montant de ces aides étant en diminution significative par rapport à l'effort consenti en 2013, vous êtes invités à utiliser vos marges de manœuvre régionales avec la plus extrême prudence et dans un esprit de subsidiarité renforcée des aides nationales.

Les aides nationales seront réservées aux établissements qui formalisent contractuellement leur trajectoire de retour à l'équilibre financier à court terme et qui rencontrent des difficultés de trésorerie.

En cas de reconduction d'une aide nationale exceptionnelle déjà accordée en 2013 à un établissement de santé, l'aide nationale 2014 ne pourra être supérieure à 75% du montant de l'aide nationale accordée en 2013.

L'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire figure au rang de priorité nationale en matière d'évolution de l'offre de soins et fait partie du programme de gestion du risque (GDR). L'objectif est de faire de la chirurgie ambulatoire la pratique chirurgicale de référence, en substitution de l'hospitalisation à temps complet, avec pour cible une pratique ambulatoire en chirurgie majoritaire à l'horizon des SROS-PRS fin 2016.

Ainsi, dans le cadre de la campagne tarifaire 2014 et dans la continuité des précédentes campagnes, la politique tarifaire en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire a été intensifiée de façon très significative.

L'incitatif tarifaire en faveur de l'ambulatoire a été fortement renforcé par la généralisation de la politique de « tarif unique » (tarif identique entre l'ambulatoire et le niveau 1 de sévérité en hospitalisation complète) à tous les GHM de chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, la campagne 2014 a également mis en œuvre la suppression des bornes basses de tous les GHM de chirurgie de niveau 1, répondant ainsi à la forte demande des professionnels en ce sens. Cette mesure vise à favoriser le développement des prises en charges innovantes en ambulatoire, ainsi que la diminution des durées de séjours, en évitant les incitations à la prolongation injustifiée des séjours.

Les tarifs journaliers de prestation

Le niveau des tarifs journaliers de prestation (TJP) entre établissements est très hétérogène et entraîne une inégalité dans le reste à charge des patients qu'il est nécessaire de modérer.

Dans le cadre de mon engagement relatif à l'accès aux soins, il vous est demandé de veiller à ce que les règles de calcul énoncées dans le décret n°2009-213 du 23 février 2009 soient strictement respectées par les établissements de santé. Dans ce cadre, nous vous demandons d'enclencher une baisse progressive des TJP supérieurs de plus de 15% au niveau auquel ils devraient être, en application des règles susmentionnées.

Pour les établissements concernés, cette baisse est fixée à 5% du TJP au maximum pour 2014.

Le contexte budgétaire global doit vous conduire à être particulièrement attentifs au respect de vos dotations régionales limitatives.

Je souhaite également que la plus grande attention soit portée à la transparence de l'utilisation des moyens alloués, ainsi qu'à la concertation régionale avec les fédérations représentatives des établissements de santé en amont des délégations de crédits. Le respect des formes juridiques préconisées par les guides relatifs aux crédits AC et MIG contribue à cet impératif de transparence et d'impartialité de l'allocation des ressources, tout en sécurisant les actes que vous prenez au nom de l'Etat.

C'est à ces conditions que nous pourrons, ensemble, garantir pour les années à venir, le maintien d'un système de santé performant et accessible à tous.

Je compte sur votre collaboration et vous remercie pour votre action.

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé



Marisol TOURAINE

La présente annexe donne des éléments de cadrage sur les délégations relatives aux mesures catégorielles et salariales.

Veillez noter que les montants reportés dans cette annexe agrègent les délégations MIGAC, DAF et USLD. Vous trouverez la répartition entre ces dotations au sein dans l'annexe I de la présente circulaire.

I. Les mesures salariales générales

Les mesures de reconduction

168,52M€ de dotations DAF et **34,61M€** de dotations MIGAC sont déléguées en reconductibles au titre des mesures de reconduction (GVT, augmentation du SMIC, glissement vieillesse technicité, ...).

Revalorisation des corps de catégorie C

44,16M€ de crédits AC, DAF et USLD sont délégués en reconductibles au titre de la première tranche de revalorisation des corps de catégorie C et des premiers échelons de certains corps de la catégorie B, à compter du 1^{er} février 2014, en application du décret n° 2014-72 du 29 janvier 2014.

Poursuite de la mise en œuvre du protocole d'accord du 31 mars 2011 portant sécurisation des parcours professionnels des agents contractuels et de la loi n°2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique.

21,52M€ de dotations AC, DAF et USLD sont déléguées en reconductibles par cette circulaire et viennent en complément des dotations versées en 2012 et 2013 afin de poursuivre l'intégration des agents contractuels dans la fonction publique par la voie des recrutements réservés.

Poursuite de la mise en œuvre du protocole d'accord (LMD- réforme de la catégorie B) du 2 février 2010.

1,30M€ de crédits DAF et USLD sont délégués en reconductibles pour l'intégration progressive en catégorie A de quatre corps de rééducation à compter de septembre 2013 (corps des orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes), l'intégration effective de ces corps étant en attente de publication des décrets les concernant.

0,16M€ sont versés en DAF et USLD reconductibles au titre de la dernière tranche de financement de l'augmentation du ratio promus-promouvables pour les personnels administratifs de la catégorie B de la FPH (adjoints des cadres hospitaliers et assistants médico-administratifs).

II. Les mesures catégorielles relatives aux personnels non médicaux

Les apprentis préparateurs en pharmacie hospitalière

Le ministère contribue pour la dernière année au financement des apprentis préparateurs en pharmacie hospitalière à hauteur de 6 000 € par apprenti recruté en établissement de santé. **0,89M€** sont délégués en AC, DAF et USLD non reconductibles par la présente circulaire conformément à l'enquête menée par la DGOS en février 2014 auprès des neuf centres de formation des préparateurs en pharmacie hospitalière.

Réforme statutaire du corps des directeurs des soins

Les crédits alloués, à hauteur de **0,39M€** en DAF reconductible s'attachent à financer la revalorisation des grilles indiciaires du corps des directeurs des soins et des emplois fonctionnels de directeurs des soins en application des décrets n°2014-7, 2014-8 et 2014-9 du 7 janvier 2014, prenant effet le 10 janvier 2014.

III. Les mesures catégorielles relatives aux personnels médicaux

Les assistants spécialistes post-internat et postes partagés

La présente circulaire prévoit le versement de **22,07M€** de dotations AC non reconductibles pour les postes d'assistants spécialistes post internat et postes partagés financés par les ARS au titre des vagues 4 (2012-2014) et 5 (2013-2015) conformément à l'instruction DGOS-RH1 du 2 juillet 2012.

Les dotations seront abondées en 2ème circulaire 2014 au regard de la répartition définitive des postes qui seront attribués aux ARS pour la vague 6 de novembre 2014.

A noter que la rémunération moyenne de référence prise en compte pour la budgétisation de ces postes a été revalorisée afin de tenir compte du montant de l'indemnité d'exercice dans plusieurs établissements. Le coût total annuel passe donc de 57 600 € à 59 490 € (coût brut annuel chargé d'un poste). Ce montant est majoré pour l'outre-mer.

La rémunération des internes sur la MERRI (part variable)

Comme pour les campagnes précédentes, la totalité des dotations destinées au financement des internes est déléguée par la première circulaire budgétaire 2014, soit **399,18M€** en crédits JPE. Cette dotation permet de compenser de manière forfaitaire et identique les émoluments versés à chaque interne en médecine, pharmacie et odontologie. La compensation varie en fonction de l'ancienneté de l'interne dans son cursus de formation et correspond à 16 000 €/an pour un interne de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} année et à 8 000 €/an pour un interne de 4^{ème} ou 5^{ème} année.

Ces forfaits ont été calculés par référence à la rémunération moyenne des internes :

Année du cursus	Coût total annuel charges employeur 40 % incluses	Rémunération moyenne	Taux de prise en charge	Forfait annuel
Année 1	29 345 euros	32 218 euros	49,7 %	16 000 euros
Année 2	31 820 euros			
Année 3	35 488 euros			
Année 4	38 324 euros	39 720 euros	20,1 %	8 000 euros

Année 5	41 116 euros			
---------	--------------	--	--	--

Les crédits 2014 portent sur le semestre de printemps 2014 (mai à octobre 2014) et sur le semestre d'automne 2014 (novembre 2014 à avril 2015). Ils ont été calculés à partir des projections régionalisées du nombre d'internes de médecine, odontologie et pharmacie par promotion et après déduction du coût des stages extrahospitaliers financés sur le programme 204.

Il est rappelé que la rémunération des internes qui effectuent un stage hors de leur subdivision (stages « inter CHU ») feront l'objet d'une compensation à 100 % dans la limite des crédits disponibles au niveau national après rééquilibrage éventuel des crédits entre régions en 2^{ème} ou 3^{ème} circulaire. A titre indicatif, pour le semestre d'hiver de novembre 2013, ont été financés un total de 610 stages « inter CHU » soit 2,09 % du nombre total d'internes.

Enfin, à compter de cette année 2014, la dotation MERRI intègre également le différentiel de rémunération pour le financement des internes en médecine, odontologie et pharmacie susceptibles de bénéficier d'une année recherche. En effet, le nombre d'années recherche ayant doublé à compter de la rentrée universitaire 2013-2014 (cf. arrêté du 12 juillet 2013), sont financés un total de 370 années recherche dont la moitié est financée sur crédits MERRI et l'autre moitié sur crédits d'Etat.

Le financement des praticiens à diplôme hors de l'Union européenne

L'article L. 4111-2-I du code de la santé publique prévoit un dispositif permettant aux praticiens titulaires de diplômes délivrés par un Etat tiers à l'Union européenne lauréats des épreuves de vérification des connaissances organisées dans ce cadre, et ayant exercé trois années de fonctions en qualité d'associé dans un service agréé pour la formation des internes, de solliciter une autorisation d'exercice de la profession de médecin en France.

Certains lauréats de ces épreuves ne parviennent pas à être recrutés par un établissement au terme de plusieurs années de recherche. La dotation de **0,07M€** de crédits AC non reconductibles a pour objet de financer la poursuite des fonctions hospitalières effectuées sur des postes d'associé pour deux médecins se trouvant dans cette situation, afin de leur permettre de satisfaire à l'obligation légale et de poursuivre la procédure d'autorisation d'exercice de leur profession en France.

Mesures portant sur le régime indemnitaire des internes en médecine, pharmacie, odontologie

Dans le prolongement des travaux du groupe de travail « conditions de travail des étudiants, internes et assistants », l'indemnité de sujétion des internes de 1^{ère} et 2^{ème} année a été revalorisée. Une indemnité forfaitaire de transport pendant les stages ambulatoires des internes a, par ailleurs, été créée de façon à soutenir la médecine ambulatoire. Enfin, une prime de responsabilité pour les internes effectuant leur SASPAS a été créée.

23,77M€ vous sont délégués en AC, dont 20,4M€ en reconductible au titre de l'année 2014 et 3,37M€ en non reconductible au titre de l'année 2013.

Mesures portant sur le régime indemnitaire des étudiants hospitaliers en médecine, pharmacie, odontologie

Dans le prolongement des travaux du groupe de travail « conditions de travail des étudiants, internes et assistants », une indemnité forfaitaire de transport pendant les stages hors CHU des étudiants est créée dans l'objectif de favoriser le déroulement des stages sur les territoires et, notamment, de soutenir la médecine ambulatoire. Il est également prévu

d'assurer la rémunération des redoublants de 2ème année du 2ème cycle des études de médecine (rémunération après service fait).

6,80M€ vous sont délégués en AC et en DAF, dont 5,5M€ en reconductible au titre de l'année 2014 et 1,3M€ en non reconductible au titre de l'année 2013.

Nomination et renouvellement de consultants

Les crédits correspondant à la nomination ou au renouvellement de consultants sont délégués pour un montant total de **0,14M€** de crédits AC non reconductibles à raison de 70 500€ pour un consultant (montant brut annuel charges comprises).

IV. Les risques psychosociaux

La politique engagée depuis quelques années par la DGOS en matière d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux se traduit par un accompagnement de projets sélectionnés dans le cadre de l'appel à candidature national de juillet 2012. Celui-ci est destiné à accompagner certaines démarches novatrices dans la prévention des RPS, afin de les faire connaître et de les valoriser auprès d'établissements non encore engagés. L'accompagnement financier prévu pour une période de trois ans s'achèvera en 2015.

1M€ de financements en AC reconductibles sont versés à ce titre.

Annexe III. Plans et mesures de santé publique

La mise en œuvre des plans et mesures de santé publique se poursuit en 2014 avec un montant total de mesures nouvelles déléguées par cette circulaire de **302,9M€** dont 277M€ au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et 25,9M€ en dotation annuelle de financement.

Veuillez noter que les montants reportés dans cette annexe agrègent les délégations MIGAC, DAF et USLD. Vous trouverez tout le détail relatif aux dotations dans l'annexe I de la présente circulaire.

I. Les plans de santé publique

1. Plan cancer

Soutien à la radiophysique médicale relatif aux stagiaires radiophysiciens

La promotion 2013-2014 comprend 40 stagiaires en formation au Diplôme de Qualification en Physique Radiologique et Médicale (DQPRM) répartis dans 26 établissements de santé.

La présente circulaire délègue **2,06M€** en JPE dans le but d'indemniser les stagiaires (34 000€/stagiaire) et de participer à la valorisation du temps dédié à l'encadrement et la participation à l'enseignement du DQPRM (17 500€/stagiaire).

Coordination des parcours de soins en cancérologie

Cette action, issue du plan cancer 2009-2013, vise à mieux coordonner les parcours de soins des personnes atteintes de cancer par la voie d'une expérimentation qui a débuté en 2010. La création de postes d'infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC) dans 35 sites pilotes a permis de favoriser la fluidité des interventions autour des parcours des patients atteints de cancer. Cette expérimentation a montré tout l'intérêt d'un tel dispositif en termes d'information des patients et de leur entourage mais nécessite de mieux objectiver son apport dans la coordination entre professionnels. Elle va donc être poursuivie en 2014 en prenant en compte les objectifs nouveaux introduits par le plan cancer III et sera associée à une évaluation médico-économique.

Les 35 équipes hospitalières engagées dans la phase initiale doivent être en capacité de s'investir dans la suite du projet. Elles sont pour cela reconduites dans leur financement à travers une dotation de **2,45M€** de crédits JPE que délègue la présente circulaire, dans l'attente d'un cahier des charges national permettant un appel à candidatures qui interviendra à mi année 2014 et fixera les nouveaux objectifs de l'expérimentation. En application des résultats de cet appel à candidatures, ce financement sera ajusté dans le courant de l'année 2014.

2. Plan Hépatite - Services experts de lutte contre les hépatites virales

2,4M€ de crédits reconductibles issus des MIG sont délégués aux services experts de lutte contre les Hépatites virales. Il s'agit d'une reconduction des montants délégués en 2013, destinés à financer les missions de coordination attendue de ces

services. Des travaux visant à définir le périmètre de leur activité sur la base d'un rapport d'activité permettront à terme une allocation de crédits plus objectivée.

3. Plan obésité

Transports bariatriques

Le plan obésité a défini les modalités d'organisation et la stratégie d'équipement pour le transport sanitaire bariatrique dans l'[INSTRUCTION N°DGOS/R4/2013/222 du 3 juin 2013](#) relative à la mise en œuvre des actions 4 et 10 du plan. L'objectif est d'organiser le transport bariatrique de façon à ce que les personnes obèses aient un accès aux soins dans des conditions adaptées à leurs besoins, en situation d'urgence ou non.

Les **1,05M€** de crédits MIG alloués en JPE pour chaque centre spécialisé de l'obésité (CSO) sont destinés à permettre la mise en place d'une stratégie d'équipement, telle que mentionnée dans l'instruction précédemment citée, en répondant à deux objectifs :

- adapter les équipements de véhicules « classiques » aux personnes obèses, notamment pour des excès de poids supérieurs à 130 kg (brancards, fauteuils, tables, portoirs, chaises d'escalier...);
- disposer d'au moins un équipement disponible 24h/24h et 7 jours/ 7, équipé de façon à pouvoir transporter des cas extrêmes d'obésité en lien direct avec le CSO.

L'augmentation de l'enveloppe en 2014 est liée à l'intégration des coûts de fonctionnement des véhicules.

Etablissement SSR pour la prise en charge des enfants et adolescents atteint du syndrome de Prader Willi en Ile de France

La délégation de **0,16M€** en DAF reconductible vise à financer, dans le cadre d'actions en faveur des personnes vulnérables du plan obésité, le surcoût lié à la prise en charge dans un établissement d'Ile de France autorisé en soins de suite et de réadaptation pédiatrique des enfants et adolescents atteints du « syndrome de Prader-Willi ».

4. Plan national d'action Parkinson

Pour 2014, la présente circulaire délègue **3,23M€** de crédits JPE au titre des centres experts et centres inter régionaux de coordination pour la maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens.

Ces financements sont reconduits conformément aux dispositions figurant dans l'instruction n°DGOS/R4/2013/403 du 10 décembre 2013.

5. Plan Alzheimer

Le rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012 encourage la poursuite de l'implantation des unités cognitivo-comportementales (UCC) dans les services de SSR prévus dans le cadre d'une filière de soins.

Afin d'améliorer le maillage du territoire en 2014, sept nouvelles UCC seront créées en plus des 120 unités du plan Alzheimer. La répartition a été réalisée au prorata du nombre d'unités

cognitivo – comportementales déjà installées et de la population âgée de plus de 40 ans en 2013 pour prendre en compte les patients jeunes.

Dans la mesure où chaque unité est financée à hauteur de 0,2M€, la présente circulaire délègue **1,2M€** en DAF reconductible à ce titre.

6. Plan AVC

Le financement des unités neuro-vasculaires (UNV) et des animateurs de filières

Dans le cadre de la finalisation du plan AVC 2010-2014, la délégation de **1,97M€** de crédits AC reconductibles parachève l'objectif de 140 UNV fixé par ce plan avec l'installation de 14 nouvelles unités et le financement des 14 animateurs de filières qui y sont liés.

Le financement d'une UNV prend en compte l'équivalent d'un ETP de rééducateur ou infirmier et des astreintes médicales, soit 86 000 € par unité, pour un montant total de 1,20M€. Les animateurs de filière représentent ½ ETP médical (55 000€) par nouvelle UNV, soit un total de 770 000€.

Par ailleurs, la présente circulaire alloue **0,35M€** en AC reconductible au titre du centre de référence de l'AVC de l'enfant.

II. Les mesures de santé publique

1. Soins palliatifs – Création assistants spécialistes soins palliatifs

La promotion 2013-2014 des assistants spécialistes en médecine de la douleur - médecine palliative comprend 35 postes. Le financement, en AC reconductible, alloué par la présente circulaire à hauteur de **1,68M€** correspond aux 10 mois d'exercice en 2014 sur la base d'un coût annuel brut de 51 000 €.

Ces crédits ne sont pas reconductibles afin d'ajuster chaque année la répartition régionale en fonction des candidats.

2. Activités de soins dispensés à des populations spécifiques : les soins aux personnes détenues

La présente circulaire délègue **4,55M€** en MIG et DAF reconductibles pour la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, répartis de la façon suivante :

- 0,21M€ en MIGAC sont délégués pour le financement des chambres sécurisée. Ces structures sont dédiées à l'hospitalisation en soins somatiques des personnes, en urgence ou pour une durée prévisible inférieure à 48 h¹ ;
- 3,44M€ en MIGAC et en DAF sont dédiés au développement d'unités sanitaires (Orléans, Varennes le grand, Vendin le Vieil, Longuenesse, Laon,

¹ La délégation de crédits est subordonnée à la conformité des chambres au cahier des charges annexé à la circulaire du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées, et à l'établissement du procès verbal de conformité visé par la circulaire.

- Bedenac, Toulon, Ducos, Majicavo) du fait de l'ouverture ou de l'extension de capacités des établissements sanitaires auxquelles elles sont rattachées ;
- 0,90M€ en DAF sont destinés au développement de l'offre graduée en psychiatrie et notamment au renforcement de l'activité de groupe dans les unités sanitaires. Les crédits sont destinés au renforcement des personnels sur la base d'un forfait correspondant à un équivalent temps plein de praticien hospitalier médical et un équivalent temps plein d'infirmier. La délégation de crédits est subordonnée à l'existence de locaux adaptés identifiés en accord avec l'administration pénitentiaire.

3. Soutien à l'offre de soins à Mayotte

Un financement de **4,82M€** en DAF reconductible est accordé au Centre Hospitalier de Mayotte afin de poursuivre le développement des activités médicales et de prendre en compte l'évolution spécifique du coût de la masse salariale et des prix des biens et services.

4. Aide médicale urgente

Les « centres nationaux d'appels d'urgence »

Le centre de consultations médicales maritimes joue un rôle spécifique dans l'organisation de la réponse aux besoins de soins en mer. Unique en France, il assure 24h/24h un service gratuit de consultations télémédicales destinées aux marins. Il est également chargé de proposer d'éventuelles évacuations sur l'ensemble du territoire. Un arrêté du 10 mai 1995 l'institue en tant qu'unité fonctionnelle au sein du SAMU du CHU de Toulouse.

Il fait l'objet d'une convention cosignée par la DGOS, la Direction des Affaires Maritimes (DAM), l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM), le CHU de Toulouse et l'ARS Midi-Pyrénées, et précisant les modalités de financement entre les parties prenantes. La présente circulaire délègue **0,40M€** en MIG JPE à ce titre.

Les hélismurs

L'analyse des Plans d'action urgence-Volet 1 (accessibilité aux soins en moins de 30 minutes) communiqués en octobre 2013 par les ARS a révélé des besoins relatifs au transport sanitaire hélicoptéré pour l'année 2014. Si la réponse hélicoptérée n'est pas une réponse suffisante à l'atteinte de l'objectif d'accès aux soins en moins de 30 minutes, elle y contribue néanmoins en optimisant l'ensemble des transports médicalisés notamment SMUR terrestres. De plus, compte tenu du regroupement des plateaux techniques, les transports inter-établissements sont sur une tendance croissante. Enfin, certaines régions ne sont pas, à ce jour, dotées de moyens hélicoptérés couvrant l'ensemble de leur territoire. Pour l'ensemble de ces raisons, un montant forfaitaire, qui complètera le cas échéant les financements envisagés par l'ARS, sera délégué pour les ARS qui en ont fait la demande via une analyse documentée des besoins et de leur couverture, en lien avec les moyens terrestres et hélicoptérés d'ores et déjà disponibles localement **2,5M€** de crédits JPE sont délégués à ce titre dans la présente circulaire.

5. Les missions de vigilance, de veille épidémiologique, d'évaluation des pratiques et d'expertise

Les registres à caractère épidémiologique

A l'instar des délégations opérées par l'InVS sur les crédits État, l'unité d'œuvre de répartition des crédits choisie a été le nombre de cas déclarés pour chaque registre qualifié par le comité national des registres au 1^{er} janvier 2013 (modèle auquel a été appliqué un coefficient géographique), sur une enveloppe fermée équivalente à celle de 2013, soit **3,97M€** délégués en JPE.

Les centres antipoison

L'éligibilité d'un établissement est basée sur l'exercice d'une « réponse téléphonique à l'urgence » (RTU) toxicologique 24H/24 pour les CAP implantés au sein de CHU définis régulièrement par arrêté du ministre en charge de la Santé. Pour 2014, la dotation a été répartie en fonction du nombre de dossiers ouverts suite à ces appels téléphoniques et du nombre de personnes concernées (modèle auquel a été appliqué un coefficient géographique), sur une enveloppe fermée équivalente à celle de 2013, soit **9,13M€** délégués en JPE.

Pour illustration, ce modèle permet d'attribuer près d'un million d'euros aux établissements déclarant entre 25 000 et 30 000 RTU (soit le montant nécessaire au financement des ETP tel que décrit dans le modèle financier mentionné au guide MIG).

6. Participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques : les actions de coopération internationale

0,61M€ de dotations MIG sont délégués en JPE au titre de l'action de coopération hospitalière internationale en vue de soutenir les initiatives visant à promouvoir l'expertise et le rayonnement international de nos établissements de santé et de notre savoir-faire en matière de gestion publique de l'offre de soins, ainsi que les échanges de bonnes pratiques avec leurs partenaires étrangers.

Ces crédits sont destinés à financer des coopérations internationales :

- à caractère institutionnel, engagées en liaison avec les services centraux du ministère, en application d'engagements ministériels internationaux :
 - o avec la Chine ;
 - o en matière de sécurité des soins, en partenariat avec l'OMS, pour des établissements de santé jumelés avec des partenaires africains dans le cadre de ce programme.
- des coopérations hospitalières initiées par les établissements en 2013 et poursuivies en 2014 dans le cadre d'un appel à projet en cours ou de nouvelles coopérations engagées par les mêmes établissements de santé ou d'autres ;
- des coopérations initiées par les établissements de santé financés dans les DOM, pour lesquelles les dotations sont globalisées sous forme d'une enveloppe déléguée aux ARS concernées et réparties par celles-ci, ainsi que pour celles qui seraient engagées par le centre hospitalier François Dunan de St Pierre et Miquelon.

Un complément d'attribution se fera à l'occasion d'une prochaine circulaire budgétaire.

7. Mission de conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes : les espaces de réflexion éthique

Les financements à hauteur de **4,74M€** alloués en JPE au titre de cette MIG financent pour partie les espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux. Cette dotation est prévue par l'arrêté du 4 janvier 2012, sa mise en œuvre est exposée dans l'instruction du 20 mars 2012.

Dans le cadre de cette première circulaire, les espaces régionaux disposeront d'une dotation socle moyenne. Les espaces interrégionaux bénéficieront de la dotation socle moyenne augmentée d'une bonification du fait du cadre interrégional. Ces dotations ont été élaborées à partir des informations communiquées par les Agences régionales de santé.

Les régions Pays de la Loire et la Martinique devraient être éligibles à l'allocation d'une dotation socle en tant qu'espace de réflexion éthique régional dans le cadre de la 2^{ème} ou 3^{ème} circulaire budgétaire pour 2014 à partir des évaluations menées par les Agences régionales de santé.

Les crédits sont délégués en justification au premier euro. Les agences régionales de santé procéderont à l'évaluation des espaces de réflexion éthique au moyen de rapports d'activités modélisés et informatisés. A noter que pour l'Île de France, la dotation de 1,1 M€ comprend les 0,4M€ de l'EREMA (Espace National de Réflexion Ethique pour la maladie d'Alzheimer) »

Annexe IV : Evolution des MIG pour 2014

A l'issue des travaux menés en 2013, certaines MIG ont évoluées. La présente annexe a pour objet de vous présenter ces évolutions afin de vous accompagner dans l'allocation des crédits correspondants.

Par ailleurs, nous vous rappelons que l'hospitalisation à domicile est, comme tout établissement de santé du champ MCO, éligible aux crédits MIGAC.

1. Création de deux nouvelles missions d'intérêt général

Deux nouvelles MIG que sont « l'activité médicale en mer » et les « cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) » ont été créées pour 2014.

La MIG « Aide médicale en mer »

L'instruction n°DGOS/R2/2013/409 du 22 novembre 2013, relative à la désignation des SCMM (SAMU de coordination médicale maritimes) et des SMUR-M (SMUR maritimes) dans le cadre de l'aide médicale en mer, liste les établissements de santé pour lesquels les SAMU et/ou SMUR sont amenés à intervenir dans le cadre de l'aide médicale urgente en milieu maritime hauturier.

Au regard des particularités des interventions en mer : longueur des interventions, aspect périlleux, besoins en équipements adaptés, organisation des ressources humaines pour ne pas mettre à mal l'activité terrestre, il s'avère que les SCMM et SMUR-M ont des besoins de financement particuliers en termes d'équipement (dont équipement médical et moyens de communication), de rémunération d'une astreinte, et de formation/entraînement.

1,92M€ de crédits MIG et DAF, sont délégués respectivement en JPE et en non reconductible au titre du fonctionnement.

1,98M€ de crédits AC sont alloués en non reconductible au titre des investissements afin de permettre l'acquisition des équipements et la formation initiale des personnels.

La MIG « Cellules d'urgence médico-psychologique » CUMP

Le dispositif de l'urgence médico-psychologique des victimes de catastrophes ou d'accidents a fait l'objet d'une évolution récente de son cadre réglementaire. Ce dispositif est maintenant

organisé et coordonné par l'Agence régionale de santé (ARS) et vise à disposer sur l'ensemble du territoire d'un réseau de volontaires formés et prêts à intervenir dans les situations relevant de l'urgence médico-psychologique. Certaines de ces cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP), dites renforcées ou régionales, sont dotées de personnels dédiés pour tout ou partie de leur activité.

Afin de permettre une meilleure organisation et un meilleur suivi de ces missions pérennes, leur dispositif de financement évolue cette année. Jusqu'alors assuré par les dotations annuelles de fonctionnement, ce financement, d'un montant de **4,18M€** alloué en JPE, est transféré dans la dotation annuelle de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Cette évolution permettra notamment aux ARS de contractualiser avec les établissements de santé les objectifs et les moyens affectés à ces cellules dotées de personnels permanents.

Les dotations finançant les CUMP permanentes sont calculées de manière forfaitaire, sur la base de la valorisation des personnels dédiés qui les animent et augmentées, le cas échéant, du coefficient géographique. Elles sont déléguées de manière fléchée (établissement par établissement) et impérative.

2. MIG nouvellement modélisées en 2014

La MIG « SAMU »

Jusqu'à présent le financement des SAMU prenait largement acte de l'organisation ainsi que des coûts historiques déclarés par les établissements de santé en 2003 dans le cadre du calibrage de la MIG. L'objectif de la nouvelle modélisation est de définir des modalités d'allocation transparentes et équitables au niveau des établissements et des ARS, incitant à la mise en place d'organisations performantes et une prise en charge de qualité. Pour cela la modélisation de la MIG SAMU est basée sur un référentiel de moyens, c'est-à-dire une estimation des moyens nécessaires à la réalisation de la mission de régulation médicale en fonction du niveau d'activité des Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA). Ce référentiel de moyens est pour l'essentiel basé sur la moyenne des effectifs de régulation effectivement présents dans les CRRA en fonction de leur niveau d'activité. Ces effectifs sont ensuite valorisés, ainsi que les montants nécessaires pour couvrir les coûts d'exploitation et de fonctionnement du CRRA.

La régulation du financement des SAMU par la MIG s'appuie sur trois niveaux différents :

- au niveau national la modélisation est basée sur les moyennes observées et sert de base à la péréquation entre les régions. La modélisation s'applique

alors aux enveloppes MIG régionales en JPE, sans fléchage par établissement.

- au niveau régional, il est nécessaire que l'ARS analyse les enjeux d'efficience liés à une éventuelle réorganisation territoriale de la régulation médicale, et utilise le levier du financement pour mobiliser l'ensemble des acteurs locaux.
- au niveau le plus fin, l'allocation aux établissements, l'ARS doit déterminer son allocation en confrontant les résultats de la modélisation et les indicateurs opérationnels permettant de diagnostiquer l'adéquation entre charge de travail et ressources humaines au sein du CRRA, en s'appuyant notamment sur les recommandations de la HAS et de l'ANAP.

La modélisation de la MIG SAMU mise en œuvre en 2014 fait l'objet d'une délégation régionale directe et indicative, sans fléchage par établissement pour un montant de **227,73M€** de crédits MIG JPE. Les effets revenus des ARS, correspondant à l'écart entre les montants de la MIG SAMU alloués par les ARS en 2013 et les montants modélisés pour cette même année, seront lissés progressivement sur trois ans. Ainsi un cinquième des effets revenus est appliqué en 2014 (l'effet revenus correspondant à l'écart entre les montants de la MIG SAMU alloués par l'ARS en 2013 et le montant modélisé pour cette même année).

Les ARS disposeront d'un outil Excel donnant le détail de la modélisation pour chaque CRRA et permettant d'en modifier les paramètres pour déterminer les montants alloués aux établissements. Cet outil sera diffusé prochainement. Les paramètres de la modélisation seront présentés dans le guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG).

La MIG « Lactarium »

Des travaux menés avec l'Association des lactariums de France, ainsi que des représentants d'ARS et d'établissements de santé ont permis d'aboutir à une nouvelle modélisation de la MIG lactarium. Les lactariums ont été répartis en 7 catégories, en fonction des surcoûts constatés, variables selon le type d'activité (lactarium à usage intérieur seul ou lactarium à usage intérieur et extérieur) et le niveau de production (source de données 2012 Association Des Lactariums de France) :

	Production du lactarium	MIG (en €)
A	Plus de 10 000 litres/ an	560 000

B	7500 à 10 000 litres/ an	490 000
C	5000 à 7500 litres/an	425 000
D	2500 à 5000 litres/an	300 000
E	1000 à 2500 litres/ an	210 000
F	Moins de 1000 litres / an	180 000
G	Lactarium à usage intérieur seul	140 000

La dotation de **8,04M€** est désormais fléchée depuis le niveau national par établissement autorisé et déléguée en JPE « impérative » dès 2014. En termes de santé publique, l'objectif est de conforter les moyens d'une production de lait suffisante et de qualité pour couvrir les besoins des nouveau-nés dont l'état de santé requiert ce produit de santé, ce quel que soit leur lieu d'hospitalisation.

Les dotations des établissements sont majorées du coefficient géographique le cas échéant.

Un travail sera engagé avec l'ATIH en 2014 afin de fiabiliser les données d'activité saisies dans FICHSUP qui doit devenir la source de données pour le calibrage des dotations. Il est rappelé que les établissements doivent impérativement en assurer le recueil.

Un accompagnement financier en crédits FMESPP sera par ailleurs délégué dans le cadre de la campagne 2014 pour aider au financement de l'informatisation des lactariums à usage intérieur et extérieur et d'une plateforme nationale de suivi des stocks de lait disponibles.

3. Evolutions du périmètre de financement des autres MIG

La MIG « Assistance médicale à la procréation »

Cette MIG a changé de périmètre et d'intitulé en devenant en 2012 « Surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité ». Elle est destinée aux établissements autorisés pour ces activités. Trois de ses compartiments (don d'ovocytes, don de spermatozoïdes et accueil d'embryon) ont fait l'objet d'un premier volet de modélisation, mise en œuvre pour la répartition des dotations 2013 (cf. circulaire budgétaire 2013). Des travaux complémentaires, menés en collaboration avec l'Agence de biomédecine ont permis d'étudier le financement des derniers compartiments de la MIG, soit les surcoûts des activités de préservation de la fertilité, d'AMP en contexte viral et de l'AMP en général². La dotation d'un montant de **17,55M€**, à présent entièrement modélisée, sera désormais déléguée en JPE impérative au

² Ce compartiment recouvre les activités de fécondation in vitro, avec ou sans injection intracytoplasmique, en intraconjugal ou avec tiers donneur. Par définition, sont exclues de ce compartiment toutes les prises en charge des donneurs de gamètes.

niveau de chaque établissement. Les différentes données d'activité sont colligées par l'Agence de la biomédecine (ABM), article L. 2142-2 du code de la santé publique (CSP) sur la base des données de l'année N-2.

Préservation de la fertilité

En 2014, 32 centres d'AMP sont autorisés à l'activité de préservation de la fertilité et sont donc éligibles à cette MIG. Le type d'activité le plus fréquemment pratiqué est la conservation de paillettes de sperme, qui représente le volume d'activité global le plus important : 40 000 échantillons congelés et cryoconservés en 2011 contre 2 423 pour les autres techniques. Pour inciter les centres à diversifier leur offre de soins en développant, notamment, les techniques de préservation spécifiques aux enfants, adolescents et aux femmes, le modèle pondère les indicateurs d'activité relatifs aux ovocytes, tissus ovariens et tissus testiculaires. Cette pondération permet de tenir compte de la complexité des prises en charge de préservation des ovocytes, qui nécessite un travail de suivi important lors de la stimulation, et des tissus germinaux dont les techniques sont innovantes.

Le modèle de répartition des crédits est le suivant :

Activité annuelle*	Montant
De 0 à 700	70 000 €
De 701 et 1600	100 000 €
1601 et plus	125 000 €

* L'activité annuelle est calculée comme suit :

Nombre de nouveaux patients dont les paillettes de spermatozoïdes ont été congelées et cryoconservées dans l'année

+ **2** x (nombre de nouvelles patientes dont les ovocytes ont été congelés et cryoconservés dans l'année)

+ **5** x (nombre de nouveaux patients dont les tissus germinaux ont été congelés et cryoconservés dans l'année).

A noter que les centres nouvellement autorisés, qui n'avaient pas d'activité en 2011, sont destinataires du premier niveau de financement.

AMP en contexte viral

Les surcoûts de l'AMP en contexte viral sont notamment liés à la nécessité de disposer d'un laboratoire dédié (arrêté du 3 août 2010 relatif aux bonnes pratiques cliniques et biologiques d'AMP). L'enveloppe MIG annuelle allouée pour l'AMP en contexte viral finance les surcoûts cliniques, l'amortissement du matériel de laboratoire (fixé à 10%) et les charges générales fixées à 20%.

Le modèle de répartition des crédits est le suivant :

Nombre annuel de tentatives d'AMP	Montant
0 à 40	45 000 €
De 41 à 100	60 000 €
101 et plus	80 000 €

Financement des surcoûts de l'AMP

Les surcoûts identifiés pour cette activité sont liées à l'obligation de renseigner le registre national des FIV qui recueille des informations relatives à chaque tentative. La communication de ces informations est prévue par l'article L.6113-8 du CSP. En 2011, 70 % des tentatives de FIV ont fait l'objet d'une transmission de données, ce qui ne permet pas de réaliser de manière pertinente l'évaluation des activités d'AMP conformément aux missions de l'ABM (article L.1418-1 du CSP), et notamment l'évaluation des résultats de chacun des centres.

Les professionnels des centres d'AMP assurent également un travail administratif afférent à la programmation et la coordination des rendez-vous, à la récupération et la gestion des résultats, à la délivrance des consignes, et aux relances annuelles des couples qui disposent de gamètes et d'embryons congelés.

Le maintien du financement des établissements sera dépendant de l'exhaustivité et de la qualité du remplissage du registre des FIV.

Le modèle de répartition des crédits est le suivant :

Nombre annuel de ponctions d'ovocytes	Montant
--	----------------

< 350	30 000 €
Entre 350 et 540	45 000 €
Entre 540 et 790	65 000 €
Supérieur à 790	87 000 €

La MIG « Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés aux articles R. 1221-32 à R. 1221-35 du code de la santé publique »

Cette MIG est modélisée à partir de données indirectes d'activité, basées sur le volume annuel de produits sanguins labiles (PSL) distribués dans la région, éventuellement pondéré par le nombre de dépôts de sang de la région. Elle finance les rémunérations d'équivalents temps plein (ETP) de CRH sur la base du statut de PH, le secrétariat et les frais de déplacements.

5,47M€ sont délégués en MIG JPE à ce titre par la présente circulaire.

Le nombre d'ETP de CRH est basé sur les critères de répartition suivants :

Nombre d'ETP	Volume de PSL distribué/an	Nombre de dépôts de sang
0,5	Moins de 100 000	Entre 0 et 15
1,0	100 000 à 150 000	Entre 15 et 30
1,5	150 000 à 200 000	Entre 30 et 40
2,0	200 000 à 400 000	Entre 40 et 80
3,0	Plus de 400 000	Plus de 80

Des mesures de lissage sont intégrées sur la période 2014-2016, sous forme de maintien de la dotation à 1 ETP dans les régions qui passent de 1 à 0,5 ETP, pendant la durée restante à courir (maximum trois ans) de la décision de nomination du CRH arrêtée par le directeur général de l'ARS (art. R.1221-35 du CSP).

Les critères d'attribution de ressources en secrétariat / assistants retenus sont de :

- 0,5 ETP secrétariat pour 0,5 ETP PH ;
- 1 ETP secrétariat pour 1 ETP PH ou plus.

La MIG « Mise en œuvre des missions des établissements de santé de référence »

La MIG mise en œuvre des missions des établissements de référence reste inchangée. Elle est toutefois abondée de 0,14M€ afin de financer une mission de coordination et d'animation nationale dans le domaine de la prise en charge du risque biologique. Cette circulaire délègue ainsi **3,64M€** en JPE pour cet objet.

Il convient de noter par ailleurs que le financement des 2 ressources humaines affectées au centre civilo-militaire de formation et d'entraînement relatifs aux risques Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique, basé à Aix-en-Provence, sera délégué en 2 ou 3ème circulaires à l'issue de la création officielle du centre.

Relèvent d'un financement au titre de cette MIG :

- La rémunération, charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'État ou de ses établissements publics chargés de la prévention et de la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles ;
- Les actions de formation pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Afin de compenser ces charges de personnels assumées par les établissements de santé de référence au sens de l'article R.3131-9 du code de la santé publique un forfait de 270K€ est attribué à chacun de ces établissements (corrigé du coefficient géographique le cas échéant). Concrètement, ce forfait permet le financement d'une équipe de 3 ETP (1ETP de PH estimé à 110 000€, 1 ETP de pharmacien estimé à 100 000€ et 1 ETP de cadre de santé estimé à 60 000€).

S'ajoute à cela :

- pour l'établissement de santé de référence de la zone Sud, 2 ETP supplémentaires (médecin et cadre de santé) qui seront mis à la disposition du centre de formation et d'entraînement dans le domaine NRBC situé à Aix en Provence ;
- pour l'établissement de santé de référence de la zone Ile de France, 2 ETP supplémentaires (1 ETP de PH et 1ETP de cadre de santé) pour la coordination et l'animation d'une mission nationale sur le risque biologique

émergent dont les modalités feront l'objet d'une convention spécifique avec l'établissement concerné.

La MIG « Acquisition et la maintenance des moyens zonaux des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles »

Le périmètre de la MIG dédiée à l'acquisition et la maintenance des moyens zonaux des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles a évolué. Il englobe désormais l'ensemble des moyens détenus par les établissements de santé notamment les postes sanitaires mobiles de 1er niveau et les équipements de protection pour les risques NRBC (le financement de ces matériels étaient intégrés lors de la précédente campagne respectivement au sein des MIG SAMU et SMUR). La modélisation de cette MIG a été réalisée sur la base des éléments définis au sein du guide MIG. La présente circulaire délègue **12,49M€** de MIG JPE à ce titre.

Cette MIG couvre désormais le financement de l'ensemble des matériels et équipements détenus par les établissements de santé ayant vocation à être utilisés pour répondre à une situation sanitaire exceptionnelle. Ces moyens ont vocation à être identifiés au sein du plan zonal de mobilisation et le cas échéant, mobilisés au niveau zonal.

Sont notamment visés :

- Les postes sanitaires mobiles de premier niveau (PSM 1) et de deuxième niveau (PSM2), ainsi que les équipements logistiques associés (remorque, tente, lot radio...);
- Les équipements pour la prise en charge des victimes de risques NRBC (respirateurs, unité mobile de décontamination) ;
- Les équipements de protection aux risques NRBC des professionnels de santé et des personnels en charge de la protection de l'hôpital.

Equipement / Montants par équipement :

- PSM 1 : 20 000€
- PSM 2 complet : 120 000€
- PSM 2 sans lot radio : 100 000€
- Respirateur mobile : 300€
- Unité décontamination mobile : 5 000€
- Equipement de protection (intervention / protection de l'hôpital) : 560€ (tenues, masques, cartouches, dosimètre, gants, surbottes, etc.)

La MIG « Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal » (CPDPN)

Le nouveau modèle de financement, élaboré en concertation avec l'ABM et la fédération des CPDPN, prévoit une répartition des centres en 5 classes déterminées à partir des rapports annuels d'activité de chaque centre (RAA) transmis à l'ABM (article L. 2131-2 du CSP). Ces classes, définies en fonction du volume d'activité et de critères de complexité des dossiers traités, permettent de déterminer le montant de la dotation MERRI de chaque centre (fléchage par établissement impératif).

Les dotations sont définies pour 2014 à partir des données des RAA disponibles, soit celles de 2011. Cette circulaire alloue **15,48M€** de dotations en MIG JPE à destination de ces centres.

Le classement des centres est réalisé à partir des 5 items ci-dessous déclarés dans le RAA :

Item relatif au volume d'activité :

- Nombre de dossiers traités

Cet item compte pour 50% dans le classement des centres.

Items relatifs à la complexité des dossiers :

- Nombre d'attestations de gravité et d'incurabilité délivrées
- Nombre d'actes d'imagerie effectués
- Nombre de prélèvements réalisés
- Nombre de gestes thérapeutiques réalisés.

Chacun de ces quatre items compte pour 12,5% dans le classement des centres.

La mesure de l'activité, couplée à celle de la complexité des cas traités, permet ainsi le classement de chaque centre dans l'une des classes suivantes :

Niveau A = 203 000 €

Niveau B = 250 000 €

Niveau C = 310 000 €

Niveau D = 370 000 €

Niveau E = 430 000 €

Les dotations des établissements sont majorées le cas échéant du coefficient géographique.

L'Agence de la biomédecine pilote un groupe de travail avec la fédération des CPDPN afin d'améliorer la qualité et le délai du recueil du RAA.

Annexe IX Méthodologie de répartition des mises en réserve

La présente annexe s'attache à présenter la méthodologie employée pour la modulation des mises en réserve de la DAF régionale, soit **119M€** de gels.

- 44 millions au prorata des bases régionales DAF
- 25 millions sur la base de la dynamique d'activité MCO

Ce critère de modulation a été utilisé en 2013 sur les mises en réserve du FIR et d'une partie de la DAF.

Il s'agit de geler les dotations régionales en tenant compte de l'écart entre l'évolution des dépenses régionales d'activité 2013 et la moyenne nationale. L'évolution des dépenses d'activité est corrigée de l'évolution démographique de chaque région. Par ailleurs, les montants à mettre en réserve sont modulés en fonction du niveau relatif de consommation de soins (mesuré par les taux ajustés 2012 de recours à l'offre de soins) afin de différencier les régions pour lesquelles la consommation de soins est faible et pourrait justifier un « rattrapage » de celles pour lesquelles la consommation de soins est plus élevée et justifie une modération plus grande des volumes de dépenses. Pour les DOM, le gel est calculé au prorata des dotations régionales, et non de manière différenciée selon la dynamique d'activité MCO, pour des raisons de disponibilité des données (données d'activité du secteur ex-OQN et taux de recours ajustés à l'offre de soins non disponibles).

- 25 millions sur la DAF SSR en fonction de l'atteinte des objectifs contractualisés dans les CPOM

Dans le cadre des CPOM Etat-ARS, un objectif cible du développement de l'activité de SSR a été négocié (indicateur 8.2.2), au regard des besoins exprimés par la région, de l'analyse de l'offre et des taux de recours. Il est proposé de tenir compte de l'évolution de l'activité réelle par région au regard de leurs objectifs contractualisés, en excluant des gels les régions ayant atteint leurs objectifs, dans une fourchette à plus ou moins 50%.

Après sélection des régions contribuant aux mises en réserve, le gel est réparti au prorata des bases régionales.

- 25 millions sur la DAF PSY en fonction de la DAF/habitant

Compte tenu des fortes inégalités de financement dans le secteur de la psychiatrie, seules les régions ayant un écart à la DAF/habitant moyenne supérieur à 7,5%, seuil à partir duquel on observe un décrochage net de la distribution des écarts, seront gelées. Huit régions seront concernées.

Les bases régionales sont corrigées des dotations attribuées pour le financement des structures à vocation nationale ou interrégionale :

- Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ;
- Unité pour malades difficiles (UMD).

Annexe V
Modes de délégations des missions d'intérêt général

Le tableau présenté ci-dessous fait le lien entre les mesures de la circulaire et la nomenclature des MIG. A des fins de lisibilité et de meilleur suivi budgétaire des allocations, il vous est demandé de respecter cette grille lors de l'imputation des dotations dans le système d'information.

C'est également dans ce but que la nomenclature des MIG est reportée le cas échéant dans l'annexe IA de la circulaire.

Numéro de la MIG	Nom de la MIG	Délégation en base ou hors base ("JPE")	Fléchage par établissement ou pas de fléchage	Délégation impérative ou indicative
A01	Le financement des charges fixes des missions générales d'enseignement, de recherche, de référence, d'innovation et de recours (dite part fixe)	JPE	Fléchage	Impérative
B02	Le financement des charges modulables des missions générales d'enseignement, de recherche, de référence, d'innovation et de recours (dite part modulable)	JPE	Fléchage	Impérative
C03	Le financement des activités de recours exceptionnel	JPE	Fléchage	Impérative
D01	Les centres d'investigation clinique (CIC)	JPE	Fléchage	Impérative
D02	Les centres de recherche clinique (CRC)	JPE	Fléchage	Impérative
D03	Les délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI)	JPE	Fléchage	Impérative
D04	Les centres de ressources biologiques (CRB)	JPE	Fléchage	Impérative
D05	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique national (PHRCN)	JPE	Fléchage	Impérative
D06	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique en cancérologie (PHRCK)	JPE	Fléchage	Impérative
D07	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique interrégional (PHRCI)	JPE	Fléchage	Impérative
D08	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle (PRT)	JPE	Fléchage	Impérative
D09	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en santé (PRTS)	JPE	Fléchage	Impérative
D10	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en cancérologie (PRTK)	JPE	Fléchage	Impérative
D11	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)	JPE	Fléchage	Impérative
D12	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	JPE	Fléchage	Impérative
D14	Les projets de recherche entrant dans le programme de soutien aux techniques	JPE	Fléchage	Impérative

	innovantes (PSTIC)			
D15	Les projets de recherche entrant dans le programme de soutien aux techniques innovantes en cancérologie (PSTICK)	JPE	Fléchage	Impérative
D16	Les emplois de technicien et d'assistant de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	JPE	Fléchage	Impérative
D17	Les groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation	JPE	Fléchage	Impérative
D18	Les tumorothèques	JPE	Fléchage	Impérative
D19	L'effort d'expertise des établissements de santé	JPE	Fléchage	Impérative
D20	Le soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation	JPE	Fléchage	Impérative
D21	Les programmes de recherche médico-économique (PRME)	JPE	Fléchage	Impérative
D22	Les programmes de recherche médico-économique en cancérologie (PRMEK)	JPE	Fléchage	Impérative
E01	Les stages de résidents de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	JPE	Fléchage	Impérative
E02	Le financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie	JPE	Pas de fléchage	Indicative
F01	Les centres mémoire de ressources et de recherche	JPE	Fléchage	Impérative
F03	Les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	JPE	Fléchage	Impérative
F04	Les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	JPE	Fléchage	Impérative
F05	Les centres de référence sur l'hémophilie	JPE	Fléchage	Impérative
F06	Les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose	JPE	Fléchage	Impérative
F07	Les centres de ressources et de compétences sur la sclérose latérale amyotrophique (SLA)	JPE	Fléchage	Impérative
F08	Les centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson	JPE	Fléchage	Impérative
F09	Les centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral	JPE	Fléchage	Impérative
F10	Les centres de ressources sur les maladies professionnelles (CRMP)	JPE	Fléchage	Impérative
F11	Les services experts de lutte contre les hépatites virales	JPE	Fléchage	Impérative
F12	Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)	JPE	Fléchage	Impérative
F13	Les centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI)	JPE	Fléchage	Impérative
F14	Les centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique	JPE	Fléchage	Impérative
F15	Les centres de référence pour infections ostéo-articulaires (CIOA)	JPE	Fléchage	Impérative
G01	Les laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique	JPE	Fléchage	Impérative

G02	Les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) en attente de leur agrément	JPE	Fléchage	Impérative
G03	Les actes de biologie , les actes d'anatomo-cyto-pathologie et les actes dentaires non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale à l'exception des activités d'hygiène hospitalière et des typages HLA effectués dans le cadre de l'activité de greffe	JPE	Fléchage	Impérative
G04	Les organes artificiels jusqu'à la date de leur inscription sur la liste des produits et prestations remboursables	JPE	Fléchage	Impérative
G05	Les dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	JPE	Fléchage	Impérative
G06	Les centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle	JPE	Fléchage	Impérative
H01	Les observatoires régionaux et interrégionaux des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) mentionnés à l'article D. 162-16 du code de la sécurité sociale	Base	Sans objet	Sans objet
H02	Les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) mentionnés aux articles 6 et 7 de l'arrêté du 3 août 1992 modifié relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales	Base	Sans objet	Sans objet
H03	Les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) mentionnées dans l'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales	Base	Sans objet	Sans objet
H04	Les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance mentionnés aux articles R. 5121-167 et R. 5132-99 du code de la santé publique	Base	Sans objet	Sans objet
H05	Les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés aux articles R. 1221-32 à R. 1221-35 du code de la santé publique	JPE	Fléchage	Impérative
H06	Les centres antipoison mentionnés à l'article L. 6141-4 du code de la santé publique	JPE	Fléchage	Impérative
H07	Les registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au Comité national des registres	JPE	Fléchage	Impérative
H08	Le Centre national de ressources de la douleur	JPE	Fléchage	Impérative
H09	Le Centre national de ressources pour les soins palliatifs	JPE	Fléchage	Impérative
H10	l'Observatoire national de la fin de vie	JPE	Fléchage	Impérative
H11	Les centres de coordination des soins en cancérologie (3C)	Base	Sans objet	Sans objet
H12	Les centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson	JPE	Fléchage	Impérative
I04	Les équipes de cancérologie pédiatrique	Base	Sans objet	Sans objet
J01	Les lactariums mentionnés à l'article L. 2323-1 du code de la santé publique	JPE	Fléchage	Impérative

J02	Les surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité	JPE	Fléchage	Impérative
J03	Les prélèvements de tissus lors de prélèvement multi-organes et à cœur arrêté	JPE	Fléchage	Impérative
K02	La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de préventions et de soins et des maisons médicales mentionnées à l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale	Base	Sans objet	Sans objet
K03	Les unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	Base	Sans objet	Sans objet
N01	les espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux (ERERI)	JPE	Pas de fléchage	Indicative
O01	Les actions de prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	Base	Sans objet	Sans objet
O02	La mise en œuvre des missions des établissements de santé de référence mentionnés à l'article R. 3131-10 du code de la santé publique	JPE	Fléchage	Impérative
O03	L'acquisition et la maintenance des moyens zonaux des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	JPE	Fléchage	Impérative
P02	Les consultations hospitalières d'addictologie	Base	Sans objet	Sans objet
P04	Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique	JPE	Fléchage	Indicatif
P05	Les consultations hospitalières de génétique	Base	Sans objet	Sans objet
P06	La nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile	Base	Sans objet	Sans objet
P09	La coordination des parcours de soins en cancérologie	JPE	Fléchage	Impérative
P10	Les centres experts de la maladie de Parkinson	JPE	Fléchage	Impérative
Q01	Les services d'aide médicale urgente (SAMU) mentionnés à l'article L. 6112-5 du code de la santé publique	JPE	Pas de fléchage	Indicative
Q02	Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) mentionnés à l'article R. 6123-10 du code de la santé publique	Base	Sans objet	Sans objet
Q03	Les centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques : centre de consultations médicales maritimes mentionné à l'arrêté du 10 mai 1995 relatif à la qualification du centre de consultations médicales maritimes de Toulouse comme centre de consultations et d'assistance télé-médicale maritimes dans le cadre de l'aide médicale en mer et centre national de relais mentionné à l'arrêté du 1er février 2010 désignant le CHU de Grenoble dans sa mise en œuvre du centre de réception des appels d'urgence passés par les personnes non ou malentendantes	JPE	Fléchage	Impérative
Q04	Le transport sanitaire bariatrique	JPE	Fléchage	Impérative
Q05	Les cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP)	JPE	Fléchage	Impérative
Q06	L'aide médicale en mer	JPE	Fléchage	Impérative

R01	La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts	JPE	Fléchage	Impérative
R02	La rémunération, les charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière ou de la gestion des crises sanitaires	Base	Sans objet	Sans objet
R03	La coordination des instances nationales de représentations des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de commission médicale d'établissements et de conférences médicales mentionnées aux articles L. 6144-1, L. 6161-2 et L. 6161-8 du code de la santé publique	Base	Sans objet	Sans objet
R04	La rémunération, les charges sociales des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale	Base	Sans objet	Sans objet
R05	Les actions de coopérations internationales en matière hospitalière dans le cadre des politiques de coopération internationale définies par les autorités de l'État	JPE	Fléchage	Impérative
R06	La participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret 97-215 du 10 mars 1997	JPE	Fléchage	Impérative
T02	Les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)	Base	Sans objet	Sans objet
T03	Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP ; ex UCSA)	Base	Sans objet	Sans objet
T04	Les chambres sécurisées pour détenus	Base	Sans objet	Sans objet
U01	Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières	JPE	Fléchage	Impérative
U02	Les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 du code de la santé publique, dont la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé	Base	Sans objet	Sans objet
U03	Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge dans les centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires	JPE	Fléchage	Impérative

I. Les soins de suite et réadaptation : accompagnement de certaines régions déficitaires en offre de soins SSR en application des CPOM Etat ARS

Organisée par les décrets de 2008, la phase de reconnaissance des spécialités de SSR et l'extension des activités qui en découle est globalement achevée. Une deuxième phase est en cours de préparation, celle de la mise en œuvre de la réforme de financement, dont le démarrage est prévu en 2016.

Au regard notamment des contrats Etat/ARS, et des activités constatées sur le territoire national, cinq régions font apparaître un niveau d'équipement et d'activité SSR très en retard par rapport aux autres régions, ce qui induit notamment des taux de fuite importants de la population requérant des prises en charge en SSR vers d'autres régions.

La réduction de ces inégalités régionales s'avère donc nécessaire. Il est ainsi prévu d'accompagner ces cinq régions « déficitaires » afin d'atteindre un niveau d'activité cible, répondant aux besoins de la population par une délégation de **17M€** en DAF reconductible. Cette mesure vient en appui des éléments contractualisés.

II. Les unités de soins et de longue durée : poursuite du dispositif de convergence

Le dispositif de convergence est poursuivi en 2014 sur la base des modalités appliquées en 2012 et 2013 consistant à maintenir l'utilisation des PMP de référence de 2006 et la valeur du point de 2011 (13,10 €).

En vertu de l'arrêté du 8 décembre 2010 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire, le taux de convergence de 33% est appliqué à l'ensemble des situations de sur-dotation identifiées sur la base des PMP 2006 (à l'exclusion des USLD apparaissant sous-dotées avec leur PMP 2011 en raison du caractère exceptionnel de cette situation) et des dotations allouées en 2013 (hors crédits non-

reconductibles et crédits alloués depuis 2010 au titre de la création d'unité d'hébergement renforcé -UHR).

La possibilité d'adaptation du rythme de convergence inscrite dans l'arrêté, est toujours ouverte sous condition que les établissements s'engagent dans le cadre de leur convention tripartite à augmenter leur capacité ou à mettre en adéquation le niveau de soins médicaux et techniques des patients accueillis avec leur dotation.

Le financement des projets d'investissement : Hôpital 2012 Systèmes d'Informations

Conformément aux règles de délégations des crédits accordés aux opérations « Hôpital 2012 Systèmes d'Informations », les crédits sont mis en base sur une durée de 5 ans. Ainsi, les crédits délégués par le niveau national aux ARS en 2009 font l'objet en 2014 d'un débasage tel qu'opéré au sein de l'annexe I de cette circulaire.

Les crédits débasés s'élèvent à **5,5M€** de AC/DAF reconductibles.

Hôpital numérique

Les modalités du volet financement sont détaillées dans l'instruction N°DGOS/PF/MSIOS/2013/225 du 04 juin 2013 relative au lancement opérationnel du volet financement du programme Hôpital numérique.

Le programme hôpital numérique prévoit l'octroi d'un soutien financier aux établissements de santé (hors médico-social) publics, privés et ESPIC éligibles, quel que soit leur champ d'activité (MCO, SSR, PSY, HAD), sous réserve :

- de leur conformité aux pré-requis (critère d'éligibilité au volet financement) lors de la sélection de l'établissement et lors de l'atteinte des cibles,
- de ne pas avoir été financé sur le même domaine fonctionnel par le plan Hôpital 2012 et d'avoir terminé son projet Hôpital 2012 quel que soit le domaine (critère d'éligibilité au volet financement),
- de l'atteinte avant le 31 décembre 2017 des cibles définies sur l'usage du système d'information dans chaque domaine fonctionnel sur lequel l'établissement candidate (critère de délégation de la part « usage » du financement).

Les montants des soutiens financiers sont forfaitaires et définis au niveau national :

- par domaine,
- en fonction de l'activité combinée de l'établissement, qui correspond à une mesure de l'activité des établissements fondée sur le nombre de journées et séances avec une mise en équivalence des différents champs d'activité.

Les ARS sont responsables de la sélection des établissements sur un ou plusieurs domaines prioritaires. Les candidatures des établissements, la saisie des valeurs des indicateurs et le téléchargement des pièces justificatives sont réalisées par les établissements de santé dans l'outil DIPISI. La sélection, la validation des pré-requis et de l'atteinte des cibles, le suivi du projet et la demande de délégation sont réalisées par les ARS dans l'outil DIPISI.

En plus du soutien financier destiné à l'amorçage versé par le FMESPP, **0,18M€** en AC et **0,53M€** en DAF sont délégués à l'usage en non reconductible.

A noter que concernant les établissements de santé privés mono activité SSR et PSY, le soutien financier est délégué en FMESPP.

Annexe VIII : Innovation et recherche

Les coopérations entre établissements de santé pour la réalisation des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation sont encouragées à travers les mécanismes d'évaluation et de financement des MERRI. Ces coopérations, conduisant à l'augmentation de la masse critique, permettent de mutualiser les compétences et les moyens pour la réalisation des missions et ainsi d'améliorer l'efficacité et la professionnalisation de ces activités. Les établissements de santé qui mettent en œuvre ces coopérations peuvent demander la mise en commun de leurs indicateurs d'évaluation relatifs à ces missions et percevoir les financements correspondant via un récipiendaire unique.

En 2014, quatre coopérations impliquant chacune deux établissements de santé sont concernées, à leur demande, par ce dispositif pour leur dotation au titre de la part modulable des MERRI et/ou de leur DRCI.

Par ailleurs, afin de reconnaître et d'appuyer la participation des secteurs autres que celui de l'activité MCO aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation, les indicateurs servant à mesurer ces activités sont pris en compte pour des établissements psychiatriques, permettant ainsi de calculer un financement sur la base du modèle relatif à la part modulable des MERRI. Cette année, trois centres hospitaliers spécialisés correspondent aux critères définis pour bénéficier d'une dotation budgétaire à ce titre. Ils percevront 1,44M€ qui viendront abonder leur DAF, proportionnellement à leur production mesurée à travers ces indicateurs valorisés.

1. La part fixe des MERRI

La part fixe, dont la disparition a été programmée à 5 ans au profit de dotations plus dynamiques, présente pour la troisième année consécutive une diminution de 20% de son périmètre arrêté en 2011. Les 128M€ ainsi prélevés en 2014 viennent abonder la part modulable des MERRI. A travers la présente circulaire, **253,09M€** sont délégués au titre de la part fixe à 72 établissements.

2. La part modulable des MERRI

Afin d'assurer le financement du doublement du nombre d'internes effectuant une année-recherche, un montant de 4,74M€ est prélevé sur la part modulable pour abonder la MERRI relative au financement de la rémunération des internes. Ce transfert de crédits s'accompagne d'une évolution de la proportion des indicateurs au sein de la part modulable :

- 59,9% pour l'indicateur relatif aux publications scientifiques
- 26,1% pour l'indicateur relatif à l'enseignement
- 5,2% pour l'indicateur relatif aux essais cliniques promus par les établissements de santé
- 4,7% pour l'indicateur relatif aux inclusions dans les essais cliniques promus par l'établissement de santé
- 4,2% pour l'indicateur relatif aux inclusions dans les essais cliniques au titre des centres investigateurs

Tous les établissements de santé qui participent de façon significative aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation peuvent bénéficier de crédits au

titre de la part modulable. Afin d'éviter la dispersion de ces crédits, un seuil minimal de 0,25M€ minimum, issu de la valorisation des indicateurs, est fixé pour pouvoir bénéficier de crédits au titre de la part modulable en 2014. Ainsi, **1 385,39M€** sont délégués à 102 établissements de santé.

3. La part variable des MERRI relatives à l'innovation et à la recherche

La MERRI relative à l'effort d'expertise des établissements de santé est déléguée pour **0,12M€** correspondant aux expertises et aux présences en jury pour le PSTIC 2012 deuxième vague.

Les crédits relatifs aux centres de recherche clinique (CRC) sont délégués au titre de la quatrième année, à hauteur de **15,16M€**.

Depuis 2013, le redimensionnement de la MERRI relative aux centres d'investigation clinique (CIC) a été engagé afin d'accompagner l'objectif de fusion des CIC multi-modulaires. Pour 2014, chaque établissement de santé, ou groupement hospitalier pour l'AP-HP, hébergeant un CIC perçoit 0,5M€, et 0,75M€ si le CIC est multi-modulaire. En 2015, ce montant sera de 0,5M€ par établissement, ou groupement hospitalier pour l'AP-HP, hébergeant un CIC qu'il soit mono ou multi-modulaire.

Pour la MERRI relative aux délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), les indicateurs de résultat sont mis à jour en fonction des données renseignées à la fin de l'année 2013 et 47 établissements sièges de DRCI sont financés à hauteur de **72,78M€**.

Les dotations relatives aux groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI) sont déléguées pour un montant total de **7,09M€** aux sept inter-régions.

Les crédits relatifs aux centres nationaux de référence (CNR) sont délégués selon le modèle défini en 2012 pour un montant total de **12,44M€**.

Au titre des laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique **125,99M€** sont délégués.

80% de la dotation de la MERRI relative aux actes de biologie, actes d'anatomocytologie et actes dentaires non inscrits sur la liste prévue à l'article L.162-1-7 du CSS sont délégués pour un montant total de **200,97M€**, proportionnellement aux délégations des années antérieures. Le reliquat sera délégué ultérieurement cette année, en fonction des résultats des travaux de modélisation et de la refonte du référentiel des actes innovants hors nomenclature (activité recueillie dans FICHSUP).

Les crédits relatifs aux médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) déclarés au titre de 2013 (octobre et novembre) sont délégués par la présente circulaire à hauteur de **4,67M€**. Initiée en 2013, la régularisation d'un trop-perçu versé en 2012 est finalisée. Les établissements d'HAD sont désormais destinataires en routine de ces crédits. Les établissements disposent d'un an à compter de la date d'administration pour régulariser dans FICHCOMP les volumes et les montants donnant droit à remboursement.

La dotation de la MERRI relative aux organes artificiels jusqu'à la date de leur inscription sur la liste des produits et prestations remboursables est déléguée pour un montant de **0,43M€**, répartis en fonction du nombre de DACM posés en 2013, soit 10 unités.

Au titre du soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation sont délégués :

- la troisième tranche de financement des six sites de recherche pluridisciplinaire en cancérologie (SIRIC) labellisés en 2012 ;
- la quatrième tranche de financement des deux SIRIC labellisés en 2011 ;
- la revalorisation de la dotation de la part fixe du GHICL, pour 2011, 2012 et 2013.

Au titre des appels à projets, les délégations suivantes sont effectuées :

- PRTS 2013 : 1ère tranche des quatre projets retenus au titre de la liste complémentaire ;
- PREPS-DP 2013 : 1ère tranche du projet retenu ;
- PREPS-IQ 2013 : 1ère tranche des trois projets retenus ;
- PHRCI 2013 : 1ères tranches des projets des GIRCI Grand Ouest, SOOM, Est et Nord Ouest.

- Conformément à la procédure de suivi des projets retenus dans le cadre des programmes de recherche et d'innovation, sont déléguées les tranches correspondant aux appels à projets suivants :

- PHRCN 2010-2011-2012;
- PHRCI 2010-2011-2012;
- PSTICK 2012;
- PSTIC 2011;
- PSTIC-PACS 2011.

La MERRI « Centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle » n'est pas financée cette année, sous réserve d'expertise et d'inclusion de leur activité dans le cadre du recours exceptionnel.

Un tableau détaillant l'ensemble des crédits délégués par appel à projets est mis en ligne sur le site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/innovation-recherche-clinique.html>, onglet « Les MERRI ».

I. La fongibilité DAF – FIR

La LFSS pour 2014 a créé l'article L.174-1-2 du code de la sécurité sociale, qui vous donne la possibilité de transférer une part de votre dotation DAF vers le FIR, et inversement. Les montants potentiellement transférables, qui ne pourront représenter plus de 1 % de chacune des dotations, seront précisés en annexe de chacun des arrêtés vous déléguant une de ces deux dotations.

L'opportunité de ces transferts relève de votre seule appréciation ; aussi mes services ne devront-ils s'assurer que du seul respect du montant maximal défini par les arrêtés précédemment mentionnés.

L'outil d'allocation des ressources HAPI prendra en charge ce dispositif à compter de 2015. Aussi, pour l'exercice 2014, tout transfert effectué au titre de l'article L174-1-2 du code de la sécurité sociale devra suivre la procédure suivante :

- vos services transmettront à la DGOS (bureau R1), via la boîte fonctionnelle DGOS-FONGIBILITE, votre projet d'arrêté mentionnant le montant transféré ;
- la DGOS s'assurera du respect du montant maximal et, le cas échéant, transmettra à l'équipe projet HAPI le projet d'arrêté pour prise en compte dans l'outil HAPI ;
- la DGOS vous informera de la prise en compte de votre transfert et de la mise à jour de l'outil HAPI ou, le cas échéant, du refus de prise en compte (pour le motif mentionné précédemment) ;
- dans le cas d'un retour favorable, vous pourrez procéder à la publication de l'arrêté décidant du transfert, dont l'effectivité sera immédiate.

Je vous remercie de communiquer au bureau R1 les difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de ce dispositif.

II. Financement des études nationales des coûts

Evolution des modalités de gestion du financement des ENC

L'ATIH reprend la gestion administrative et financière des ENC à compter de la campagne ENC 2014. Les établissements participants seront donc rémunérés directement par l'ATIH via sa dotation FMESPP. Le financement des reliquats des campagnes ENC précédentes (Part variables 2012 et 2013, déléguées respectivement en 1^{ère} circulaire de campagne 2014 et 2015) restera alloué par les vecteurs actuels (MIG, DAF, FMESPP).

Concernant le financement des études en cours

Les crédits qui vous sont délégués pour un montant de **1,66M€**, concernent le financement de la part variable relative à la participation des établissements à l'ENC MCO, l'ENC HAD et à l'ENC SSR (établissements sous DAF³) 2012. Il est également tenu compte des régularisations liées aux versements antérieurs en fonction de la participation effective des établissements.

³ Le financement des établissements sous objectif quantifié national doit intervenir en parallèle dans le cadre de la circulaire de délégation des crédits FMESPP.

III. Le versement au titre du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE)

La présente circulaire actualise, sur la base des dernières données d'activité disponibles sur 2013, les montants AC alloués en non reconductibles, par la circulaire du 13 décembre 2013, aux établissements privés à but non lucratif du champ MCO ex-OQN ne bénéficiant pas de l'avantage fiscal du CICE mais dont les tarifs 2013 ont néanmoins été impactés.

Le complément de crédits ainsi accordés au titre du différentiel entre l'impact calculé sur la base des données 2012 et déjà délégué et celui fondé sur l'année 2013, s'élève à **0,2M€**.