



Ministère de la santé et des solidarités

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)

Le Ministre de la santé et des solidarités

Bureau du financement de l'hospitalisation
privée (F3)

à

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

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

DHOS / F2 / N°
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

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

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

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

**Sous-direction du financement
du système de soins**

CIRCULAIRE N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2007/74 du 21 février 2007 relative à la campagne tarifaire 2007
des établissements de santé.

Date d'application : Immédiate

NOR :

Grille de classement :

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

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

Textes de références :

- Code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-13, L.174-1-1, R.162-32 et suivants, R.162-42 et suivants, R.174-2, D.162-6 à D.162-8 ;
- 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 no 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, notamment l'article 99 ;
- Décret n°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, notamment l'article 9 ;
- 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 12 avril 2005 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 22 décembre 2006 pris pour l'application du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 26 octobre 2006 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
- Circulaire DHOS/F1/F4 2006/532 du 15 décembre 2006 relative à la suppression du taux de conversion lors de la transmission des données d'activité du 4ème trimestre 2006 et à la modification des modalités de transmission des données d'activité en 2007 ;
- Circulaire interministérielle N°DGCP/5C/DHOS/F4/2006/548 du 27 décembre 2006 portant diverses précisions d'ordre budgétaire et comptable pour le 1er janvier 2007 (Instruction budgétaire et comptable M21).

Annexes :

Annexe I.1 : montants régionaux MIGAC

Annexe I.2 : montants régionaux DAF

Annexe I.3 : montants régionaux DAC

Annexe I.4 : montants régionaux DAF/USLD

Annexe II : modalités de fixation des tarifs

Annexe III : modalités de fixation des dotations et suivi de la campagne

Annexe IV : financements des charges de personnel

Annexe V : financements des charges liées aux mesures de santé publique

Annexe VI : financements des charges liées à diverses mesures

La campagne tarifaire 2007 s'inscrit dans la continuité des réformes engagées dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ». Les établissements de santé doivent continuer à se moderniser afin d'accroître encore davantage la qualité des prestations et la sécurité des soins. Leur contribution à la réalisation d'objectifs de santé publique ambitieux, notamment dans le cadre des plans lancés par le gouvernement, constitue également un axe essentiel de cette campagne. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, voté par le Parlement, permettra de financer une nouvelle tranche annuelle de ces plans.

Le Parlement a fixé dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 144,8 milliards d'euros pour l'année 2007. Au sein de cet objectif, la progression de la part des dépenses relatives aux établissements de santé est de + 3,48 %, ce qui représente un effort très important en faveur de ce secteur, dans le contexte du plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, à comparer avec une progression de l'ensemble de l'ONDAM de + 2,6 %.

En outre, afin de responsabiliser les gestionnaires d'établissements et des services et de leur donner une meilleure visibilité, l'essentiel de la dotation est déléguée dès le début de la campagne budgétaire, ce qui doit leur permettre de mieux apprécier leur marge de manœuvre et prendre toute disposition pour adapter les dépenses au niveau de leurs ressources.

1. Le montant de la part hospitalière de l'ONDAM permet aux établissements de développer leurs prestations de soins et d'assurer de nouvelles missions de santé publique

Au sein de l'ONDAM, les objectifs de dépenses propres aux établissements de santé progresseront comme suit :

- L'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) de 2,83% (41,385 milliards d'euros) ;
- La dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) de 9,67% (6,000 milliards d'euros) ;
- L'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) de 2,54% (15,188 milliards d'euros) ;
- L'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation (OQN) de 5,17% (1,912 milliards d'euros).

La progression de l'ODMCO est plus forte que celle de l'ODAM dans la mesure où près d'un point de cette progression devrait résulter de l'augmentation des dépenses de médicaments remboursés en sus des prestations MCO, évaluée à 12% en moyenne pour les deux secteurs de l'hospitalisation publique et privée entre 2006 et 2007. Constituant un des aspects importants et novateurs de la réforme de la T2A, le remboursement intégral par l'assurance maladie de ces dépenses de médicaments, sous réserve du respect par les établissements des dispositions des contrats de bon usage, répond à la volonté d'améliorer la prise en charge des patients notamment dans le cadre du plan « cancer ».

La progression de l'OQN est liée en particulier au besoin de financement induit par le coût des capacités nouvelles, essentiellement pour les activités de soins de suite ou de réadaptation.

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 2007 a été fixé à 280 millions d'euros, soit la moitié de la tranche d'économies demandées en 2006.

Comme en 2006, ces économies portent sur l'ensemble des objectifs et dotations. Elles ont été réparties en fonction du poids relatif des différents objectifs et dotations y compris sur la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation :

- ODMCO : 184,33 millions d'euros
- ODAM : 61,44 millions d'euros
- OQN : 8,33 millions d'euros
- MIGAC : 25,70 millions d'euros

La construction de l'ONDAM prend en compte l'évolution des charges de personnel de la fonction publique hospitalière, tant les mesures générales que catégorielles. La revalorisation de la valeur du point au 1^{er} février 2007 a notamment été intégrée. Le coût d'une éventuelle transposition de ces mesures aux établissements privés anciennement sous dotation globale est prévu dans l'évolution des dotations et des tarifs. De même, cette construction tient compte de l'évolution des rémunérations des établissements privés pour leurs activités relevant de l'ODMCO et de l'OQN.

2. La campagne 2007 se caractérise par une visibilité et une transparence accrues pour l'ensemble des acteurs du monde hospitalier

Afin d'améliorer la visibilité des gestionnaires d'établissements sur la campagne 2007, et en cohérence avec la fixation des tarifs nationaux en début d'année, l'essentiel des ressources allouées sous forme de dotations, sont déléguées dès le début de l'année 2007.

Pour les activités hors T2A, l'ensemble des charges nouvelles inéluctables pourront être ainsi couvertes par les dotations que vous attribuerez aux établissements en début d'année. Il s'agit en particulier des mesures salariales générales et catégorielles, des évolutions des charges d'achats de biens et services, hors médicaments, produits et prestations remboursables en sus des prestations d'hospitalisation, de l'effet report sur 2007 des mesures prises en 2006 dans le cadre des plans de santé publique et de la couverture des charges d'emprunts destinés à couvrir les investissements du plan Hôpital 2007.

Les montants régionaux des DAF et des MIGAC seront modifiés ultérieurement pour tenir compte de mesures qui ne peuvent faire l'objet, à ce stade, d'une allocation immédiate, c'est-à-dire notamment : les créations de postes hospitalo-universitaires et de postes de consultants, les mesures de santé publique bénéficiant à des établissements sélectionnés sur appels à projets ou appels d'offre ou certaines mesures de santé publique spécifiques telles la prise en charge des médicaments titulaires d'ATU nouvelles non encore connues.

Par ailleurs, compte tenu de l'obligation qui vous incombe de conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en 2007, vous disposerez dès le début de l'année de la totalité de votre enveloppe de contractualisation et, pour les quatre régions et les deux collectivités d'outre-mer, de la totalité de l'enveloppe de contractualisation allouée au titre du rattrapage.

Les montants régionaux « DAF hors USLD », « DAF USLD » et « MIGAC » qui vous sont alloués progressent respectivement de 336 millions d'euros (+ 2,7%), 32 millions d'euros (+ 2,7%) et de 415 millions d'euros (+ 9,0%) dès le début de l'année.

Si l'on tient compte des ressources issues de l'activité, **99,5% des ressources prévisionnelles de l'assurance maladie dévolues aux établissements de santé** sont ainsi mises à votre disposition dès le début de la campagne tarifaire.

3. La réforme engagée dans le champ MCO sera poursuivie et amplifiée

3.1. Une accélération de la mise en œuvre de la réforme

3.1.1 Pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale, l'activité de MCO sera, dès la quatrième année de la réforme, financée à plus de 50% par les tarifs et forfaits nationaux

Après une période nécessaire de prudence pour permettre à l'ensemble des acteurs du secteur hospitalier d'appréhender et de s'approprier la réforme, j'ai décidé de fixer à 50% dès 2007 la fraction du tarif des prestations d'hospitalisation et de soins externes facturables à l'assurance maladie.

En outre, j'ai souhaité accélérer le processus de transition pour la **chirurgie ambulatoire**. Afin de favoriser le développement de cette modalité de prise en charge des patients, certaines prestations d'hospitalisation seront rémunérées à 100 % sur la base des tarifs nationaux à compter du 1^{er} mars 2007. Les cinq forfaits de « groupe homogène de séjour » suivants, qui correspondent dans la plus grande partie des situations à une prise en charge ambulatoire et qui représentent plus du quart des séjours de chirurgie de la catégorie majeure de diagnostic n°24, seront facturés dans leur intégralité sur la base des tarifs fixés :

- GHS 8002 Interventions sur le cristallin
- GHS 8005 Drains trans-tympaniques
- GHS 8008 Ligatures de veines et éveinages
- GHS 8023 Circoncisions
- GHS 8053 Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels

Par ailleurs, comme en 2006, les prestations réalisées en **hospitalisation à domicile** seront facturées dans leur intégralité sur la base des tarifs nationaux. J'ajoute qu'un projet de décret en cours d'examen par le Conseil d'Etat prévoit la possibilité d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ces prestations seront facturées sur la base des tarifs nationaux, minorés d'un taux forfaitaire qui sera fixé par arrêté dès lors que l'établissement bénéficie d'un forfait de l'assurance maladie au titre des soins habituellement dispensés.

3.1.2 Les dotations annuelles complémentaires garantissent la progressivité de la réforme et une visibilité pour les gestionnaires

La fixation à 50%, et dans certains cas à 100%, de la fraction du tarif de prestation de séjours et de soins est une étape décisive dans la montée en puissance de la tarification à l'activité. Le mécanisme de transition retenu pour les établissements antérieurement financés par dotation globale, repose sur la progressivité de cette fraction et sur le maintien à titre transitoire de dotations annuelles complémentaires. Ces dotations, qui contribuent à financer l'activité de MCO, ont été calculées sur des bases historiques. Elles n'ont vocation qu'à assurer la transition vers un système de financement intégral à l'activité.

Pour cette raison, en vue d'assurer aux gestionnaires d'établissements une meilleure visibilité sur leurs ressources, le choix a été fait en 2007 de maintenir les dotations annuelles complémentaires à leur niveau : sous réserve de transferts et d'ajustements, elles ne feront l'objet d'aucun prélèvement ni d'aucune addition, et évolueront en fonction de la seule application de la fraction du tarif. Les établissements qui se trouveraient en situation financière délicate du fait de la réforme de la T2A ont ainsi la garantie de conserver un niveau de ressources leur permettant une adaptation progressive de leurs activités et de leurs charges.

3.1.3 Coefficient de transition des établissements de santé ex-OQN

Le processus de convergence des coefficients de transition des établissements se poursuit au même rythme qu'au cours des deux années précédentes. Le taux moyen régional de convergence est fixé à 20 % pour la campagne 2007, soit 1/5^{ème} de l'effort de convergence, ce qui correspond à une convergence linéaire identique au rythme de convergence des deux années précédentes.

Depuis la campagne précédente, en vertu des dispositions de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifié et du décret n° 2006-209 du 20 février 2006, 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 (les « sous-dotés »), et d'autre part aux établissements dont la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1 (les « sur-dotés »).

Il vous est possible également possible, comme l'année dernière, d'accélérer le taux de convergence fixé au niveau national en accordant aux sous-dotés une masse financière supplémentaire prélevée sur les sur-dotés.

Dans le cadre de cette campagne tarifaire, il vous est recommandé :

- De porter une attention particulière à la situation des établissements qui exercent une activité d'obstétrique ;
- D'accompagner les établissements résultant d'une opération de regroupement géographique totale en accélérant la convergence des établissements « sous-dotés » vers 1 et d'assurer une faible convergence des coefficients des établissements « sur-dotés ».

3.2. Une politique tarifaire renforcée

3.2.1 *La progression de l'ensemble des tarifs MCO*

Sous réserve des provisions constituées pour faire face à la progression de l'activité valorisée et des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux facturés en sus des prestations, les tarifs applicables à partir du 1^{er} mars 2007 aux établissements publics de santé et assimilés intègrent la quasi-totalité de la marge de progression de l'ODMCO disponible. Cela permettra de couvrir l'augmentation des charges des établissements principalement liée à la revalorisation des rémunérations et à la hausse des charges d'achats de biens et services.

L'évolution moyenne des tarifs à compter du 1^{er} mars est de 1,26 %, sachant que la répartition retenue entre les mesures générales et les mesures ciblées est différente entre les deux secteurs. Outre la progression liée à des mesures tarifaires ciblées différenciées (cf. infra 3.2.3), chacun des tarifs progressera au minimum de 0,6 % pour les établissements antérieurement sous dotation globale et 1 % pour les établissements relevant antérieurement de l'OQN (hors mesures ciblées et hors tarifs des CMD 14 et 15).

Le taux d'augmentation prévisionnel pris en compte pour la construction des tarifs a été fixé à 1,7% pour le volume des prestations d'hospitalisation ou des consultations et actes externes facturés ou valorisés et à 12% pour les dépenses de médicaments et produits remboursés en sus des prestations.

Le respect de cet objectif de progression est essentiel pour permettre le retour vers l'équilibre de l'assurance maladie et pour éviter une régulation en cours d'année.

A cet égard, je vous invite à utiliser pleinement la démarche contractuelle et à responsabiliser les établissements de santé. **Je souligne que la mise en œuvre des contrats de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux doit garantir une prescription et une dispensation rigoureuses** tout en favorisant la diffusion du progrès scientifique et technologique au bénéfice des patients.

En outre, la négociation en cours des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en application du décret du 2 novembre 2006 doit permettre de définir avec les établissements pour le 31 mars 2007 les objectifs quantifiés en implantations et en volume d'activité compatibles avec le respect du SROS et de déterminer les modalités de leur révision et de leur contrôle.

Enfin, vous pourrez vous appuyer sur les habilitations nouvelles en matière de contrôle de la facturation T2A. Après une première phase en 2006 de contrôles non assortis de sanctions mais accompagnés d'un effort d'explication auprès des établissements, les sanctions prévues par le décret du 16 mars 2006 sont en effet désormais applicables.

Il en est de même pour les dispositions nouvelles de la LFSS 2007 sanctionnant les obstacles aux contrôles ainsi que le non-respect de l'obligation de transmission des données PMSI. Dans l'attente de la sortie prochaine des textes réglementaires clarifiant certains aspects de forme et de procédure relatifs à ces nouvelles dispositions, vous pourrez, le cas échéant, vous prévaloir de ces dispositions législatives dans le respect du principe du contradictoire essentiel au dialogue avec les établissements et à la bonne compréhension des réformes.

3.2.2 *L'amélioration de la classification des prestations*

Une nouvelle catégorie de prestations est créée pour rémunérer notamment la mobilisation du secteur opératoire ou d'un plateau technique particulier d'un établissement de santé, à l'occasion d'un acte médical réalisé sur un patient pris en charge en soins externes.

Cette nouvelle prestation, dénommée « *forfait de sécurité et environnement hospitalier* » (SE) constitue un dispositif pérenne résultant des travaux menés depuis l'automne dernier en vue de remplacer le dispositif provisoire et dérogoatoire ayant conduit à la définition des GHS 9600 et 9601 qui sont facturés pour des soins externes. Ce forfait est décliné en trois niveaux :

- Le premier relatif à la prise en charge de certains actes d'endoscopie sans anesthésie réalisés dans un secteur opératoire ;
- Le deuxième relatif à la prise en charge de certains actes de médecine ou de chirurgie sans anesthésie réalisés également dans un secteur opératoire ;
- Le troisième relatif à la prise en charge d'actes nécessitant la mise en observation des patients dans un environnement hospitalier.

La facturation de chacun de ces forfaits n'est possible que pour une liste limitative d'actes, publiée par arrêté. Des travaux communs entre la DHOS et la CNAMTS en partenariat avec les fédérations permettront d'ajuster si nécessaire la classification retenue.

3.2.3 *Des revalorisations supplémentaires pour certains tarifs et forfaits*

S'agissant des établissements antérieurement financés par dotation globale, les mesures ciblées portent notamment sur :

- L'hématologie ;
- La prise en charge des AVC ;
- Le cancer et la périnatalogie, en complément des financements prévus dans les plans « cancer » et « périnatalité » ;

- La prise en charge des sevrages complexes au titre du plan « addictologie » ;
- La prise en compte des démences en tant que morbidité associée aux séjours dans le cadre du plan « solidarité grand âge ».

Certaines activités spécialisées et de haute technicité bénéficient de revalorisation de tarifs, notamment la réanimation pédiatrique, le traitement des brûlures étendues et le traitement de l'épilepsie, ainsi que de prélèvements d'organe sur cœur arrêté. Ces revalorisations représentent plus de 83 millions d'euros.

S'agissant des établissements privés relevant antérieurement de l'OQN, outre la transposition des mesures prévues pour le secteur public, les mesures ciblées intéressent les activités suivantes :

- L'obstétrique : l'effort de soutien des maternités privées par la revalorisation de certains tarifs est poursuivi ;
- La dialyse à domicile dans le prolongement des mesures intervenues en septembre 2006 ;
- Le traitement du cancer dans le cadre du plan « cancer » ;
- La neurochirurgie de la maladie de Parkinson.

En outre, l'inscription prochaine à la CCAM de nouveaux actes médicaux, qui induisent des surcoûts de prise en charge, conduit à prévoir des tarifs adaptés pour les séjours concernés, dans les deux secteurs d'hospitalisation. Des GHS nouveaux sont ainsi prévus pour financer les traitements par radiofréquence de l'hypertrophie bénigne de prostate, ainsi que les hémorroïdectomies par agrafage circulaire.

3.2.4. Des mesures tarifaires incitatives au développement de la chirurgie ambulatoire

Outre le passage de cinq GHM à 100 % de la fraction tarifaire, le développement de la chirurgie ambulatoire est également encouragé par des mesures de modulation tarifaire afin de rendre les prestations de chirurgie ambulatoire plus attractives par comparaison avec l'hospitalisation complète. Dans ce but, il est prévu dans l'arrêté tarifaire en préparation 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. Il a été décidé de réduire de 50 % l'écart des tarifs au sein de ces couples pour les établissements antérieurement financés par dotation globale.

3.3. Un effort collectif pour améliorer la transparence et l'efficacité dans la fixation et la répartition des dotations MIGAC

La dotation nationale de financement des MIGAC s'élève à 6 milliards d'euros en 2007 soit près de 10% du total des deux sous-objectifs hospitaliers de l'ONDAM. Elle progresse de plus de 9,5 % en 2007, ce qui reflète la priorité donnée à la santé publique, à la modernisation du patrimoine hospitalier avec la dernière tranche du plan « hôpital 2007 » et plus généralement à l'aide à la contractualisation apportée aux ARH.

Cette dotation nationale représente des enjeux financiers forts, tant pour les établissements publics de santé que pour les établissements de santé privés, participant ou non au service public hospitalier ; cela impose à l'ensemble du monde hospitalier à un **effort de transparence et de communication sur son utilisation**. Au niveau national, le rapport annuel 2006 au Parlement sur le sujet en est l'illustration. Il présente notamment les travaux en cours qui visent à mieux définir les missions d'intérêt général, à valoriser les financements de manière adéquate et équitable et à améliorer le suivi de ces activités notamment à travers la politique de contractualisation entre les ARH et les établissements.

Je vous rappelle à cet égard qu'un guide méthodologique de contractualisation sur les MIGAC a été mis à votre disposition afin de vous accompagner dans la négociation de vos contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé. Dans l'esprit de ce guide, les points suivants méritent d'être à nouveau soulignés :

- Tous les établissements soumis à la T2A sont éligibles à la dotation MIGAC, qu'il s'agisse d'établissements publics ou privés. Sous réserve des missions de service public hospitalier réservées par la loi à certains établissements, l'identification des établissements attributaires de telle ou telle mission d'intérêt général doit en tenir compte.
- La liste des missions d'intérêt général est une référence incontournable. Néanmoins, le fait qu'un établissement exerce une activité correspondant à l'une des missions inscrites sur la liste ne lui ouvre pas automatiquement droit à financement. Dans l'instruction des demandes, vous devez être en mesure de choisir, pour chaque mission, la meilleure offre adaptée au contexte local.
- La dotation MIGAC n'est pas sanctuarisée : elle peut être utilisée comme outil de redéploiement inter et intra-établissements
- S'agissant tant des missions d'intérêt général génériques que des missions relevant de l'aide à la contractualisation, la justification des ressources allouées à ce titre devra être la plus précise possible et la surcompensation exclue afin de ne pas encourir la qualification d'aide d'Etat au sens du droit

communautaire de la concurrence. L'attribution d'une aide à la contractualisation ne peut donc se faire sans engagement concret et évaluable de la part de l'établissement.

- Vous mènerez une action de communication vers les établissements de votre région afin de faire connaître votre politique en la matière.

Dans le cadre du travail sur les missions relevant des activités de greffe d'organes et de cellules souches hématopoïétiques intégrées dans les MIG, l'ensemble des frais afférents à ces missions a été transféré dans le Forfait Annuel Greffes, y compris les activités hors nomenclature de typage HLA ; ce transfert des MIG vers la base activité correspond à un montant de 25,7 millions d'euros en dépenses d'assurance maladie.

J'attire enfin votre attention sur la publication prochaine d'un nouvel arrêté pris en application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale qui révisera la liste des missions d'intérêt général par retraits, ajouts et précisions de libellés.

Comme en 2006, j'ai décidé d'augmenter de manière significative le montant des aides à la contractualisation afin de vous redonner **les 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 de **dégager 92 millions d'euros supplémentaires qui viennent abonder vos enveloppes d'aide à la contractualisation sur vos montants régionaux MIGAC**.

Vous utiliserez en priorité cette marge de manœuvre supplémentaire, dite « enveloppe régionale de contractualisation », 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. Je vous demande de poursuivre la politique engagée et de n'attribuer d'aides qu'aux établissements qui auront élaboré, avec votre soutien, un plan de retour à l'équilibre ou un plan de développement crédible. Je serai attentif à l'utilisation qui sera faite de ces ressources qui n'ont vocation ni à se substituer aux dotations ni à combler artificiellement les déséquilibres financiers mais peuvent vous permettre d'intervenir dans le cas de situations d'urgence mettant en péril l'offre de soins. Je vous rappelle par ailleurs que le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, abondé de 376 millions d'euros cette année, vous offre, notamment à travers son volet « ressources humaines », un outil efficace et adéquat pour appuyer les opérations de modernisation et de restructuration hospitalière.

Il conviendra en outre, avant la répartition des ressources, de réserver une enveloppe permettant le financement de projets de coopération, notamment dans le cadre de l'appel à projets initié sur les achats hospitaliers en 2007. Ces financements, s'inscrivant dans un principe de retour sur investissement, devront favoriser des logiques de rassemblement d'établissements dans le cadre de projets d'optimisation innovants, sur des périmètres offrant des potentiels d'économie significatifs.

S'agissant plus particulièrement des établissements privés antérieurement sous OQN, il vous appartiendra de porter une attention soutenue à la situation des établissements ayant actuellement un POSU et qui ne se verraient pas autorisés en tant que structures d'urgences, ainsi qu'à ceux ayant une activité d'obstétrique. Vous serez également attentifs aux conséquences financières des autorisations ou reconnaissances contractuelles en matière de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue que vous délivrerez au cours de l'année.

4. Dans le champ de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation, la mise en œuvre des plans de santé publique sera poursuivie et l'expérimentation de nouveaux modes de financement engagée

4.1. Activité et établissements financés par l'ODAM

La progression de l'ODAM permet d'assurer des ressources nécessaires à l'activité de soins des établissements de santé en dehors du champ de la T2A.

Pour la partie court et moyen séjour, la progression de l'ODAM permet de dégager près de 100 millions d'euros pour le financement de la dernière tranche annuelle du plan « urgences », la troisième tranche du plan « psychiatrie et santé mentale » et son volet des « programmes régionaux d'investissements en santé mentale » – PRISM. S'y ajoutent 25 millions d'euros supplémentaires pour renforcer vos enveloppes de contractualisation et près de 18 millions d'euros consacrés à l'effort de rattrapage de l'Outre-mer.

Le taux moyen d'évolution de la part des montants régionaux de l'ODAM relative aux unités de soins de longue durée permet de financer l'ensemble des mesures de personnel à la charge du budget soins des unités de soins de longue durée, sans préjudice des financements de la réforme résultant de l'article 84 de

la loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Cette dernière fera l'objet d'une circulaire prochainement.

4.2. Les établissements privés sous OQN

Outre le financement du développement des capacités d'hospitalisation essentiellement en soins de suite et de la généralisation du recueil des données d'activité médicale en psychiatrie, les augmentations tarifaires prévues s'établissent à 2,17 % en moyenne dont 2,06 % pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle et 2,45 % pour la psychiatrie.

Dans le cadre de la répartition de ces mesures tarifaires entre les régions, il a été tenu compte des éléments suivants :

- En psychiatrie, la méthode de calcul retenue vise à permettre la revalorisation des tarifs les plus bas ;
- En ce qui concerne les soins de suite et la réadaptation fonctionnelle, les dernières données disponibles issues du PMSI ainsi que la charge en personnel soignant ont été utilisées, dans le souci d'assurer une meilleure médicalisation de la prise en charge des patients.

4.3. L'expérimentation de nouveaux modes de financement

Dans la perspective d'extension de la tarification à l'activité aux activités de soins de suite ou de réadaptation et ultérieurement aux activités de psychiatrie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit la possibilité d'expérimenter, dès cette année et pour une période de cinq ans, en conditions réelles, les modèles de financement dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de santé de la zone ou pour une partie d'entre eux, en vue d'une généralisation les années suivantes.

S'agissant des soins de suite et de réadaptation, les travaux techniques ont été initiés au premier trimestre 2007 avec les services du ministère et de l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation. Ils associeront les fédérations représentatives des établissements de santé. Ces travaux portent sur une amélioration de la classification actuelle du PMSI SSR – qui pourra être échelonnée sur plusieurs années – ainsi que sur la détermination de compartiments de financement adaptés aux spécificités des activités de soins de suite ou de réadaptation. Les éléments du décret en cours de préparation et relatif à l'organisation et aux conditions de fonctionnement des activités SSR sont pris en compte dans la démarche. Dans le calendrier envisagé, les premières expérimentations pourraient être programmées au deuxième semestre 2007.

S'agissant de la « valorisation des activités en psychiatrie » (VAP), l'objectif majeur pour 2007 est la réussite de la montée en charge du « recueil d'information médicalisée en psychiatrie » (RIM-P), préalable indispensable à l'élaboration d'une classification médico-économique pertinente pour ces activités. 24 millions d'euros ont été réservés dans l'ODAM, dont la moitié vous est allouée immédiatement et 2 millions d'euros provisionnés dans l'OQN pour le financement de ce recueil. Les autres compartiments de financement envisagés dans le cadre de la VAP font en parallèle l'objet de travaux techniques entre le ministère, l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation, en concertation avec les fédérations représentatives. Les premières expérimentations pourraient être menées à partir de 2008.

5. Des mesures spécifiques sont prévues en faveur des établissements de santé des départements d'outre-mer

Au titre du rattrapage, les départements d'Outre-mer – ainsi que Mayotte dont les ressources sont fixées par un arrêté spécifique – bénéficient de majorations de leurs montants régionaux « MIGAC » ou « DAF » en vue de financer les priorités de santé publique selon les modalités convenues avec la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. 35 millions d'euros sont alloués à ce titre, en totalité en début de campagne, dont 12 millions d'euros pour les collectivités d'outre-mer.

6. La fixation et le versement des ressources d'assurance maladie aux établissements de santé et le suivi de la campagne 2007

Il vous appartient de fixer dans les meilleurs délais les dotations et forfaits annuels des établissements de santé de votre région en veillant à donner de la visibilité aux établissements, en notifiant si possible l'essentiel des dotations dont vous disposez et en proposant un calendrier pour les notifications à venir.

Sous réserve d'ajustements techniques liés notamment à des opérations donnant lieu à fongibilité entre objectifs de dépenses, je vous demande d'arrêter les dotations annuelles complémentaires définitives dès le début d'année.

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 de vos montants régionaux que vous entendez réserver au financement d'engagements particuliers des établissements dans le cadre de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, voire de contrat de retour à l'équilibre financier, je vous demande d'allouer les ressources dès que vous vous serez assurés du respect de ces engagements.

Les modalités de fixation et de versement des recettes d'assurance maladie liées à l'activité aux établissements de santé antérieurement financés par dotation globale seront modifiées en 2007. Elles feront l'objet d'un arrêté à publier dans les prochaines semaines. Le principe d'une valorisation mensuelle de l'activité mesurée par le PMSI a été retenu, avec un objectif d'application à partir des données d'activité du mois d'avril 2007. Cette mesure impliquera que vous validiez chaque mois les données d'activité des établissements.

Le suivi de la réalisation de la campagne 2007 sera effectué grâce à l'outil ARBUST, dûment renseigné par vos services, puis transmis à la DHOS au plus tard un mois après chaque circulaire tarifaire.

Le Ministre de la Santé et des Solidarités

Signé

Xavier BERTRAND

Annexe I.4
Campagne 2007
USLD

Régions	Dotation régionale 2006	Débasage des crédits non reconductibles alloués	Fongibilité 2006- 2007	Bases de référence pour 2007	Apport en reconduction	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 15 février 2007
Alsace	51 821 304,54	139 056	-1 688 218	49 994 031	1 364 837,03	1 364 837	51 358 867,58
Aquitaine	44 330 951,09	186 698	1 285 962	45 430 215	1 240 244,87	1 240 245	46 670 459,96
Auvergne	45 514 978,73	106 485	-264 583	45 143 911	1 232 428,76	1 232 429	46 376 339,49
Bourgogne	33 853 665,10	139 932	-3 158 226	30 555 507	834 165,34	834 165	31 389 672,45
Bretagne	94 302 345,23	142 638	-1 310 449	92 849 258	2 534 784,75	2 534 785	95 384 042,98
Centre	59 228 166,56	174 079	-2 054 315	56 999 773	1 556 093,79	1 556 094	58 555 866,35
Champagne-Ardenne	36 285 750,58	100 773	352 117	36 537 095	997 462,68	997 463	37 534 557,27
Corse	4 870 723,71	14 628	0	4 856 096	132 571,41	132 571	4 988 667,12
Franche-Comté	24 280 378,63	89 029	-1 013 001	23 178 349	632 768,92	632 769	23 811 117,55
Ile-de-France (hors AP-HP)	80 924 847,22	465 853	-2 662 123	77 796 871	2 123 854,58	2 123 855	79 920 725,81
Languedoc-Roussillon	55 866 285,92	396 193	-732 639	54 737 454	1 494 332,49	1 494 332	56 231 786,42
Limousin	35 574 418,53	96 167	-706 196	34 772 056	949 277,12	949 277	35 721 332,64
Lorraine	53 017 072,83	151 020	300 086	53 166 139	1 451 435,59	1 451 436	54 617 574,42
Midi-Pyrénées	47 944 637,55	126 424	-68 641	47 749 573	1 303 563,33	1 303 563	49 053 135,88
Nord-Pas de Calais	84 494 494,12	110 359	507 180	84 891 315	2 317 532,90	2 317 533	87 208 848,02
Basse-Normandie	27 151 974,10	51 687	-4 373 104	22 727 183	620 452,10	620 452	23 347 635,20
Haute-Normandie	33 474 481,10	150 286	-2 131 090	31 193 105	851 571,77	851 572	32 044 676,87
Pays de Loire	86 689 024,07	227 519	-1 530 662	84 930 843	2 318 612,02	2 318 612	87 249 455,09
Picardie	50 895 681,19	76 328	164 546	50 983 899	1 391 860,45	1 391 860	52 375 759,64
Poitou Charentes	35 505 565,74	98 658	-15 308	35 391 600	966 190,67	966 191	36 357 790,41
Provence Alpes Côte d'Azur	64 721 856,64	474 516	-581 869	63 665 472	1 738 067,38	1 738 067	65 403 539,02
Rhône-Alpes	161 072 870,84	1 005 530	-13 701 807	146 365 534	3 995 779,07	3 995 779	150 361 312,91
France métropolitaine :	1 211 821 474,04	4 523 858	-33 382 340	1 173 915 276	32 047 887	32 047 887	1 205 963 163,08
Guadeloupe	6 480 527,95	9 686	223 784	6 694 626	182 763	182 763	6 877 389,24
Guyane	374 390,47	1 582	0	372 808	10 178	10 178	382 986,14
Martinique	3 930 319,77	4 477	381 160	4 307 003	117 581	117 581	4 424 583,95
Réunion	1 597 189,29	2 975	1 437 832	3 032 046	82 775	82 775	3 114 821,15
DOM	12 382 427,48	18 720,00	2 042 776	14 406 483	393 297	393 297	14 799 780,48
Total dotation régionales	1 224 203 901,52	4 542 578	-31 339 564	1 188 321 760	32 441 184	32 441 184	1 220 762 943,56

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Base 2007	Transferts inter-régionaux (R)	Transfert objectifs "unités patients sourds" (R)	Soutien Ets privés (R)	Mesures salariales 2006 (R)	Mesures ponctuelles (R)	Mesures ponctuelles (NR)	s/total mesures reconduites	dotations régionales au 15 février 2007
Alsace	492 666,03	0,00	-142,78	701,42	1 080,74	0,00	0,00	1 782,16	494 305,41
Aquitaine	605 183,33	-53,00	-142,78	793,86	1 309,15	0,00	57,83	2 160,84	607 148,39
Auvergne	297 627,67	0,00		464,87	641,87	0,00	0,00	1 106,74	298 734,41
Bourgogne	362 335,34	0,00		489,06	784,33	0,00	0,00	1 273,39	363 608,73
Bretagne	657 412,78	0,00	-142,78	1 123,97	1 415,73	0,00	0,00	2 539,70	659 809,70
Centre	463 704,30	0,00		128,74	1 009,99	0,00	0,00	1 138,73	464 843,03
Champagne-Ardenne	308 420,55	0,00		86,12	664,21	0,00	0,00	750,33	309 170,88
Corse	56 261,25	0,00		0,00	116,04	0,00	0,00	116,04	56 377,29
Franche-Comté	259 537,04	0,00		169,26	566,30	0,00	0,00	735,56	260 272,60
Ile-de-France (hors AP-HP)	1 452 842,93	0,00		6 919,65	3 163,99	1 366,92	0,00	11 450,56	1 464 293,49
Languedoc-Roussillon	454 629,95	53,00	-71,40	321,23	977,02	0,00	0,00	1 298,25	455 909,80
Limousin	188 544,20	0,00		115,74	410,21	0,00	0,00	525,95	189 070,15
Lorraine	617 724,70	0,00	-71,40	1 245,05	1 322,36	0,00	0,00	2 567,41	620 220,71
Midi-Pyrénées	518 851,32	0,00	-142,78	603,74	1 120,47	0,00	0,00	1 724,21	520 432,75
Nord-Pas-de-Calais	873 133,11	0,00	-142,78	1 277,11	1 898,41	0,00	0,00	3 175,52	876 165,85
Basse-Normandie	366 749,85	0,00		228,44	797,67	0,00	0,00	1 026,11	367 775,96
Haute-Normandie	350 409,03	0,00		127,41	751,60	0,00	0,00	879,01	351 288,04
Pays-de-la-Loire	616 520,22	0,00		514,58	1 329,14	0,00	0,00	1 843,72	618 363,94
Picardie	405 722,92	0,00		320,40	878,71	0,00	0,00	1 199,11	406 922,03
Poitou-Charentes	353 157,35	-34,60		117,73	763,53	0,00	0,00	881,26	354 004,01
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 097 585,88	0,00	-214,18	1 836,68	2 337,54	0,00	0,00	4 174,22	1 101 545,92
Rhône-Alpes	1 230 146,98	34,60	-142,78	1 645,70	2 670,64	703,00	200,00	5 219,34	1 235 258,14
France métropolitaine	12 029 166,73	0,00	-1 213,66	19 230,76	26 009,65	2 069,92	257,83	47 568,16	12 075 521,23
Guadeloupe	92 404,26	0,00		0,00	207,19	0,00	0,00	207,19	92 611,45
Guyane	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Martinique	127 801,35	0,00		0,00	275,49	0,00	0,00	275,49	128 076,84
Réunion	154 826,33	0,00		923,08	332,16	0,00	0,00	1 255,24	156 081,57
DOM	375 031,94	0,00	0,00	923,08	814,84	0,00	0,00	1 737,92	376 769,86
Total dotation régionales	12 404 198,67	0,00	-1 213,66	20 153,84	26 824,49	2 069,92	257,83	49 306,08	12 452 291,09

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Base 2007	Transferts inter-régionaux (R)	Soutien Ets privés (R)	Augmentation forfait journalier hospitalier (R)	Effort d'économies (R)	Mesures salariales globalisées (R)	Mesures salariales 2006 (R)	Contrats emplois-aidés (NR)	Cotisation fonds promotion professionnelle (R)	Création de postes HU (R)	Nouvelle procédure autorisation (R)	Hausse charges variables (dont effet prix) (R)
Alsace	372 733,19	0,00		-605,83	-1 784,16	4 776,29	436,50	80,91	347,35		98,00	1 639,51
Aquitaine	617 419,40	0,00		-1 003,54	-2 955,39	7 911,76	719,31	140,90	575,37	53,71	49,00	2 715,79
Auvergne	322 674,09	0,00		-524,47	-1 544,54	4 134,82	376,93	62,72	300,70	53,71	49,00	1 419,32
Bourgogne	295 732,18	0,00		-480,67	-1 415,58	3 789,58	349,68	83,67	275,59		0,00	1 300,81
Bretagne	745 627,01	0,00		-1 211,92	-3 569,08	9 554,64	874,83	147,35	694,84		294,00	3 279,72
Centre	417 307,33	0,00		-678,28	-1 997,52	5 347,48	483,21	107,02	388,88		98,00	1 835,57
Champagne-Ardenne	224 700,43	0,00		-365,22	-1 075,57	2 879,37	262,98	55,73	209,40		0,00	988,37
Corse	56 298,65	0,00		-91,51	-269,48	721,42	65,79	0,00	52,46		0,00	247,64
Franche-Comté	253 958,51	0,00		-412,78	-1 215,62	3 254,29	294,88	56,49	236,66		49,00	1 117,06
Ile-de-France (hors AP-HP)	1 960 385,53	-321,00		-3 186,36	-9 383,75	25 120,85	2 297,69	269,30	1 826,86	58,90	637,00	8 622,97
Languedoc-Roussillon	451 112,98	0,00		-733,23	-2 159,34	5 780,67	521,25	170,80	420,39		49,00	1 984,27
Limousin	190 649,94	0,00		-309,88	-912,58	2 443,03	219,91	43,49	177,66		49,00	838,59
Lorraine	538 954,22	0,00		-876,00	-2 579,80	6 906,29	630,93	171,84	502,25		98,00	2 370,65
Midi-Pyrénées	544 516,55	0,00		-885,04	-2 606,43	6 977,57	635,22	148,56	507,43		0,00	2 395,11
Nord-Pas-de-Calais	804 208,49	0,00		-1 307,14	-3 849,49	10 305,32	942,52	244,25	749,43		49,00	3 537,40
Basse-Normandie	303 911,33	0,00		-493,97	-1 454,73	3 894,39	356,43	55,42	283,21		0,00	1 336,79
Haute-Normandie	306 541,47	0,00		-498,24	-1 467,32	3 928,10	356,43	248,71	285,66		147,00	1 348,36
Pays-de-la-Loire	683 529,21	0,00		-1 110,99	-3 271,84	8 758,91	800,17	133,32	636,97		0,00	3 006,58
Picardie	428 074,14	0,00		-695,78	-2 049,06	5 485,45	500,64	151,11	398,92		49,00	1 882,93
Poitou-Charentes	330 734,14	0,00		-537,57	-1 583,12	4 238,11	384,90	76,18	308,21		49,00	1 454,77
Provence-Alpes-Côte d'Azur	824 150,50	-240,00		-1 339,55	-3 944,95	10 560,86	955,31	211,25	768,02	61,72	98,00	3 625,11
Rhône-Alpes	1 213 305,19	0,00		-1 972,07	-5 807,71	15 547,59	1 398,66	219,48	1 130,67		294,00	5 336,85
France métropolitaine	11 886 524,48	-561,00	0,00	-19 320,04	-56 897,06	152 316,79	13 864,17	2 878,50	11 076,93	228,04	2 156,00	52 284,17
Guadeloupe	85 688,90	0,00		-139,28	-410,17	1 098,04	97,70	5,79	79,85		49,00	376,91
Guyane	164 273,39	0,00	600,00	-267,01	-786,32	2 105,04	186,43	6,28	153,08		0,00	722,57
Martinique	103 206,44	0,00		-167,75	-494,02	1 322,51	116,82	9,00	96,18	53,71	0,00	453,96
Réunion	101 021,43	0,00		-164,20	-483,56	1 294,51	109,38	14,57	94,14		0,00	444,35
DOM	454 190,16	0,00	600,00	-738,24	-2 174,07	5 820,10	510,33	35,64	423,25	53,71	49,00	1 997,79
Total montants régionaux	12 340 714,64	-561,00	600,00	-20 058,28	-59 071,13	158 136,89	14 374,50	2 914,14	11 500,18	281,75	2 205,00	54 281,96

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Plan cancer - Soins palliatifs (R)	Plan urgences - Hôpitaux locaux (R)	Plan urgences - SSR (R)	Plan santé mentale (R)	RIM psy (NR)	EVC (R)	Plan solidarité grand âge (R)	Diverses mesures santé publique (R)	Plan Hôpital 2007 (R)	Plan Hôpital 2007 complément substitution FMESPP (R)	PRISM (R)	Contractualisation ARH (R)
Alsace	50,87	913,12	683,79	1 052,30	299,09	129,12	154,53		372,88	0,00	329,43	721,03
Aquitaine	86,34	1 002,33	1 417,43	1 644,10	662,70	219,14	391,58		3,50	0,00	522,61	1 229,76
Auvergne	37,61	1 962,22	629,76	616,98	314,58	95,47	176,53		38,01	7,04	265,08	529,37
Bourgogne	46,03	1 293,64	757,76	568,24	300,00	116,84	208,98		0,00	33,75	314,52	644,44
Bretagne	85,66	1 798,19	1 347,05	1 328,34	678,61	217,43	357,57		0,00	8,30	610,23	1 222,62
Centre	70,38	810,28	1 116,71	1 541,65	380,50	178,64	299,18		184,31	0,00	343,98	994,05
Champagne-Ardenne	37,89	738,24	559,36	876,64	237,67	96,18	139,81		105,03	0,00	167,44	531,35
Corse	7,74	107,24	123,85	173,42	59,75	19,65	33,37		44,90	15,04	32,52	110,71
Franche-Comté	32,30	508,57	476,78	500,41	265,40	81,98	119,11		165,41	24,89	68,04	454,76
Ile-de-France (hors AP-HP)	208,11	707,43	3 400,12	6 407,38	2 103,35	812,68	589,10		1 109,57	0,00	1 889,06	2 279,96
Languedoc-Roussillon	0,00	1 592,92	1 134,43	1 413,57	388,53	177,24	310,13		304,62	41,95	455,41	1 000,00
Limousin	20,46	495,76	382,36	419,04	185,22	500,00	115,08		26,70	5,31	116,29	287,70
Lorraine	66,09	1 151,58	943,75	1 119,63	502,01	167,74	228,52		0,00	18,87	465,29	928,17
Midi-Pyrénées	76,59	1 675,36	1 258,06	1 228,04	557,30	194,41	346,19		0,00	0,00	428,41	1 093,25
Nord-Pas-de-Calais	114,21	327,71	1 558,46	2 985,05	765,34	289,90	358,68		0,00	48,65	781,84	1 604,37
Basse-Normandie	40,89	601,00	636,71	644,28	324,84	103,78	168,04		0,00	0,00	224,41	575,00
Haute-Normandie	51,11	761,46	722,12	1 454,84	292,28	129,73	173,04		0,00	0,00	426,19	718,65
Pays-de-la-Loire	95,22	3 804,81	1 439,14	2 123,35	587,81	241,69	368,16		0,00	63,22	585,10	1 359,52
Picardie	53,16	350,92	734,39	757,19	418,29	134,93	171,53		103,97	0,00	275,67	748,41
Poitou-Charentes	47,97	738,24	811,19	1 009,59	312,07	121,75	228,80		0,00	36,30	271,79	679,76
Provence-Alpes-Côte d'Azur	133,35	1 386,47	2 143,61	2 891,17	847,78	338,48	578,89		236,30	8,42	623,64	1 897,22
Rhône-Alpes	167,19	3 582,79	2 385,44	3 821,73	1 005,93	424,36	577,31		657,73	143,01	986,95	2 382,94
France métropolitaine	1 529,17	26 310,28	24 662,27	34 576,94	11 489,05	4 791,14	6 094,13	0,00	3 352,93	454,75	10 183,90	21 993,04
Guadeloupe	12,69	160,85	154,72	0,00	91,59	32,22	31,23		40,70	0,00	68,04	177,38
Guyane	5,23	0,00	46,52	0,00	42,80	13,28	4,12	829,48	10,55	0,00	49,87	80,16
Martinique	11,20	128,84	145,43	0,00	91,33	28,43	32,52		0,00	0,00	111,72	158,33
Réunion	21,64	0,00	218,79	0,00	115,22	54,93	30,82		14,11	0,00	93,65	311,11
DOM	50,76	289,69	565,46	0,00	340,94	128,86	98,69	829,48	65,36	0,00	323,28	726,98
Total montants régionaux	1 579,93	26 599,97	25 227,73	34 576,94	11 829,99	4 920,00	6 192,82	829,48	3 418,29	454,75	10 507,18	22 720,02

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Rattrapage outre-mer (R)	Mesures ponctuelles (R)	Mesures ponctuelles (NR)	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 15 février 2007
Alsace		0,00	0,00	9 694,73	382 427,92
Aquitaine		0,00	0,00	15 386,40	632 805,80
Auvergne		0,00	0,00	9 000,84	331 674,93
Bourgogne		0,00	0,00	8 187,28	303 919,46
Bretagne		0,00	0,00	17 718,38	763 345,39
Centre		0,00	0,00	11 504,04	428 811,37
Champagne-Ardenne		0,00	0,00	6 444,67	231 145,10
Corse		0,00	0,00	1 454,51	57 753,16
Franche-Comté		0,00	0,00	6 077,63	260 036,14
Ile-de-France (hors AP-HP)		0,00	0,00	45 770,22	2 005 834,75
Languedoc-Roussillon		0,00	0,00	12 852,61	463 965,59
Limousin		0,00	0,00	5 103,14	195 753,08
Lorraine		0,00	0,00	12 815,81	551 770,03
Midi-Pyrénées		2 637,15	0,00	16 667,18	561 183,73
Nord-Pas-de-Calais		-10,70	0,00	19 494,80	823 703,29
Basse-Normandie		70,00	0,00	7 366,49	311 277,82
Haute-Normandie		0,00	0,00	9 078,12	315 619,59
Pays-de-la-Loire		0,00	0,00	19 621,14	703 150,35
Picardie		0,00	0,00	9 471,67	437 545,81
Poitou-Charentes		0,00	0,00	8 647,94	339 382,08
Provence-Alpes-Côte d'Azur		0,00	0,00	22 081,10	845 991,60
Rhône-Alpes		0,00	0,00	32 282,85	1 245 588,04
France métropolitaine	0,00	2 696,45	0,00	306 721,55	12 192 685,03
Guadeloupe	4 353,00	0,00	0,00	6 280,26	91 969,16
Guyane	3 200,00	0,00	7 500,00	14 502,08	178 775,47
Martinique	2 230,00	0,00	0,00	4 328,21	107 534,65
Réunion	1 973,00	0,00	0,00	4 142,46	105 163,89
DOM	11 756,00	0,00	7 500,00	29 253,01	483 443,17
Total montants régionaux	11 756,00	2 696,45	7 500,00	335 974,56	12 676 128,20

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Base 2007	Transferts inter-régionaux (R)	Transferts inter-régionaux (NR)	Augmentation forfait journalier hospitalier (R)	Effort d'économies (R)	Mesures salariales globalisées (R)	Contrats emplois aidés (NR)	Recrutement apprentis préparateurs en pharmacie (R)	Création centres de formations de préparateurs en pharmacie (NR)	Création de postes HU (R)	Nouvelle procédure autorisation (NR)
Alsace	165 645,52	-75,00	0,00	-202,93	-742,89	1 885,31	188,78	44,23		5,19	0,00
Aquitaine	216 659,16	0,00	0,00	-298,33	-1 092,11	2 771,56	328,78	33,17	118,75	64,09	49,00
Auvergne	105 439,32	-47,34	-47,34	-141,96	-519,68	1 318,85	204,16	22,12		5,19	49,00
Bourgogne	112 512,76	0,00	0,00	-144,67	-529,60	1 344,02	228,52	49,76		58,90	0,00
Bretagne	190 726,41	0,00	0,00	-269,61	-986,97	2 504,74	286,04	33,17		171,51	49,00
Centre	161 124,53	0,00	0,00	-204,54	-748,75	1 900,19	358,27	38,70	118,75	0,00	49,00
Champagne-Ardenne	115 932,26	0,00	0,00	-135,17	-494,81	1 255,73	222,91	22,12		5,19	0,00
Corse	16 811,31	0,00	0,00	-23,61	-86,43	219,35	0,00	0,00		0,00	0,00
Franche-Comté	89 635,83	0,00	0,00	-110,54	-404,67	1 026,97	146,87	16,59		5,19	0,00
Ile-de-France (hors AP-HP)	461 041,34	-30,07	0,00	-424,58	-1 554,29	3 944,49	546,75	38,70		304,88	49,00
Languedoc-Roussillon	166 855,38	0,00	0,00	-268,86	-984,24	2 497,81	352,33	27,64		10,38	0,00
Limousin	77 013,68	0,00	0,00	-90,72	-332,10	842,80	101,47	16,59		58,90	0,00
Lorraine	190 001,19	75,00	0,00	-234,91	-859,94	2 182,35	257,77	116,11	118,75	117,80	49,00
Midi-Pyrénées	225 884,41	0,00	0,00	-328,46	-1 202,41	3 051,47	346,63	60,82		117,80	0,00
Nord-Pas-de-Calais	288 827,38	0,00	0,00	-359,00	-1 314,22	3 335,22	569,90	77,40	118,75	58,90	49,00
Basse-Normandie	121 973,96	0,00	0,00	-164,78	-603,23	1 530,88	221,66	11,06		58,90	49,00
Haute-Normandie	150 770,78	0,00	0,00	-151,53	-554,71	1 407,73	142,26	22,12		58,90	0,00
Pays-de-la-Loire	185 007,49	0,00	0,00	-249,76	-914,30	2 320,31	285,68	38,70		107,42	0,00
Picardie	138 290,02	0,00	0,00	-151,40	-554,22	1 406,50	352,58	105,05		0,00	0,00
Poitou-Charentes	104 952,61	0,00	0,00	-147,78	-540,98	1 372,89	396,44	33,17		122,99	0,00
Provence-Alpes-Côte d'Azur	390 157,58	0,00	0,00	-563,49	-2 062,78	5 234,92	492,92	88,46	118,75	128,18	0,00
Rhône-Alpes	520 329,93	47,34	47,34	-666,31	-2 439,20	6 190,20	512,11	105,05	118,75	240,79	0,00
France métropolitaine	4 195 592,85	-30,07	0,00	-5 332,94	-19 522,52	49 544,28	6 542,83	1 000,73	712,50	1 701,10	392,00
Guadeloupe	57 317,70	0,00	0,00	-58,09	-212,66	539,68	13,50	0,00	118,75	0,00	49,00
Guyane	104,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
Martinique	48 158,71	0,00	0,00	-61,01	-223,35	566,81	21,00	0,00		0,00	0,00
Réunion	75 978,54	0,00	0,00	-67,12	-245,72	623,59	58,29	11,06		0,00	0,00
DOM	181 559,26	0,00	0,00	-186,22	-681,73	1 730,08	92,79	11,06	118,75	0,00	49,00
Total dotation régionales	4 377 152,11	-30,07	0,00	-5 519,16	-20 204,25	51 274,36	6 635,62	1 011,79	831,25	1 701,10	441,00

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Augmentation quotas internes (R)	Retraite complémentaire HU (R)	Hausse charges variables (dont effet prix) (R)	Plan Cancer - Installation d'appareils de radiothérapie (NR)	Plan Cancer - Soins palliatifs (R)	Plan cancer - Autres mesures (R)	Plan cancer - Autres mesures établissements privés (R)	Plan Urgences - Equipes mobiles gériatrie (R)	Complément plan urgences - coordination des réseaux urgences (R)	Complément plan urgences PARM (R)	Plan Périnatalité (AC) (R)
Alsace	696,00	669,64	350,70		70,56	670,21	175,71	274,07	43,46	315,00	480,13
Aquitaine	1 051,20	743,17	515,55		119,75	1 161,41	591,72	631,38	43,46	280,00	505,43
Auvergne	528,00	378,15	245,33		52,17	589,35	212,96	178,09	43,46	140,00	207,45
Bourgogne	552,00	270,48	250,01		63,85	698,44	244,39	210,82	43,46	175,00	359,18
Bretagne	864,00	703,78	465,92		118,82	1 127,04	398,74	549,80	43,46	315,00	648,31
Centre	576,00	338,76	353,46		97,62	969,37	335,54	514,53	43,46	175,00	581,80
Champagne-Ardenne	528,00	323,00	233,58		52,56	561,05	206,81	211,94	43,46	105,00	274,10
Corse	0,00	0,00	40,80	130,00	10,74	173,20	54,42	80,93	43,46	52,50	43,28
Franche-Comté	456,00	259,98	191,03		44,80	375,98	109,79	120,16	43,46	87,50	265,79
Ile-de-France (hors AP-HP)	1 992,00	252,10	733,73		288,66	2 048,46	1 652,12	901,54	43,46	805,00	1 883,40
Languedoc-Roussillon	720,00	625,00	464,63		535,80	941,00	526,61	312,87	43,46	245,00	299,30
Limousin	408,00	225,84	156,77		28,38	437,38	112,78	116,09	43,46	70,00	117,80
Lorraine	792,00	519,95	405,95		91,66	916,49	259,53	395,97	43,46	245,00	462,93
Midi-Pyrénées	768,00	745,79	567,62		106,24	1 034,06	541,55	424,25	43,46	210,00	383,62
Nord-Pas-de-Calais	1 344,00	693,27	620,40		158,42	1 459,92	162,66	456,38	43,46	315,00	915,02
Basse-Normandie	528,00	267,86	284,77		56,71	489,18	223,76	240,42	43,46	175,00	352,38
Haute-Normandie	552,00	291,49	261,86		70,89	692,44	508,57	245,47	43,46	210,00	410,43
Pays-de-la-Loire	912,00	693,27	431,61		132,07	1 091,56	862,16	536,84	43,46	350,00	705,25
Picardie	552,00	267,86	261,63		73,73	728,71	495,41	267,58	43,46	210,00	439,66
Poitou-Charentes	504,00	238,97	255,38	130,00	66,53	712,66	164,47	254,45	43,46	140,00	274,20
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 416,00	1 313,02	973,77		184,96	1 735,36	216,59	584,00	43,46	350,00	817,63
Rhône-Alpes	1 728,00	1 588,75	1 151,47		231,89	2 026,20	848,07	582,41	43,46	385,00	1 306,85
France métropolitaine	17 467,20	11 410,13	9 215,97	260,00	2 656,81	20 639,47	8 904,36	8 089,99	956,12	5 355,00	11 733,94
Guadeloupe	160,80	28,88	100,39		17,61	117,24	49,99	31,51	43,46	52,50	102,06
Guyane	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	9,25	0,00	0,00	0,00	0,00
Martinique	0,00	28,88	105,44		15,53	36,39	27,20	32,80	43,46	52,50	78,45
Réunion	12,00	0,00	116,00		30,02	183,95	89,21	31,09	43,46	52,50	223,21
DOM	172,80	57,76	321,83	0,00	63,16	337,58	175,65	95,40	130,38	157,50	403,72
Total dotation régionales	17 640,00	11 467,89	9 537,80	260,00	2 719,97	20 977,05	9 080,01	8 185,39	1 086,50	5 512,50	12 137,66

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Recherche clinique et soutien aux innovations coûteuses (NR)	Mesures détenus (R)	Alzheimer (R)	Plan douleur établissements ex DG (R)	Plan douleur - établissements privés (R)	Mesures santé publique qualité soins (R)	Unité de soins et d'accueil des patients sourds-langue des signes (R)	Mesures nouvelles addictologie et tabacologie (R)	Plan solidarité grand âge (R)	ATU (NR)	Diverses mesures de santé publique (R)
Alsace	954,85	54,65	129,13	215,61	46,39		285,57	697,09	164,20	0,00	300,00
Aquitaine	2 383,09	95,46	534,91				285,57	1 185,77	785,67	0,00	
Auvergne	911,40	42,35	303,28					515,03	643,24	0,00	
Bourgogne	384,05	78,13	174,63					627,62	277,74	0,00	
Bretagne	1 082,36	4 243,91	610,34	215,61	46,39	44,00	285,57	1 216,40	379,93	1 255,60	
Centre	768,34	96,82	457,70					967,78	317,89	531,00	
Champagne-Ardenne	400,71	1 046,81	116,83			44,00		517,43	148,55	0,00	
Corse	0,00	15,45	27,88					103,01	35,46	0,00	
Franche-Comté	435,11	13,77	99,53					438,38	298,70	0,00	137,00
Ile-de-France (hors AP-HP)	2 561,76	872,62	492,27			44,00		2 260,31	625,93	290,00	
Languedoc-Roussillon	1 658,53	110,67	518,77				142,80	941,43	871,27	0,00	
Limousin	344,40	93,09	251,93					275,48	258,97	0,00	
Lorraine	528,05	111,07	190,96			44,00	142,80	785,72	242,80	645,00	
Midi-Pyrénées	1 649,69	84,26	289,29				285,57	1 331,90	1 125,41	723,40	
Nord-Pas-de-Calais	2 131,14	226,50	299,73	215,61	46,39	44,00	285,57	1 566,66	467,18	290,00	1 300,00
Basse-Normandie	386,53	65,10	140,42	215,61	46,39			560,55	178,54	492,80	
Haute-Normandie	561,85	97,69	196,52	215,61	46,39	44,00		701,88	183,86	0,00	
Pays-de-la-Loire	2 596,30	379,12	619,18			44,00		1 300,76	391,17	239,00	
Picardie	302,85	105,31	143,34			44,00		728,23	182,25	0,00	120,00
Poitou-Charentes	443,39	45,77	191,19					656,37	754,47	0,00	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 390,68	558,00	1 054,90	107,81	23,19		428,37	1 818,18	1 207,46	1 221,80	
Rhône-Alpes	3 951,00	138,24	949,73			161,00	285,57	2 031,38	613,40	2 745,20	
France métropolitaine	28 826,08	8 574,79	7 792,46	1 185,86	255,14	513,00	2 427,39	21 227,36	10 154,09	8 433,80	1 857,00
Guadeloupe	39,90	20,60	26,10	134,14	28,86			162,89	149,63	0,00	
Guyane	0,00	0,00	0,00			0,00		0,00	0,00	0,00	
Martinique	29,00	26,87	27,17			52,00		146,13	69,99	0,00	2 000,00
Réunion	378,00	49,53	25,75			61,00		273,09	149,19	0,00	
DOM	446,90	97,00	79,02	134,14	28,86	113,00	0,00	582,11	368,81	0,00	2 000,00
Total dotation régionales	29 272,98	8 671,79	7 871,48	1 320,00	284,00	626,00	2 427,39	21 809,47	10 522,90	8 433,80	3 857,00

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Plan Hôpital 2007 (R)	Plan Hôpital 2007 complément substitution FMESPP (R)	Contractuali- sation ARH établissements ex DG (R)	Contractuali- sation ARH établissements privés (R)	Contractuali- sation ARH établissements privés (NR)	Rattrapage outre-mer (R)	Mesures ponctuelles (R)	Mesures ponctuelles (NR)	s/total mesures nouvelles	dotations régionales au 15 février 2007
Alsace	917,95	0,00	2 163,10	63,70	97,23		80,65	103,91	11 197,20	176 767,72
Aquitaine	2 271,50	616,07	3 689,29	203,10	619,47		80,65	0,00	20 368,53	237 027,69
Auvergne	711,19	347,51	1 588,10	63,87	80,81		683,65	1 815,00	11 218,07	116 562,71
Bourgogne	776,06	76,11	1 933,33	79,16	677,76		80,65	145,12	9 184,92	121 697,68
Bretagne	1 976,10	725,82	3 667,86	126,59	64,77		80,65	34,15	23 078,80	213 805,21
Centre	441,51	0,00	2 982,14	119,39	1 245,50		10 607,80	2,26	24 035,29	185 159,82
Champagne-Ardenne	883,02	2,22	1 594,05	71,80	269,78		4 600,00	0,00	13 110,67	129 042,93
Corse	123,35	0,00	332,14	20,31	25,36		0,00	0,00	1 421,60	18 232,91
Franche-Comté	445,32	103,93	1 364,29	37,33	11,58		0,00	0,00	6 019,84	95 655,67
Ile-de-France (hors AP-HP)	3 372,89	930,84	6 839,88	647,06	1 329,23		9 658,71	108,34	43 539,26	504 550,53
Languedoc-Roussillon	604,51	261,58	3 000,00	166,18	940,13		80,65	0,00	15 645,25	182 500,63
Limousin	297,72	72,59	863,10	34,47	4,87		80,65	15,00	4 905,71	81 919,39
Lorraine	3 448,15	686,14	2 784,52	88,25	308,88		71,28	15,00	15 972,49	206 048,68
Midi-Pyrénées	1 697,84	425,55	3 279,76	176,79	339,19		4 580,65	23,00	22 882,74	248 767,15
Nord-Pas-de-Calais	2 770,04	265,52	4 813,10	51,70	2 343,04		280,65	8,00	26 109,31	314 936,69
Basse-Normandie	951,53	167,05	1 725,00	84,99	74,07		80,65	0,00	8 934,26	130 908,22
Haute-Normandie	1 047,92	325,65	2 155,95	202,31	329,54		200,00	0,00	10 520,55	161 291,33
Pays-de-la-Loire	2 002,18	522,74	4 078,57	323,53	204,21		80,65	0,00	20 127,68	205 135,17
Picardie	1 038,79	161,03	2 245,24	154,40	41,93		80,65	0,00	9 846,57	148 136,59
Poitou-Charentes	429,84	232,00	2 039,29	56,87	112,99		1 001,15	0,00	9 984,18	114 936,79
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 922,09	733,52	5 691,67	62,20	533,55		-12,60	75,28	31 887,85	422 045,43
Rhône-Alpes	3 253,95	278,00	7 148,81	279,90	279,31		7 038,05	0,00	43 107,03	563 531,64
France métropolitaine	32 383,45	6 933,87	65 979,19	3 113,90	9 933,20	0,00	39 435,19	2 345,06	383 097,80	4 578 660,58
Guadeloupe	179,49	0,00	532,14	29,61	14,80	1 867,00	0,00	15,00	4 354,78	61 672,48
Guyane	0,00	0,00	0,00	3,64	1,82		0,00	0,00	14,71	119,02
Martinique	172,63	39,42	475,00	12,67	6,34	1 487,00	0,00	10 500,00	15 768,32	63 927,03
Réunion	470,54	26,63	933,33	40,21	20,11	7 890,00	80,65	0,00	11 559,57	87 538,11
DOM	822,66	66,05	1 940,47	86,13	43,07	11 244,00	80,65	10 515,00	31 697,38	213 256,64
Total dotation régionales	33 206,11	6 999,92	67 919,66	3 200,03	9 976,27	11 244,00	39 515,84	12 860,06	414 795,18	4 791 917,22

Annexe II

Modalités de fixation des tarifs

1. Mesures tarifaires ciblées 2007 – activités MCO des établissements antérieurement financés par dotation globale

Près de 85 millions d'euros sont consacrés en 2007 à des hausses de tarifs ciblées qui visent à améliorer la prise en charge des patients ou à adapter l'échelle des tarifs à la réalité des coûts relatifs de certaines prises en charge.

- Hématologie : rémunération de suppléments de soins intensifs pour les séjours dans une chambre d'une unité d'hématologie équipée d'un système de traitement et de contrôle de l'air réduisant les risques de contamination microbienne par voie aérienne et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation ;
- Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux : création d'unité neuro-vasculaire (UNV) avec financement de supplément de soins intensifs ;
- Thermo thérapie par radiofréquence ou TUNA (*Transurethral needle ablation*) : traitement d'une hypertrophie prostatique par radiofréquence ;
- Cancer (hors plan « cancer ») : augmentation de 1% des tarifs de quelques GHS de cancers
- Epilepsie : bilan pré-chirurgical invasif ;
- Brûlures étendues : augmentation de 5,2% du tarif de ce GHS ;
- Prélèvement sur cœur arrêté : création d'un forfait pour prélèvement d'organe sur cœur arrêté
- Périnatalogie (hors plan « périnatalité ») : alignement du supplément NN3 au tarif du supplément de réanimation pédiatrique et recalage de l'échelle NN1/NN2/NN3 ;
- Plan « addictologie » : création d'un GHS adapté à la prise en charge des sevrages complexes
- Plan « cancer » : augmentation du tarif de la prise en charge de la leucémie aiguë dans le cadre du plan et des tarifs de 29 autres GHS de cancers à l'instar du secteur ex OQN ;
- Plan « périnatalité » : création du supplément de réanimation pédiatrique à un tarif supérieur à celui de la réanimation adulte ;
- Plan « grand âge » : ajout des démences à la liste des CMA.

Par ailleurs, au titre de l'amélioration de la qualité des soins par le renforcement de l'hygiène hospitalière et de la gestion des risques, l'ensemble des tarifs bénéficient d'une augmentation de près de 10 millions d'euros.

2. Mesures tarifaires ciblées 2007 – activités MCO des établissements antérieurement sous OQN

Une enveloppe de près de 25 millions d'euros est prévue pour les établissements privés antérieurement sous OQN en vue de la revalorisation de certains tarifs :

- après les augmentations tarifaires intervenues en 2005 et en mars et en septembre 2006, l'effort en faveur du financement des activités d'obstétrique se poursuit en 2007 ; les tarifs des deux principaux GHS de nouveaux nés vont être revalorisés de près de 30 % ; en ce qui concerne la dialyse à domicile, une mesure de revalorisation vient en complément de celle déjà intervenue en septembre 2006 ;
- dans le cadre du plan « cancer », une revalorisation de 2,26 % des tarifs de 29 GHS est prévue ; ont été retenus les GHM correspondants pour lesquels le diagnostic principal porte à 95 % sur une tumeur maligne.

Au titre de l'amélioration de la qualité des soins par le renforcement de l'hygiène hospitalière et de la gestion des risques, une enveloppe de 3,79 millions d'euros est venue abonder la marge tarifaire.

Les mesures ciblées concernant les établissements antérieurement sous dotation globale ont été transposées aux établissements privés, dans la mesure où elles ont impliqué une évolution des prestations d'hospitalisation.

Par ailleurs, les dispositions actuelles de l'arrêté « prestations » du 5 mars 2006 prévoient, d'une part, que les établissements privés facturent les suppléments liés aux autorisations et reconnaissances contractuelles (REA, STF, SRC) et, d'autre part, ne peuvent plus facturer ceux liés au classement (SRA, SSC) dès notification de leur autorisation de réanimation et/ou obtention des reconnaissances contractuelles de soins intensifs et /ou surveillance continue.

Les établissements qui n'obtiennent pas d'autorisation d'activité de réanimation ou de reconnaissance contractuelle pour une unité de soins intensifs ou de surveillance continue (demande rejetée ou pas de demande déposée), peuvent continuer à facturer les suppléments liés au classement.

Les suppléments liés aux classements peuvent être facturés jusqu'à l'abrogation expresse au niveau national de l'arrêté relatif aux classements hors catégorie. Cette abrogation interviendra après la mise en œuvre complète des SROS, pour la campagne tarifaire 2008.

En raison de la délivrance progressive des autorisations et reconnaissances contractuelles des unités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue, il est apparu nécessaire de prévoir un dispositif transitoire limité à la campagne 2007. L'une des modifications prévues dans l'arrêté « prestations » a pour objet de permettre aux établissements facturant le supplément SRA d'opter, alors même qu'ils ont bénéficié de reconnaissances contractuelles, pour le maintien des suppléments liés à leurs classements s'ils ne sont pas autorisés au titre de l'activité de réanimation. Ce dispositif d'option permet aux établissements concernés de se maintenir dans le système de financement lié aux classements ou de basculer dans le système nouveau. Il n'a pas pour effet de permettre une combinaison des deux systèmes. Le choix opéré vaut de la date où il est exprimé jusqu'au 28 février 2008 sans possibilité de modification ultérieure. Il est matérialisé dans l'avenant tarifaire conclu soit en début de campagne soit au moment de la reconnaissance contractuelle. Il vous est recommandé pour les établissements qui obtiendront une autorisation d'activité de réanimation de délivrer simultanément les reconnaissances contractuelles les concernant de sorte qu'ils puissent être éligibles complètement aux tarifs du schéma cible.

La DHOS diffusera très prochainement une note vous apportant les précisions utiles pour la mise en œuvre des autorisations et reconnaissances contractuelles.

Dès lors que les autorisations et reconnaissances contractuelles auront été délivrées, un réexamen du financement de ces activités sera effectué au niveau national, avec l'objectif de l'abrogation des classements et de leurs conséquences tarifaires dans la perspective de la campagne tarifaire pour 2008.

Annexe III

La fixation des ressources des établissements et le suivi de la campagne

1. La fixation des dotations

La fixation des dotations aux établissements s'effectue selon les mêmes modalités qu'en 2006. Il est tout particulièrement nécessaire de lier l'allocation des financements des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation à la conclusion avec l'établissement concerné d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens ou éventuellement d'un engagement contractuel spécifique.

1.1. Les dotations annuelles complémentaires

Les montants régionaux de la DAC 2007 sont fixés par référence aux montants régionaux 2006 corrigés des fractions du tarif facturable fixées à 50 % ou 100 %, selon le cas. Ils intègrent les opérations de transferts qui ont affecté ces montants régionaux en 2006. Les montants alloués en 2006 de façon non reconductible, au titre de la « provision pour mesures salariales à venir » sont reconduits en grande partie pour la part qui n'a pas été intégrée dans les tarifs nationaux. Il en est de même des montants destinés à atténuer les difficultés financières générales des établissements privés participant au service public hospitalier ou qui avaient opté pour le financement par dotation globale. La répartition régionale a néanmoins été modifiée pour prendre davantage en compte le poids de ces établissements dans l'offre de soins MCO de chaque région.

Il vous appartient de fixer le montant de la dotation annuelle complémentaire de chacun des établissements de votre région dans le respect du montant régional des dotations annuelles complémentaires, sous réserve des sommes transférées vers la DAF, en application des dispositions du D du V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Il vous est toutefois recommandé de limiter autant que possible les transferts entre DAC et DAF.

Conformément aux dispositions de l'article 9 du décret du 14 janvier 2005 de référence, vous arrêterez le montant de la dotation annuelle complémentaire de chaque établissement en fonction de l'évolution de la fraction mentionnée au A du V de l'article 33 susmentionné et des modifications relatives aux capacités et à la nature des activités autorisées. Vous pourrez tenir compte des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, des priorités de santé publique et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Les conséquences financières des modifications législatives et réglementaires relatives à la participation de l'assuré, notamment la hausse du forfait journalier, ont été intégrées dans le calcul des seuls tarifs et forfaits nationaux ; vous n'avez donc pas à en tenir compte.

Dans toute la mesure du possible, il vous est demandé de fixer les montants définitifs des DAC 2007 de vos établissements dès le début d'année.

1.2. La dotation annuelle de financement des MIGAC et les forfaits annuels

Les montants régionaux de la dotation MIGAC 2007 sont fixés par référence aux montants régionaux 2006. Ils intègrent les opérations de transferts qui ont affecté ces montants régionaux en 2006 ainsi que les ajustements liés à la modification des modalités de financement des greffes.

L'effort d'économies imputé à la dotation nationale comme aux autres objectifs de dépenses, les effets des mesures salariales générales et catégorielles et celui de la hausse des charges variables hors rémunération ont été intégrés dans le calcul des montants régionaux et répartis au prorata de la partie de la dotation MIGAC qui finance les seules missions d'intérêt général.

Outre l'effet des mesures générales, les augmentations de vos montants régionaux dont le détail est donné dans le tableau annexé à la présente circulaire sont liées aux mesures exposées dans les annexes suivantes et à l'aide à la contractualisation. La partie 3.3 de la présente circulaire vous expose les principes à respecter pour la fixation de la dotation MIGAC. La région Martinique bénéficie d'une deuxième tranche de revalorisation particulière de sa dotation MIGAC au titre de l'appui à certaines activités difficilement financées par les tarifs du fait des conditions insulaires.

L'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale a été modifié par la LFSS pour 2007 pour permettre aux forfaits annuels, dont les montants sont déterminés en mars, de prendre effet au 1er janvier de l'année en cours et non au 1er mars comme les tarifs.

L'article R.174-22-1 du code de la sécurité sociale relatif au versement des forfaits annuels et dotations MIGAC a également été modifié par le décret n°2007-46 du 10 janvier 2007, d'une part, pour étendre aux dotations MIGAC les modalités de versement des forfaits annuels et, d'autre part, pour permettre le versement, le cas échéant, d'acomptes pendant les mois précédant la fixation par arrêté du directeur de l'ARH des montants de l'année en cours.

Dans la mesure où le versement d'acompte pour les MIGAC n'est pas automatique, vous devez prévoir expressément dans l'arrêté fixant le montant de la dotation de financement MIGAC que des acomptes seront versés sur les mois de janvier et février 2008.

Dans l'hypothèse où vous ne souhaitez pas que des acomptes soient versés au motif notamment de l'existence d'un risque de non reconduction de la dotation (MIG ou AC) en 2008, vous devez alors indiquer expressément que le montant de la dotation MIGAC 2007 sera versé jusqu'en décembre.

Pour les dotations MIGAC allouées en 2007 et qui continueront à être allouées en 2008 mais pour lesquelles aucun acompte n'aura été versé, les sommes dues au titre des mois de janvier et février seront versées sur le mois d'avril 2008 (2ème mois suivant celui au cours duquel le montant du forfait ou de la dotation est fixé).

S'agissant des forfaits annuels, le versement des acomptes est automatique. Ces versements sont corrélés avec les autorisations de fonctionnement.

1.3 Les dotations annuelles de financement pour les activités de court et moyen séjour hors T2A

Les montants régionaux de la dotation annuelle de financement 2007 sont fixés par référence aux montants régionaux 2006. Ils intègrent les opérations de transferts qui ont affecté ces montants régionaux en 2006. Les montants alloués en 2006 de façon non reconductible, au titre de la « provision pour mesures salariales à venir » sont reconduits.

Il vous appartient de fixer le montant de la DAF de chacun des établissements de la région dans le respect du montant régional de l'ODAM hors USLD, sous réserve des sommes transférées vers la DAC, en application des dispositions du E du V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, qu'il vous est recommandé de limiter.

Le calcul des montants régionaux s'apparente aux modalités de calcul des tarifs nationaux. Ils intègrent l'ensemble des ressources nouvelles destinées à compenser les charges nouvelles en particulier de titre 1.

Conformément aux dispositions de l'article R. 6145-26 du code de la santé publique, vous arrêterez le montant de la DAF de chaque établissement en fonction de la dotation annuelle de financement de l'année précédente – déduction faite des allocations non reconductibles – et en particulier des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et des prévisions d'évolution de l'activité. Sans préjudice de l'application de cet article, il vous appartient de respecter l'équité entre établissements de statuts différents dans la répartition de ces ressources, en terme de progression de la dotation.

En ce qui concerne la prise en compte d'éventuels facteurs spécifiques de coûts qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations, vous veillerez à être en mesure de financer le recours à certains médicaments ou dispositifs médicaux coûteux en soins de suite ou de réadaptation, conformément à l'engagement que j'ai rappelé le 26 octobre dernier, devant l'Assemblée nationale, à l'occasion du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

1.4 Les dotations annuelles de financement des USLD

Au sein de l'ODAM, l'objectif retraçant les dépenses des activités des unités de soins de longue durée progresse de 2,04% pour atteindre 1,380 milliards d'euros.

A l'exception des crédits « canicule » qui sont des crédits non reconductibles et qui feront l'objet d'une allocation ultérieure, vos dotations permettent de financer l'ensemble des charges supplémentaires inéluctables des USLD dès le début de l'année 2007. Il s'agit plus précisément :

- des mesures salariales générales ;
- de l'effet prix ;
- des mesures catégorielles en particulier l'amélioration de la retraite des aides soignants, la fusion des échelles 2 et 3 et la cotisation supplémentaire pour la formation promotionnelle.

Ces taux de reconduction s'expliquent par la part très importante du personnel (soit 90%) au sein des unités de soins de longue durée par rapport aux autres établissements hors T2A suivis dans l'ODAM.

Par ailleurs les règles applicables en matière d'allocation de ressources aux USLD dans le cadre de la convention tripartite sont retracées dans la circulaire relative à la campagne budgétaire pour l'année 2007 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

Je rappelle que l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a étalé jusqu'en 2010 la mise en œuvre de la réforme des USLD. Cette disposition fera l'objet d'instructions plus précises au cours de l'année 2007.

2. La fixation du tarif journalier de prestation

La mise en œuvre de la réforme de la tarification s'est traduite par l'abandon de la notion de « dépenses encadrées » sur laquelle reposait la détermination des tarifs journaliers de prestation après estimation de l'activité prévisionnelle. La fixation de dotations sans référence aux dépenses des établissements peut conduire certains d'entre eux à vous proposer des tarifs journaliers de prestation en augmentation sensible pour compenser des ressources provenant de l'assurance maladie jugées insuffisantes. Vous êtes invités à vérifier très attentivement que le calcul des tarifs journaliers de prestation proposés s'appuie sur la comptabilité analytique et qu'ils évoluent en fonction des charges supportées par l'établissement. Dans ces conditions, leur progression en 2007 devrait rester compatible avec l'augmentation des dépenses d'assurance maladie.

3. Le suivi des états prévisionnels de dépenses et de recettes

L'arrêté du 5 décembre 2006 (JO du 23 décembre 2006) a défini le cadre de l'EPRD à partir de 2007. La circulaire du 27 décembre 2006 en référence a précisé notamment les évolutions apportées au cadre de l'EPRD par rapport à celui entré en vigueur en 2006. L'article R.6145-6 du code de la santé publique prévoit l'établissement d'un état comparatif quadrimestriel de l'activité, des recettes réalisées et des dépenses par rapport aux prévisions. Le modèle a été fixé par l'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.

Cet état fait l'objet d'une transmission en ligne par le biais d'une plate-forme conçue pour permettre cette année une exploitation centralisée et automatisée, tant au niveau régional qu'au niveau national. Ce système permettra d'améliorer la connaissance de la situation financière des établissements de santé, tout particulièrement des établissements publics de santé que la comptabilité nationale considère comme des administrations publiques. Au-delà de ces exigences liées à la surveillance des grands équilibres des finances publiques, c'est le pilotage du secteur hospitalier qui sera ainsi amélioré.

4. Le suivi de la campagne

Afin que les services de l'administration centrale puissent suivre et contrôler l'allocation des ressources de l'assurance maladie sous forme de dotations aux établissements de santé, je vous demande de renseigner précisément l'outil ARBUST et de l'adresser à la DHOS dans le délai d'un mois après la diffusion de la présente circulaire.

La nouvelle version de l'outil ARBUST MIGAC, intégrant le détail des compensations au titre des MIG génériques allouées aux établissements de santé et le module spécifique relatif aux montants attribués sous forme d'aide à la contractualisation, vous sera transmise le mois prochain.

4.1. ARBUST

Cette année, différents outils développés conjointement par mes services et ceux de l'ATIH seront mis à votre disposition pour permettre le suivi, par établissement, des différentes dotations qui vous sont allouées.

- L'outil ARBUST : comme les années précédentes, cet applicatif permet de répartir les allocations versées aux établissements ex-DG, par dotation et par mesure. Les forfaits annuels notifiés pour 2007 doivent également être reportés dans cet outil. Les données d'activité peuvent être insérées à partir des données e-PMSI. Ainsi, l'ensemble des allocations versées aux établissements ex-DG peuvent être reportées dans ARBUST. Cet outil doit être transmis à mes services au plus tard un mois après chaque circulaire de campagne.
- ARBUST USLD : L'outil ARBUST sera cette année complété d'un onglet assurant le suivi, par établissement, des dotations allouées aux USLD en 2007, par mesure. Le calendrier de transmission de ces informations correspond donc à celui d'ARBUST.
- L'outil ARBUST ex-OQN sera également mis à votre disposition cette année afin de reporter le montant des forfaits annuels et des mesures nouvelles MIGAC délégués à chaque établissement ex-OQN de votre région. Il s'agit d'un outil distinct d'ARBUST, mais leurs calendriers de transmission à mes services sont identiques.
- L'outil ARBUST MIGAC concerne à la fois les établissements antérieurement sous dotation globale et sous OQN, dès lors qu'ils bénéficient d'une dotation MIGAC. Cet applicatif distingue par établissement, le montant total alloué au titre de chaque mission en 2007, en isolant les crédits reconductibles et non reconductibles. Ces informations doivent être transmises à mes services une fois par an, en fin de campagne.

4.2. E-EPRD

Afin d'harmoniser la transmission des états des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) de l'ensemble des établissements antérieurement sous dotation globale, un applicatif a été développé en partenariat entre la DHOS et plusieurs ARH. Chaque établissement disposera d'un code d'accès lui permettant de télécharger son applicatif personnalisé sur la plate-forme CABESTAN développée par l'ATIH.

Une fois les EPRD approuvés, vous devrez transmettre, sur cette même plate-forme, la version définitive de l'outil pour chaque établissement.

De même, le support informatique des rapports quadrimestriels sera personnalisé pour chaque établissement, qui devra le télécharger sur CABESTAN, puis vous être transmis complété, selon le calendrier réglementaire.

4.3. APLIMOD

Comme les années précédentes l'outil APLIMOD développé par mes services sera mis à votre disposition pour permettre le suivi, par établissement, des modulations tarifaires des établissements de psychiatrie, de réadaptation fonctionnelle et de soins de suite. Vous recevrez l'outil d'aide au calcul des modulations tarifaires pour l'année 2007 (APLIMOD 2007) d'ici début mars.

4.4. APLIT2A

L'outil APLIT2A également développé par mes services sera mis à votre disposition pour permettre le suivi, par établissement, des évolutions des coefficients de transition des établissements ex-OQN ainsi que de leurs composantes GHS, Dialyse. APLIT2A 2007 vous sera transmis avant le 20 février.

Annexe IV

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

1. Le financement des charges de rémunération supplémentaires

Les tarifs et forfaits nationaux et les montants régionaux « DAF » et « MIGAC » intègrent les montants destinés à compenser 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. Les DAC n'intègrent pas les montants relevant d'un financement par l'ODMCO, hormis la reconduction d'une partie des montants alloués l'année précédente : les tarifs nationaux intègrent en revanche la totalité de ces montants.

Dans la continuité de l'année 2006, les tarifs nationaux et les montants régionaux des dotations intègrent la part pour l'assurance maladie du coût de la mise en œuvre des mesures liées à la rémunération du personnel. Cela se traduit par une hausse de 1,49% des montants DAF et de 1,25% des montants totaux MIGAC – dont il convient de rappeler qu'ils comportent une part d'aide à la contractualisation finançant des charges financières et des charges d'amortissement – et par une augmentation de 1,76% de la masse tarifaire du « secteur public » qui conduit à une hausse des tarifs nominaux de 0,6% compte tenu de la prise en compte de « l'effet volume ».

Les tarifs nationaux et les montants régionaux des dotations intègrent l'effet en 2006 des mesures de revalorisation salariale accordées à la suite des négociations conduites avec les organisations syndicales en 2005 et 2006 : la revalorisation de la valeur du « point fonction publique » de 0,5 % au 1er juillet 2006 et l'attribution d'un point uniforme au 1er novembre 2006. S'y ajoute l'effet de la hausse de la valeur du point de 0,8% au 1^{er} février 2007.

Dans l'évaluation de la progression des charges de rémunération des établissements de santé en 2007, le « glissement vieillesse technicité » a été considéré comme nul, en dehors de l'effet des mesures générales et catégorielles, en l'absence d'éléments de mesure objectifs de son impact. Il est probablement négatif compte tenu d'effets noria plus sensibles.

Le 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 est inclus dans le montant 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 – MIGAC ou DAF – identifiées. C'est le cas des mesures portant sur la catégorie des médecins hospitaliers universitaires.

1.1. Mesures catégorielles relatives au personnel médical hospitalier

1.1.1 La mise en œuvre du protocole du 31 mars 2005

Les mesures prévues par le protocole d'accord signé avec les praticiens hospitaliers en 2005 ont été prises en compte par la reconduction des montants intégrés à titre provisionnel dans les dotations régionales en août 2006 et le calcul des majorations au titre des mesures nouvelles du début 2007. Elles sont les suivantes :

- La mise en œuvre d'un régime indemnitaire spécifique, applicable dans un premier temps, aux chirurgiens et aux psychiatres. L'attribution d'une part variable complémentaire ou d'une indemnité sectorielle et de liaison pour les psychiatres a été prévue par le décret n° 2006-1222 du octobre 2006 et mentionnée respectivement au 5° et au 4° - alinéa b des articles D. 6152-23-1 et D.6152-220-1 du code de la santé publique, au bénéfice des praticiens remplissant un certain nombre de critères. Les conditions précises et les modalités d'attribution de ce complément de rémunération seront précisées par un arrêté interministériel à publier.
- L'application de ce dispositif à d'autres disciplines et à d'autres personnels est prévue. Elle fait l'objet d'une provision spécifique intégrée aux tarifs et aux dotations. Une instruction ultérieure en précisera les bénéficiaires et les modalités d'attribution.
- Des indemnités prévues pour les responsables de pôles.

1.1.2 Les mesures spécifiques aux personnels hospitaliers et universitaires

Plusieurs mesures, mises en œuvre en 2007, concernent spécifiquement les praticiens hospitaliers et universitaires titulaires. Compte tenu que l'effet de ces mesures est limité à un petit nombre d'établissements – les centres hospitaliers universitaires et les établissements qui emploient des personnels hospitaliers et universitaires – il convenait d'en traduire l'impact sur les seules dotations.

Il s'agit d'une part de mesures qui ont fait l'objet d'une provision intégrée dans le calcul de vos dotations régionales des années antérieures pour lesquelles aucune ressource supplémentaire n'est prévue en 2007 :

- l'attribution de l'indemnité multi-établissements aux praticiens hospitaliers universitaires titulaires dont la mise en œuvre a été retardée mais dont l'incidence pour les établissements a été néanmoins intégrée dans le calcul des montants régionaux de dépenses autorisés de 2003 notifiés par la circulaire du 18 décembre 2002 ;
- la prise en compte de l'ancienneté lors de la nomination dans les grilles de professeur des universités et de maître de conférence des universités - praticiens hospitaliers. Le coût de la mesure, évalué à 10 millions d'euros, a été intégré dans les dotations DAF et MIGAC fixées en début de campagne 2006 au titre des mesures salariales globalisées.

Il s'agit d'autre part de la mise en œuvre d'une retraite complémentaire pour les personnels hospitaliers et universitaires titulaires. L'article 112 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit la participation des établissements de santé à la constitution d'un régime de retraite complémentaire pour les personnels hospitaliers et universitaires titulaires qui cotiseraient à cet effet auprès d'un organisme spécialisé. Un décret d'application, à paraître, devrait plafonner cette participation à hauteur de la cotisation volontaire des agents et dans la limite de 2000 € par agent et par an. Le coût de la mesure, évalué à 16,2 millions d'euros, est intégré aux dotations MIGAC pour la part MERRI.

1.2. Mesures catégorielles relatives au personnel hospitalier non médical

Les orientations de la politique statutaire pour la fonction publique hospitalière ont fait l'objet de mesures négociées pour les trois fonctions publiques figurant dans le protocole d'accord signé le 25 janvier 2006 et de dispositions spécifiques inscrites dans le protocole d'accord signé le 19 octobre 2006 (couvrant les exercices 2006 à 2009).

A ce titre, plusieurs textes statutaires et indemnitaires pris en application de ces protocoles seront publiés dans le courant de l'année 2007. Certains de ces textes relèvent, pour leur prise d'effet, de l'article 57 de la loi 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique.

1.2.1 Les mesures de type statutaire

- Pour la catégorie C, la réorganisation des carrières en trois ou quatre grades (échelle 3 à échelle 6) concerne toutes les filières : la filière soignante (avec notamment l'amélioration de leurs conditions d'avancement) ainsi que les filières ouvrière et technique bénéficient de mesures de reclassement à l'occasion de la refonte de leurs statuts particuliers et de la fusion de certains corps de la filière ouvrière.
- Pour la catégorie B, les mesures s'appliquent à la filière soignante, médico-technique et de rééducation, avec relèvement en trois ans du quota statutaire actuel de façon à améliorer les conditions d'avancement de ces personnels et bonification de six mois d'ancienneté en début de carrière. Elles s'appliquent également à la filière socio-éducative (bonification de douze mois d'ancienneté pour certains corps, reprise de services antérieurs pour les nouveaux recrutés dans cette filière, reclassement des éducateurs techniques spécialisés en deux grades, classement dans un corps à deux grades des éducateurs de jeunes enfants), à la filière administrative (grille B type rénovée en inter fonction publique) et à la filière ouvrière (reclassement du corps des agents-chefs en B type).
- Pour la catégorie A, dans la filière administrative, le corps des attachés d'administration hospitalière sera révisé et aligné sur le statut des attachés des autres fonctions publiques, les conditions d'avancement relevant d'un ratio défini pour la durée du protocole. Dans la filière technique, les mesures concernent la fusion de deux grades d'ingénieur en chef de 1^{ère} catégorie 1ère classe et de 1ère catégorie hors classe, ainsi que la rénovation de la grille des ingénieurs en chef de 1ère catégorie 2ème classe. Les radio physiciens bénéficieront d'une grille de rémunération rénovée, celle des médecins du travail est améliorée. Enfin, le corps des cadres socio-éducatifs est restructuré en deux grades et doté d'une nouvelle grille indiciaire.

1.2.2 Les mesures de type indemnitaire

- Pour la catégorie C, dans la filière ouvrière et technique, la NBI des conducteurs ambulanciers affectés en SMUR est majorée et le régime indemnitaire des agents affectés à titre exclusif à la sécurité incendie est étendu aux établissements de 1ère catégorie (E.R.P.). Le régime indemnitaire de la maîtrise ouvrière sera harmonisé.
- Pour la catégorie B, dans la filière soignante, médico-technique et de rééducation, la prime spécifique fixée par l'arrêté du 2 janvier 1992 (dite prime Veil) est revalorisée. Dans la filière administrative, le montant de l'indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires des adjoints des cadres hospitaliers est augmenté alors que la NBI des adjoints des cadres encadrant au moins cinq personnes et des secrétaires médicaux exerçant des fonctions de coordination des secrétariats médicaux ou encadrant au moins cinq personnes sera majorée.
- Pour la catégorie A, les cadres de santé bénéficient d'une revalorisation de la prime d'encadrement et de la prime spécifique fixée par l'arrêté du 2 janvier 1992 (dite prime Veil). Les cadres socio-éducatifs se voient attribuer une prime d'encadrement. Pour la filière technique, le régime indemnitaire des ingénieurs généraux est amélioré et le plafond des crédits de paiement de la prime de technicité est supprimé. Une prime spécifique est créée pour les radiophysiciens et le régime indemnitaire des médecins du travail est rénové.

2. Création d'emplois

Seules les créations d'emplois liées à la réalisation de missions d'intérêt général ou de missions de service public hospitalier ou encore, exceptionnellement, au recrutement d'emplois aidés, en application de l'instruction du 7 décembre 2006, font l'objet de majoration de dotation MIGAC ou DAF identifiées. En effet, les créations d'emplois liées à la réalisation de prestations d'hospitalisation ou d'actes ou consultations externes sont financées indirectement par les tarifs et les dotations augmentées cette année notamment au titre de mesures de santé publique.

Dans la continuité de la pratique antérieure, le choix a été fait, pour cette campagne tarifaire, de majorer les dotations des établissements de santé accueillant de nouveaux praticiens hospitaliers universitaires ou des praticiens à diplôme étranger hors Union européenne relevant de l'ancienne procédure d'agrément. Toutefois il convient de rappeler que, suite à la réforme du financement des établissements de santé, la création d'emplois de personnel hospitalier ne vaut pas obligation systématique de financement par l'assurance maladie.

2.1.1 Affectation des médecins et pharmaciens diplômés hors de l'Union européenne dans des emplois d'assistants associés dans le cadre de la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice

En 2006, une mesure spécifique a été intégrée dans les dotations et tarifs des établissements pour faciliter l'affectation des lauréats des concours mis en œuvre en 2004 et 2005 dans le cadre de la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice (NPA) des titulaires de diplômes hors Union européenne. Pour 2007, l'effet report de l'incidence du recrutement de ces assistants associés est intégré dans les tarifs pour le MCO et dans la dotation annuelle de financement pour les autres disciplines (SSR et psychiatrie).

S'agissant de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) mise en œuvre en 2007 en application de l'article 83 de la loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale, les praticiens concernés, dont certains sont déjà employés dans les établissements de vos régions, participent à l'activité médicale et pharmaceutique. Dès lors, leur rémunération doit être financée par le produit des tarifs et forfaits ainsi que par les dotations annuelles de financement pour les activités hors T2A. L'incidence de ce dispositif sur l'activité et les charges des établissements est donc intégrée dans les tarifs à hauteur de 25 millions d'euros pour les deux procédures.

2.1.2 Le surcoût lié à l'augmentation du nombre d'internes en formation dans les établissements de santé

L'augmentation du numerus clausus induit mécaniquement une augmentation du nombre d'internes en formation dans les établissements, constituant une charge supplémentaire pour ceux-ci sans contrepartie en terme de produits de prestations d'hospitalisation. En 2006, le surcoût lié à une augmentation prévisible du nombre d'internes à hauteur de 250, France entière, évalué à 6 millions

d'euros, a été intégré dans vos dotations MIGAC au titre de la mission de formation du personnel médical, de façon non reconductible.

Pour 2007, un financement spécifique de 20,3 M€, calculé sur le coût réel d'un interne de 1ère et de 2ème année, lié au passage en deuxième année des internes arrivés en 2006 et à l'augmentation prévue de 600 internes de 1ère année, est intégré dans vos dotations MIGAC en non reconductible.

Pour tenir compte du rôle particulier du CHU de Bordeaux dans la formation des internes des régions d'outre-mer, un effort particulier a été fait sur les montants attribués à la région Aquitaine.

2.1.3 Les créations de postes hospitalo-universitaires

La création de 50 postes de professeurs des universités - praticiens hospitaliers, dont 25 par transformation de postes de maître de conférence et la création de 15 postes de maître de conférence - praticien hospitalier a été décidée à compter du 1er septembre 2007. Dans la continuité de la pratique antérieure, les dotations des établissements sont majorées de la part de la rémunération revenant à l'assurance maladie sur l'année pleine. Les montants correspondants sont donc ajoutés à vos dotations MIGAC, à l'exception des emplois de psychiatre qui sont intégrés dans les dotations annuelles de financement des régions concernées.

La répartition des postes de chefs de clinique - assistants des hôpitaux et des emplois de consultants n'a pas encore été établie. Elle vous sera communiquée ultérieurement.

2.1.4 Le soutien au recrutement d'apprentis préparateurs en pharmacie hospitalière :

132 établissements de santé recruteurs pour la session 2006-2007 recevront une compensation financière sous forme de dotation MIGAC, au titre de leur mission de formation initiale et continue de personnel paramédical, d'un montant de 5 529 euros par apprenti. 1,15 millions d'euros sont alloués à ce titre.

2.1.5 L'ouverture du diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière à de nouvelles voies d'accès

Depuis la parution des arrêtés des 31 juillet et 2 août 2006, le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière est désormais accessible par quatre voies d'accès : validation des acquis de l'expérience, apprentissage, formation initiale, formation continue.

La circulaire DHOS/P2/2006/526 du 11 décembre 2006 relative au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière (réingénierie du diplôme, accès au diplôme par l'apprentissage, formation initiale, formation continue et validation des acquis de l'expérience) a prévu l'instauration de centres de formation de préparateurs en pharmacie hospitalière dans les huit établissements publics de santé qui ont créé un partenariat avec les unités ou sections de formation à l'apprentissage :

- Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
- Hospices civils de Lyon,
- Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille,
- CHU de Lille,
- CHU de Bordeaux,
- CHU de Tours,
- Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville
- Centre hospitalier de Basse-Terre,

Nonobstant les dispositions de l'article L.4244-1 du code de la santé publique, les charges induites pour les établissements de santé par le fonctionnement et l'équipement de ces centres en 2007, année de leur création, seront exceptionnellement compensées en 2007 par la dotation MIGAC, au titre de la mission de formation initiale et continue de personnel paramédical de ces établissements. 950 000 euros sont alloués à cette fin comme suite au point 2-4 de la circulaire susmentionnée.

Annexe V

Financement des plans de santé publique en 2007

La mise en œuvre des grands plans et programmes de santé publique se poursuivra en 2007 pour un montant total de 450 millions d'euros (reports et mesures nouvelles, tarifs et dotations) : « plan cancer », « plan urgences », « plan périnatalité », « plan santé mentale », « plan maladies rares », lutte contre la maladie d'Alzheimer, meilleure prise en charge des personnes en état végétatif chronique, lutte contre la douleur, développement des soins palliatifs et prise en charge de la santé des personnes détenues.

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

1. Plan « cancer »

1.1. Mise en œuvre des SROS et qualité

Les mesures nouvelles prioritaires pour 2007 sont centrées sur la qualité des soins donnés au patient et l'accès aux innovations. Elles viennent compléter les moyens délégués aux établissements depuis le début du plan cancer. Ces moyens devront être attribués le plus rapidement possible aux établissements et il vous appartient de mobiliser ces derniers pour qu'ils mettent concrètement en œuvre les actions prévues. Vous trouverez en annexe I.1. le détail des moyens alloués.

Cette première allocation des financements du plan cancer 2007 devra vous permettre de soutenir la mise en œuvre du volet cancérologie des SROS et les mesures qualité qui lui sont liées à travers, en particulier, la coordination des soins et la pluridisciplinarité, les soins de support, les pharmacies hospitalières et, plus généralement, les actions que vous jugerez importantes au sein de votre région pour renforcer la qualité des soins pour les malades atteints de cancer.

Les régions Corse et Poitou-Charentes bénéficient chacune d'une enveloppe attribuée à titre non reconductible destinée à l'installation d'un appareil de radiothérapie prévue en 2007. Ces moyens sont destinés à recruter les professionnels nécessaires à la mise en fonctionnement rapide de l'équipement, à hauteur de 130 000 euros par machine.

Outre les programmes hospitaliers de recherche clinique, les crédits restant à allouer au titre du plan cancer financeront le renforcement de la cancérologie pédiatrique, de l'oncogénétique et de l'oncogériatrie.

En ce qui concerne les établissements privés, outre la revalorisation de certains GHS dits « cancer » (cf annexe 2), 9 M€ de crédits MIGAC supplémentaires sont prévus. Ils vous permettront le financement de mesures visant à améliorer la qualité, en particulier la coordination des soins et la pluridisciplinarité, les pharmacies hospitalières et le soutien psychologique.

1.2. Soins palliatifs

Pour l'année 2007, l'enveloppe « soins palliatifs » du plan cancer destinée aux établissements antérieurement financés par dotation globale s'élève à 5,71 millions d'euros en DAF et MIGAC. La répartition entre régions est basée sur la population.

- Unité de soins palliatifs (USP) : un montant de 570 000 euros en MIGAC est destiné à créer une USP dans la dernière région qui en est dépourvue, le Languedoc Roussillon.
- Lits identifiés de soins palliatifs (LISP) : les priorités 2007 permettent pour la première fois la création de LISP au sein de services de soins de suite ou de réadaptation ; 1,8 millions d'euros y sont consacrés en ODAM, répartis au prorata de la population. La poursuite de la montée en charge des LISP en MCO bénéficiera quant à elle d'un financement de 2,53 millions d'euros répartis à 66% en MIGAC et 33% sur l'ODMCO (part « tarifs »). Les dotations MIGAC sont destinées à permettre le renforcement des équipes. Ces ressources sont accordées en MIGAC

pour cette seule année 2007 et seront transférées sur l'ODMCO (part « tarifs ») dès l'année prochaine, la reconnaissance de LISP ouvrant droit à un GHS majoré spécifique.

- Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) : le renforcement ou la participation à la création des équipes mobiles de soins palliatifs s'appuieront sur une enveloppe en MIGAC d'un montant de 810 000 euros répartis au prorata de la population.

Une enveloppe de 4,0 millions d'euros est prévue pour le développement d'unités et de lits identifiés dans les établissements antérieurement sous OQN.

2. Plan « périnatalité »

Les ressources financières nouvelles doivent permettre de poursuivre les mesures engagées en 2006, concernant la structuration des transports des mères, des nouveau-nés et des enfants, la mise aux normes des services de réanimation pédiatrique, la mise en œuvre de l'entretien du 1er trimestre de la grossesse, et le recrutement de psychologues dans les maternités afin d'améliorer l'environnement psychologique de la naissance.

La répartition régionale des montants a été calculée sur le critère de l'activité mesurée par le nombre d'accouchements moyen en 2003, 2004 et 2005 dans les établissements antérieurement financés par dotation globale. Pour la répartition entre les établissements de vos régions, vous vous appuyez sur les préconisations du SROS dans une logique de complémentarité régionale des établissements et dans le cadre des réseaux de santé en périnatalité.

Afin de permettre une adaptation fine aux spécificités locales, notamment concernant la mise aux normes des établissements autorisés à pratiquer l'obstétrique, il vous est possible d'assurer une certaine fongibilité entre les ressources du plan, dans le respect de ses objectifs généraux.

S'agissant des établissements antérieurement sous OQN, l'effort significatif de revalorisation des tarifs de nouveau-nés est poursuivi en 2007.

2.1. Organisation et mise aux normes des réanimations pédiatriques (mesure n°3.3 du plan « périnatalité »)

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, tout en identifiant des centres de référence (réanimation spécialisée).

Les affectations de crédits doivent être faites en s'appuyant sur les recommandations du SROS. Concernant les services de réanimation pédiatrique spécialisée, une réflexion sur l'organisation interrégionale doit être engagée prochainement.

Le financement accordé en 2007 au titre de cette mesure comprend l'extension en année pleine de la mesure 2006, ainsi que le financement en mi-année de la tranche 2007. Le financement est ciblé sous forme de dotation MIGAC, à hauteur de 50%, et par le biais des suppléments de réanimation pédiatrique à hauteur de 50%. La répartition régionale proposée s'appuie sur l'enquête de besoin réalisée en 2003 auprès de l'ensemble des services de réanimation pédiatrique exclusive ou mixte. Le financement sous forme de dotation MIGAC sera transféré sur l'ODMCO (part « tarifs ») dès l'année 2008.

2.2. Mise en place d'un entretien individuel de préparation à la naissance au cours du 1er trimestre (mesure n°1.1 du plan « périnatalité »)

La généralisation de l'entretien individuel ou en couple dit « entretien du 1er trimestre » doit se poursuivre en 2007, dernière année de financement de cette mesure dans le cadre du plan périnatalité, en lien avec les recommandations de bonnes pratiques cliniques préparées par la Haute autorité de santé.

Pour l'année 2007, les ressources, allouées sous forme de dotation MIGAC à hauteur de 50% et par les tarifs à hauteur de 50%, correspondent à l'extension en année pleine de la mesure accordée en

2006. Le financement sous forme de dotation MIGAC sera transféré sur l'ODMCO (part « tarifs ») dès l'année 2008.

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

Cette démarche vise à renforcer la prévention des troubles du développement psychoaffectif des enfants, 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. Le recrutement de psychologues doit se poursuivre et se développer, conformément aux préconisations de la circulaire et sur la base d'un état des lieux de l'offre psychologique en maternité réalisé par les commissions régionales de la naissance. Vous veillerez à ce que les recrutements soient engagés prioritairement là où des besoins avaient été identifiés dans l'état des lieux réalisé par la commission régionale.

Les crédits, alloués sous forme de dotation MIGAC, correspondent à l'extension en année pleine de la mesure accordée en 2006 et à la tranche 2007, financée en mi-année, pour tenir compte des délais de recrutements.

2.4. Amélioration de l'organisation des transports des mères, des nouveau-nés et des enfants (mesure n°3.2 du plan « périnatalité »)

Afin de poursuivre les efforts engagés dès 2005 pour mieux organiser les transports pédiatriques, une dernière tranche de financement est accordée en 2007, sous forme de dotation MIGAC, correspondant à l'extension en année pleine des crédits attribués en 2006. Vous veillerez à ce que les crédits soient répartis conformément aux préconisations de la circulaire du 7 février 2005 relative aux transports de nouveau-nés, nourrissons et enfants. En outre, il est essentiel que l'organisation des transports pédiatriques soit cohérente avec les orientations du volet du SROS relatif à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent et avec les réseaux de santé en périnatalité.

3. Plan « urgences »

Les mesures du plan « urgences », telles qu'annoncées le 30 septembre 2003 et pour lesquelles un financement supplémentaire est prévu en 2007, sont 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.

Dans cette optique, il importe cependant que les crédits 2007 du plan « urgences » servent au renforcement de la filière urgence dans son ensemble, compte tenu des observations générales formulées dans le rapport d'évaluation à mi-parcours du plan « urgences ».

3.1. Renforcement de la filière urgence

Il vous est possible d'assurer une certaine fongibilité entre les mesures du plan « urgences », afin de répondre au mieux aux priorités identifiées dans la région. Celles-ci devront être analysées en lien avec les professionnels de la filière urgence, dans le cadre des commissions régionales « urgences » et en associant également des représentants des professionnels de la gériatrie et des services d'aval.

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

Afin de conforter la filière urgence, vous veillerez notamment aux orientations suivantes :

- Mettre en œuvre les dispositions des décrets du 22 mai 2006 relatives au réseau des urgences, en particulier dans sa dimension de proximité, dans le cadre du territoire de santé, en lien avec les établissements de santé concourant à l'aval des urgences. Vos dotations régionales MIGAC incluent plus de 1 million d'euros réparti également entre les régions. Cela permet le financement d'environ un demi-emploi à temps plein par région, permettant par exemple de consacrer du temps d'impulsion et de coordination pour la mise en œuvre des réseaux des urgences.

- Organiser les mutualisations de moyens entre les structures de médecine d'urgence. Conformément à l'arrêté du 12 juillet 2006, en application de l'article R. 6123-9 du code de la santé publique, vous veillerez à la mise en place de coopérations, dans le cadre de fédérations médicales inter-hospitalières notamment, pour les structures des urgences ayant une activité faible (nombre de passages inférieur à 8 000).
- Par ailleurs, dans un souci d'efficacité et de cohérence de fonctionnement, vous engagerez les établissements concernés à poursuivre en leur sein la mutualisation des personnels des structures de médecine d'urgence : services d'accueil et de traitement des urgences, SAMU et SMUR.

3.2. Mesures complémentaires au plan décidées par le ministre pour tenir compte des évolutions de la permanence des soins

Vous veillerez à renforcer la régulation des SAMU - centres 15 quand cela est nécessaire. Un effort supplémentaire à hauteur de 6 millions d'euros a été réalisé afin de permettre le recrutement de 300 postes de permanenciers d'accueil et de régulation médicale (PARM). Vous exigerez des établissements une attention toute particulière au niveau de recrutement de ces personnels.

La répartition régionale des crédits est effectuée en prenant en compte deux critères :

- La mise à niveau des SAMU les moins bien dotés appréciée selon un critère prenant en compte à la fois l'activité (nombre d'affaires régulées rapporté au nombre de PARM) et la population ;
- Une « enveloppe régionale » afin d'encourager les mutualisations, notamment la nuit, pour optimiser les ressources humaines, et afin d'assurer des relais efficaces, notamment en période de crise sanitaire (dotation d'au moins 3 PARM par région).

D'autre part, une enveloppe complémentaire de 3 millions d'euros a été prévue pour 2007 afin d'inciter à la mise en place de médecins correspondants du SAMU. Le dispositif, défini initialement dans la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, s'inscrit dans le cadre de l'aide médicale urgente. Il permet de disposer de relais compétents et formés et de réduire les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du SMUR. Ce mode de prise en charge des urgences doit être développé en particulier dans les zones isolées où la dispersion de la population et la limitation des moyens de secours obligent à optimiser ces moyens.

Le dispositif devra être mis en place dans les conditions prévues par l'arrêté du 12 février 2007. Il vous appartient d'évaluer les besoins spécifiques de votre région et d'en informer la DHOS (bureau O1) avant la fin du mois de mars 2007 afin d'ajuster la dotation qui sera allouée en cours d'année 2007.

3.3. Aval des Urgences

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

Le plan « urgences » prévoit des financements consacrés au développement des hôpitaux locaux pour la période 2004-2007 à hauteur de 88,8 millions d'euros, dont 26,6 millions d'euros pour la tranche 2007.

Les mesures indispensables au renforcement des hôpitaux locaux ont été élaborées par un groupe de travail chargé de réfléchir à l'amélioration du fonctionnement médical de ces structures. Celui-ci a mis l'accent sur plusieurs points :

- La nécessité de renforcer la continuité des soins en hôpital local, notamment par l'indemnisation des médecins libéraux pour leur participation à la permanence médicale, et par le mode de nomination et de rémunération du médecin coordonnateur,
- L'élévation du plafond d'actes médicaux réalisés en SSR par semaine,
- L'indemnisation à hauteur de 5 C par demi-journée des médecins libéraux pour leur participation à la formation continue organisée par l'hôpital local.

Ces mesures feront l'objet d'un décret qui sera prochainement transmis au Conseil d'Etat.

Vous veillerez donc en priorité à l'organisation effective de la continuité médicale au sein des hôpitaux locaux en vous appuyant sur la prochaine indemnisation des médecins libéraux autorisés et de leurs remplaçants, au titre de leur participation à la permanence des soins, à hauteur de la valeur d'une consultation par demi-journée et de deux consultations par nuit.

De même qu'en 2006, l'effort de médicalisation doit donc être privilégié. Vous veillerez ainsi à favoriser les activités de médecine et de soins de suite ou de réadaptation. A ce titre, l'élévation du plafond de rémunération des actes médicaux réalisés en SSR et l'autorisation de recruter des praticiens hospitaliers pour réaliser des soins de courte durée en médecine lorsque les médecins libéraux sont en nombre insuffisant, vous permettent de soutenir les activités de SSR et de médecine de proximité.

Vous voudrez bien également veiller à ce que les hôpitaux locaux soient encouragés à mieux organiser le traitement de l'information concernant les activités de médecine, au besoin en signant une convention avec un centre hospitalier ou un établissement de santé privé.

Pour 2007, les montants alloués à hauteur de 26,6 millions d'euros ont été répartis comme suit :

- 7 millions d'euros pour le renforcement de la permanence des soins en établissement au prorata du nombre d'hôpitaux locaux par région,
- 19,6 millions d'euros en fonction de l'activité médicale des hôpitaux locaux.

3.3.2 Renforcer les capacités des structures de SSR

L'objectif majeur est d'améliorer la fluidité de la prise en charge des patients, tant en amont, entre le MCO et les SSR, qu'en aval, entre SSR et structures médico-sociales, en travaillant sur la lisibilité de l'offre en SSR et sur la coordination entre les 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 des postes d'assistantes sociales dans les structures de SSR dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, et la création de dispositifs de coordinations SSR, par exemple comme il en existe en région Rhône-Alpes.

Ces coordinations ont pour mission :

- d'aider à recenser l'offre de SSR sur un territoire donné, d'identifier les besoins, de rendre lisible le fonctionnement de filières de prise en charge, de contribuer à l'élaboration des projets médicaux de territoire et au suivi de la réalisation du SROS, de favoriser les échanges entre établissements, services et professionnels des SSR pour construire une dynamique de réseau ;
- de favoriser le rapprochement fonctionnel entre les structures de court séjour et les SSR, de développer les outils d'échanges (fiches d'admission communes, supports informatiques, site internet), d'être force d'expertise et de conseil auprès des services d'amont, d'adapter les interventions des professionnels aux besoins spécifiques des patients.
- d'être l'interlocuteur privilégié avec les dispositifs des secteurs d'aval (personnes âgées, personnes handicapées, enfance, médecine de ville, services de soins à domicile, associations) pour faire part des besoins à la sortie des patients de SSR et contribuer à la mise en place de réponses adaptées sur le plan social et médico-social.

Selon la taille et l'importance des territoires de santé, ces coordinations SSR interviennent sur l'ensemble des champs ou peuvent s'organiser sur des champs particuliers.

Il vous appartient de structurer ce dispositif de la façon la plus pertinente pour votre région.

Le montant des crédits 2007 du plan « urgences » consacré aux structures de SSR est de 26 millions d'euros, correspondant à l'extension en année pleine de la tranche 2006 (13 millions d'euros) et à la tranche 2007 financée en mi-année. Les crédits sont répartis pour moitié au prorata de la population régionale totale et pour moitié au prorata de la population âgée de plus de 75 ans.

En ce qui concerne les établissements privés sous OQN, le financement des créations de lits et places a été provisionné dans la construction de l'objectif.

3.3.3 Renforcer la compétence gériatrique

8,75 millions d'euros sont intégrés dans vos montants régionaux MIGAC et la dotation de l'AP-HP. Ce montant correspond à l'extension en année pleine de la mesure accordée en 2006 (4,535 M€) et au financement à 50% de la tranche 2007 et se décompose comme suit :

- 2,032 millions d'euros de ressources nouvelles sont répartis au prorata de la population de plus de 75 ans pour poursuivre le déploiement de la compétence gériatrique dans une logique de proximité de soins.
- 2,032 millions d'euros de ressources nouvelles sont attribués aux régions qui doivent achever la mise en place des équipes mobiles dans les établissements disposant d'un service de court séjour gériatrique.

Par ailleurs, 150 000 € sont réservés pour l'expérimentation de l'intervention d'équipes mobiles de gériatrie dans des structures médico-sociales dans deux régions (Midi-Pyrénées et Ile de France – APHP).

4. Plan « psychiatrie et santé mentale »

Les montants inscrits dans vos montants régionaux DAF ont été ventilés selon des critères identiques aux années précédentes (critère de population pondéré par les effectifs) et intègrent les dernières corrections techniques liées aux imputations 2005 et 2006.

Les montants 2007 prennent en compte l'extension en année pleine des montants destinés en 2006 à la mise en place de centres de ressources pour les auteurs d'infraction sexuelle et le financement de la tranche 2007 des équipes mobiles de précarité.

Pour 2007 l'utilisation des ressources allouées au titre des « marges de manœuvre régionales » doit bénéficier aux structures de psychiatrie infanto-juvénile et d'une manière plus générale, aux structures extrahospitalières, conformément aux priorités du plan de santé mentale. Ces éléments seront détaillés, comme l'an dernier, dans une instruction commune DGS/DHOS/DGAS/CNSA à paraître.

L'effort en faveur des établissements privés sous OQN se poursuit avec une revalorisation des tarifs les plus bas.

5. Plan « maladies rares »

Les ressources seront allouées en principe avant la fin du premier semestre, en fonction du résultat des appels à projets.

6. Plan « solidarité – grand âge » et mesures en faveur de la prise en charge des personnes âgées

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

2,7 millions d'euros de ressources nouvelles réparties au prorata de la population de plus de 75 ans sont intégrés dans vos montants régionaux MIGAC et la dotation de l'AP-HP pour la mise en conformité des consultations mémoire existantes avec le cahier des charges « ad hoc » (circulaire N°DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007).

2,7 millions d'euros de ressources nouvelles sont également intégrés dans vos montants régionaux MIGAC et la dotation de l'AP-HP afin de créer des consultations mémoire et en vue d'atteindre le ratio d'une consultation mémoire pour 15 000 personnes de 75 ans et plus.

Avec l'extension en année pleine des mesures 2006 (2,74 M€), ce sont 8,14 millions d'euros qui doivent être consacrés cette année à cette priorité.

6.2. Mise en place de filières de soins gériatriques dans le cadre du plan « solidarité - grand âge »

En sus des crédits prévus dans le cadre du plan « urgences » pour développer la compétence gériatrique et particulièrement les équipes mobiles de gériatrie, le plan « solidarité – grand âge » vise à achever au cours des cinq prochaines années la mise en place de filières de soins gériatriques.

A ce titre, 10,87 millions d'euros de ressources nouvelles sont intégrés dans vos montants régionaux MIGAC et la dotation de l'AP-HP pour l'année 2007 dans le cadre de l'aide à la contractualisation pour le financement des priorités de santé publique. Ces crédits doivent rendre possible en 2007 le démarrage d'activités de court séjour gériatrique et d'hôpital de jour gériatrique en attendant que les produits de l'activité permettent aux établissements concernés de financer les charges afférentes. Ces crédits seront transférés dans l'ODMCO en 2008. Ils se décomposent comme suit :

- 7,624 millions d'euros destinés à achever la mise en place de courts séjours gériatriques. La moitié de cette enveloppe a été répartie au prorata de la population de plus de 75 ans et l'autre moitié en fonction du nombre de lits de court séjour gériatrique restant à créer pour atteindre l'objectif de un lit pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus.
- 3,255 millions d'euros pour la création de places d'hôpital de jour gériatrique. Cette enveloppe a été répartie au prorata de la population de plus de 75 ans.

Vos montants régionaux « DAF » et la dotation de l'AP-HP ont été également abondés à hauteur de 6,51 millions d'euros afin de permettre la création de soins de suite gériatriques. Ces crédits ont été répartis en fonction de la population de 75 ans et plus.

En outre, 10,88 millions d'euros de ressources nouvelles sont intégrés à l'ODMCO afin de financer la création d'une complication majeure associée correspondant à la maladie d'Alzheimer et majorant les tarifs nationaux.

7. Plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 dit plan « addictologie »

33 millions d'euros sont consacrés en 2007 à la mise en œuvre du plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 avec une répartition de 31 millions d'euros pour le renforcement ou la création des structures hospitalières en addictologie et de 2 millions d'euros pour la création d'un GHS spécifique pour les sevrages résidentiels complexes. La répartition entre régions est basée sur le critère de la population.

Le renforcement ou la création de structures hospitalières en addictologie concerne les trois niveaux de prise en charge définis par le plan : niveau 1 de proximité, niveau 2 de recours, et niveau 3 de référence dans chaque centre hospitalo-universitaire (CHU).

Selon les termes du plan, les structures de niveau 1 disposent d'une consultation en addictologie et d'une équipe de liaison et de soins en addictologie définies par la circulaire N° DHOS/O2/DGS/SD6B/2000/460 du 8 septembre 2000 *relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives*. Les structures de niveau 2 et 3 disposent en plus d'un service ou unité d'hospitalisation en addictologie et d'un hôpital de jour en addictologie.

En 2007, compte tenu des dispositions du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, les consultations d'addictologie seront à forte orientation tabacologique afin de répondre à la demande accrue de sevrage tabagique. L'objectif visé est de créer 500 consultations individuelles ou collectives de tabacologie.

8. Santé des personnes détenues

La répartition des montants tient compte des opérations immobilières de l'administration pénitentiaire qui se traduisent par la création d'unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) : centre de détention de Villenauxe-la-Grande, Aube, création des établissements pour mineurs. Par ailleurs, 2007 verra la fin du programme d'ouverture des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) avec le financement des UHSI de Rennes et Paris. Enfin le renforcement des équipes des UCSA se

voit attribuer une enveloppe de 2,46 millions d'euros répartie en fonction du nombre de détenus incarcérés dans la région et au prorata inverse du ratio de personnel déclaré dans l'enquête menée en 2006 auprès des établissements de santé concernés.

9. Mesures générales d'amélioration de la qualité des soins

9.1. Financement au titre des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation

9.1.1 Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010 : renforcement des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle

Parmi les axes prioritaires du programme national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 figurent le renforcement de la prise en charge de la douleur chronique rebelle ainsi que l'accès à une prise en charge spécifique des enfants et adolescents atteints de douleurs chroniques pour un budget total prévu à hauteur de 8,8 millions d'euros.

208 structures spécifiques de prise en charge de la douleur chronique rebelle ont été identifiées (données janvier 2006). Afin de poursuivre les efforts engagés en 2006 pour le renforcement en personnel ou la création de ces structures, une deuxième tranche de crédits est allouée en 2007 sous forme de dotation MIGAC à hauteur de 1,604 millions pour les établissements de santé publics et privés, répartie dans les régions déclarant le plus faible nombre de structures au prorata de leur population.

9.1.2 Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 : création et renforcement des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales

La lutte contre les infections nosocomiales constitue une des priorités de santé publique. Dans le cadre du dispositif de lutte contre ces infections, les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) ont une mission de conseil et d'expertise en particulier auprès des établissements de santé. Ils constituent des structures de référence pour les services déconcentrés de l'Etat et au niveau national.

La création de structures de relais régional, laissée à l'initiative des CCLIN, en concertation avec les DRASS, puis les ARH, a permis aux CCLIN de développer leurs actions avec une plus grande proximité vis-à-vis des établissements de santé. L'arrêté du 17 mai 2006 a officialisé la création dans chaque région d'une antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales, dotée au minimum des compétences d'un médecin ou pharmacien formé en hygiène et d'un infirmier ou cadre de santé formé en hygiène et implantée dans un établissement de santé. Chaque antenne est chargée de mener des actions de proximité, dans le cadre d'un programme validé par les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales. Pour 2007, 570 000 euros sont alloués sous forme de dotation MIGAC pour la création et le renforcement des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales.

9.1.3 Renforcement des équipes médicales des centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) et des centres d'évaluation et d'information de la pharmacodépendance (CEIP)

Les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) ont pour mission la surveillance, l'évaluation, la prévention des risques médicamenteux potentiels ou avérés et la promotion du bon usage du médicament en direction de l'ensemble des professionnels de santé. Ils ont également une mission de formation des professionnels de santé. Les missions des CRPV ont été renforcées par l'arrêté du 28 avril 2005 relatif aux Bonnes Pratiques de Pharmacovigilance. Les centres d'évaluation et d'information de la pharmacodépendance (CEIP) recueillent et évaluent les données cliniques sur la pharmacodépendance et l'abus de substances psycho-actives et contribuent au développement de l'information sur les risques associés. Il existe 31 centres de pharmacovigilance et 10 centres de pharmacodépendance. Certains centres sont confrontés à la difficulté de stabiliser une partie de leur personnel médical, qui pourtant assure des missions permanentes, liée à leur statut précaire. L'objectif est donc, d'une part de pérenniser les postes médicaux et de les rendre plus attractifs, et d'autre part, de renforcer les équipes médicales des CRPV et des CEIP. Pour 2007, 350 000 euros sont alloués sous forme de dotation MIGAC pour la création de 3 postes de praticiens hospitaliers

affectés au CEIP de l'hôpital Fernand Widal à Paris (AP-HP), au CRPV de l'hôpital Henri-Mondor à Créteil (AP-HP) et au CRPV de Grenoble.

9.1.4 Etats végétatifs chroniques

Le financement en 2007, sous forme de DAF à hauteur de 5 millions d'euros, prend en compte la création d'une unité de 15 lits dans le Limousin (sur la base de 83 500 euros par lit).

Dans les autres régions, le financement destiné à assurer le renforcement des structures existantes a été calculé au prorata de la population.

9.2. Financement à l'activité

9.2.1 Mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé

Le développement des démarches de prévention et de gestion globale des risques en établissements de santé constitue un des pivots de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La circulaire du 29 mars 2004 a préconisé la mise en place et le développement, dans chaque établissement de santé public et privé d'un programme de gestion globale et coordonnée des risques. Pour 2007, un montant de 1,86 millions d'euros a été intégré au calcul des tarifs nationaux pour soutenir et renforcer cette dynamique afin que les établissements puissent créer des postes de personnels dédiés à cette activité. Ce montant a été réparti sur tous les GHS.

9.2.2 Le renforcement des équipes d'hygiène hospitalière inter-établissements de santé

La production début 2006 du premier indicateur de tableau de bord des infections nosocomiales (ICALIN) a mis en évidence la nécessité de renforcer les moyens en équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière. En effet, 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 la lutte contre les infections nosocomiales. Pour 2007, un montant de 10,39 millions d'euros pour les établissements de santé publics et privés a été accordé pour assurer le financement des équipes opérationnelles d'hygiène conformément aux objectifs quantifiés du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005 – 2008. Ce montant a été réparti sur tous les GHS.

9.3. Maladies chroniques

Dans le cadre des Etats généraux de la prévention annoncés le 3 janvier 2007 et du plan d'amélioration de la qualité de vie des maladies chroniques 2007-2011, le développement de l'éducation thérapeutique constitue une mesure prioritaire. La mise en œuvre de cette mesure financée pour 2007 à hauteur de 3,3 millions d'euros fera l'objet d'un appel à projets national dans les semaines à venir. Ce montant sera intégré ultérieurement dans vos dotations régionales MIGAC.

Annexe VI - Financement de mesures diverses

1. Compensation de charges liées à des missions d'intérêt général et aide à la contractualisation

- *Compensation des charges d'achat de médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation*

Vos dotations régionales MIGAC comprennent les ressources supplémentaires destinées à la prise en charge par l'assurance maladie de certains médicaments particulièrement coûteux sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) nominative ou de cohorte en application des dispositions de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique au titre des activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou de la dispensation de soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs visés au 1° de l'article D.162-6 du code de la sécurité sociale. Les molécules concernées sont l'*Eculizumab*® et l'*Elaprase*®.

J'attire votre attention sur l'inscription sur la liste en sus mentionnée à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale du *Naglazyme*® (galsulfase) du laboratoire *BioMarin* jusqu'alors financé par la dotation MIGAC. Les ressources que vous avez attribuées en 2005 et en 2006, à partir du montant reconductible de votre dotation MIGAC, au titre de ce médicament peuvent donc être réaffectées par les établissements destinataires au financement du coût de nouvelles ATU ou redéployées, sur votre initiative, vers le financement d'autres missions d'intérêt général ou d'autres engagements d'un établissement de santé financés par la dotation MIGAC.

- *Mesures ponctuelles*

Les parts de l'augmentation de vos montants régionaux figurant sous l'intitulé « mesures ponctuelles » correspondent à :

- Des aides à l'investissement en complément du plan « hôpital 2007 » au titre du financement des engagements des établissements à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique hospitalière et en particulier visant le maintien ou le développement de l'offre de soins sur certains territoires de santé.
- Des ajustements de dotation liés à la définition du périmètre des missions d'intérêt général, dans la continuité des ajustements opérés en 2005.
- La seconde tranche de la compensation des frais engagés par les établissements pour les renforts en personnel envoyés à la Réunion au plus fort de l'épidémie de Chikungunya. Dans le cas d'espèce, la dotation MIGAC compense « 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 ainsi que de la gestion des crises sanitaires » au titre de « la veille sanitaire, la prévention et la gestion des risques sanitaires liés à des circonstances exceptionnelles », conformément à l'article D.162-6, 2° du code de la sécurité sociale et à l'arrêté pris pour son application.
- Des compensations par la dotation MIGAC, au titre de la participation à la définition et à la mise en œuvre de la politique hospitalière, de frais engagés par les établissements pour le renfort des missions d'appui aux réformes hospitalières et notamment pour l'organisation des journées régionales sur la gouvernance et pour le recrutement de conseillères pédagogiques pour les écoles de formation.

Les montants retracés dans la présente circulaire synthétisent l'ensemble des mesures qui ont donné lieu à des instructions particulières qui vous ont été adressées au cours de l'année.

2. Décentralisation des instituts de formation du personnel paramédical et des sages-femmes

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 a prévu la compensation des compétences qu'elle transférait aux régions par l'affectation à ces dernières de fractions de tarif de la taxe intérieure sur les produits pétroliers (TIPP) et d'une « dotation générale de décentralisation » (DGD) pour les régions ultra-marines.

Le quatrième alinéa du I de l'article 119 de cette loi prévoit que « *le droit à compensation des charges de fonctionnement transférées par la présente loi est égal à la moyenne des dépenses actualisées constatées sur une période de trois ans précédant le transfert de compétences.* ». Toutefois, en ce qui concerne les formations paramédicales pour lesquelles il n'était pas possible de reconstituer la dépense exécutée en 2004 par l'assurance maladie à défaut de budget annexe, le II de l'article 4 de la loi de finances rectificative pour 2005 prévoit que « *par dérogation [...], pour les transferts de compétence [des instituts et des écoles de formation mentionnés aux articles L. 4382-3, L. 4151-9 et L. 4242-1 du code de la santé publique non dotés de la personnalité morale et relevant d'un établissement de santé], le droit à compensation des charges de fonctionnement transférées est égal à la dépense constatée à partir des subventions des établissements de santé et au vu des budgets annexes 2005.* » L'année de référence est donc 2005.

La compensation des régions octroyée en 2006 a été fixée par l'article 40 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006 ; les montants sont calculés, pour la partie qui concerne les instituts et les écoles susmentionnés, sur les données recueillies par la DHOS en 2005. Elle est revalorisée pour la DGD selon les modalités prévues à l'article L. 1613-1 du code général des collectivités territoriales.

Cette compensation a été partielle du fait que les montants définitifs ne pouvaient être connus fin 2005. Le financement des écoles en 2006 a donc en plus, fait appel dans certains établissements à une subvention d'équilibre.

La compensation des régions pour 2007 est fixée par ce même article 40 de la loi de finances pour 2006 mais modifié par la loi n°2006-1666 du 21 décembre 2006 de finances pour 2007 (art. 29-I). Les montants sont calculés sur les données des comptes 2005 recueillies en mai 2006 telles qu'elles figurent dans l'arrêté du 17 août 2006 *constatant le montant du droit à compensation résultant pour les régions du transfert du fonctionnement des écoles et instituts de formation des professions paramédicales et de sages-femmes.*

Compte tenu de la mise à jour à l'automne 2006 et début 2007 des données de l'année de référence 2005, il est prévu de modifier une nouvelle fois les montants de la compensation aux régions en loi de finances rectificative pour 2007.

Des ressources supplémentaires ont été attribuées en décembre 2006 qui visent à compenser des charges non constatées lors de l'évaluation sur le fondement des budgets 2005.

Les charges non constatées dans les comptes 2005 sont liées :

- soit à une augmentation de quotas tardive, soit à l'entrée en service en 2006 de nouvelles capacités de formation (instituts de formation d'ambulanciers, centres de formation de préparateurs en pharmacie hospitalière créés en 2007 par exemple)
- soit à des modifications des règles de fonctionnement des écoles (augmentation de l'encadrement des écoles de sages-femmes en 2007, indemnisation des stages des étudiants en masso-kinésithérapie par exemple).
- soit, de façon générale, à l'incidence financière, en 2006 ou 2007, de décisions de l'Etat prises antérieurement au transfert de compétences.
- Compte tenu que ces charges, qui ne sont constatées qu'en 2006 ou 2007, résultent de décision de l'Etat prises antérieurement au 1^{er} juillet 2005, date du transfert de compétences prévu par la loi de décentralisation, les régions sont en droit d'en exiger la compensation dès lors qu'elles doivent en assurer le financement à partir de 2007, conformément à la disposition de l'article L.1614-1-1 du code général des collectivités territoriales. S'il y a eu un financement par l'assurance maladie de ces charges nouvelles en 2006, le montant en sera soustrait aux bases de calcul des montants régionaux DAC et DAF.

La compensation de ces charges fera l'objet d'une explication distincte devant la commission consultative sur l'évaluation des charges.

Compte tenu de ces deux catégories d'éléments (précision concernant 2005 et charges nouvelles), l'arrêté du 17 août 2006 constatant le montant du droit à compensation résultant pour les régions du transfert du fonctionnement des écoles et instituts de formation des professions paramédicales et de sages-femmes en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du code de la santé publique sera modifié en conséquence. La loi de finances rectificative pour 2007 révisera le montant de la fraction de TIPP et de la DGD.

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

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

Au total la tranche prévisionnelle de soutien pour 2006 s'élèvera à près de 98 millions d'euros de crédits d'assurance maladie et 100 millions d'euros de subventions du FMESPP. A cet égard, il convient de noter qu'une partie du soutien initialement prévu sous forme de subventions du FMESPP a été convertie en crédits d'assurance maladie destinés à compenser les surcoûts de recours à l'emprunt pour un montant équivalent.

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

La seconde tranche du volet investissement de ce plan représente un montant de près de 11 millions d'euros de crédits d'assurance maladie et de 10 millions d'euros de subventions du FMESPP. Les modalités en ont été déterminées par circulaire F2/F3/2006/351 du 1^{er} août 2006 relative au financement en 2006 du volet investissement du plan Hôpital 2007 et du volet investissement du plan santé mentale.

3.1. Le volet investissement du plan « hôpital 2007 »

Les ressources MIGAC et DAF qui vous sont allouées au titre du volet investissement du plan « hôpital 2007 » sont réparties en deux montants distincts par région :

- d'une part un acompte de 50% du solde des ressources assurance maladie dues à votre région au titre des opérations Hôpital 2007 pour compenser les surcoûts d'emprunts souscrits pour les opérations inscrites au plan.
- d'autre part, un montant relatif à la « conversion » de subventions FMESPP en recettes assurance maladie. Compte tenu de la dotation faite au FMESPP par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, le montant des aides en capital FMESPP pour les investissements « Hôpital 2007 » est limité à 100 millions d'euros. La différence entre ce montant et le solde initialement prévu pour les aides en capital, à verser en 2007, sera convertie en aides en fonctionnement destinées à couvrir les surcoûts des emprunts à souscrire. Le montant qui est inscrit dans cette circulaire correspond à 50 % du montant prévisionnel dû à ce titre à chaque région. Les ajustements interviendront après la revue 2007.

Les droits de tirage pour 50% du montant prévisionnel 2007 des aides en capital sous forme de subvention du FMESPP vous seront prochainement attribués par arrêté.

A cela s'ajoute, un montant complémentaire de 3,6 millions d'euros réparti entre les régions sur la base de leur part de population par rapport à la population totale et attribué dans le cadre d'un renforcement des moyens d'investissement en systèmes d'information hospitaliers (cf ci-dessous).

3.2. Les investissements « Hôpital 2007 » dans les systèmes d'information hospitaliers

Les systèmes d'information hospitaliers ont représenté sur la période 2003-2006, environ 3% du volet investissement du plan Hôpital 2007, soit 280 millions d'euros d'investissements.

Des moyens supplémentaires, issus d'un redéploiement de crédits Hôpital 2007 non utilisés en 2005 et 2006 permettent de soutenir des opérations nouvelles de SIH dont le début d'exécution devra impérativement avoir lieu en 2007. L'enveloppe financière dédiée à ce programme doit permettre de générer, sur la période 2007-2010, des investissements à hauteur de 60 millions d'euros, sur la base d'un soutien maximal de 30%. Les mécanismes du soutien financier s'inscrivent dans la ligne du plan Hôpital 2007, à savoir :

- des aides en capital au titre du FMESPP pour un montant de 4, 896 millions d'euros ;
- des aides à l'emprunt attribuées sous forme de recettes assurance maladie pour un montant de 3,6 millions d'euros maintenu dans la dotation MIGAC pendant une durée de 5 ans c'est à dire jusqu'en 2011 inclus et représentant une capacité de remboursement d'emprunt et d'amortissement à hauteur de 15,82 millions d'euros.

L'ensemble de ces ressources permet de financer un montant de 20,716 millions d'euros d'investissements informatiques.

Vous vous appuyerez sur les nouveaux outils qui seront progressivement mis à votre disposition en 2007 dans le but d'affiner leur diagnostic sur la situation relative des établissements en SIH et de les aider à engager des investissements à finalité structurante. Outre les outils sur les programmes nationaux définis comme prioritaires (tarification à l'activité, participation financière du patient, dossier médical personnel, plan urgences), il s'agit notamment d'accompagner les établissements dans leurs investissements sur les axes suivants:

- informatisation des processus de production de soins : prescription, plan de soins, dossiers patient, gestion des rendez-vous... ;
- mise en œuvre des politiques de sécurité et de confidentialité des données de santé en conformité avec les nouvelles exigences réglementaires en la matière ;
- mise en œuvre de référentiels partagés à des fins d'interopérabilité des systèmes d'information : identité patient, professionnels de santé, structures, ressources ;
- mise en œuvre de projets de systèmes d'information contribuant à la coordination régionale des acteurs de santé, notamment dans le cadre de l'organisation des urgences.

Les projets seront prioritairement sélectionnés sur leur capacité à créer un véritable effet levier en termes de dynamique d'informatisation au plan régional, et sur les critères suivants :

- utilité : retour sur investissement en termes de qualité et de sécurité des soins
- faisabilité : mobilisation suffisante des décideurs et des ressources pour assurer leur viabilité dans la durée
- conformité : suivi des normes et standards définis pour le domaine
- retour d'expérience : réutilisation possible des démarches et solutions mises en œuvre.

La répartition de ces crédits a été établie sur la base du critère de la population totale.

3.3. Le volet investissement du plan « santé mentale »

Au titre des opérations inscrites dans le volet investissement du plan « santé mentale », chaque région a reçu en juillet 2006, la notification du montant prévisionnel des aides qui lui seront allouées sur la période du plan 2006-2010 au titre des opérations inscrites au plan. Un premier montant correspondant à près d'un cinquième des aides en fonctionnement et du montant de l'aide en capital prévus pour la période du plan a déjà été octroyé en 2006. Le montant alloué dans cette circulaire est égal au montant prévisionnel de la dotation DAF attribuée à ce titre pour 2007.

Le montant du capital FMESPP prévu pour l'année 2007 au titre du PRISM fera l'objet d'une prochaine circulaire.