

Ministère des affaires sociales et de la santé

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau de la synthèse organisationnelle et financière (R1)

Personnes chargées du dossier :
Antoine Letiers
David Béthoux
tél. : 01 40 56 58 70/01 40 56 48 11
méls : antoine.letiers@sante.gouv.fr
david.bethoux@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

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

CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2016/172 du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé

NOR : AFSH1614309C
Classement thématique : Etablissements de santé

Validée par le CNP le 18 mars 2016 - Visa CNP 2016 – 46
Publiée au BO : oui
Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

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

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

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

Textes de référence :

- Code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-13, L.174-1, L.174-1-1, D.162-6 à D.162-8, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4, et R.174-2 ;
- Code de la santé publique, notamment les articles L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et

suivants ;

- Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale et notamment son article 33 modifié ;
- Décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 4 ;
- Arrêté du 23 décembre 2009 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 22 décembre 2006 pris pour l'application du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 29 octobre 2008 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 26 février 2016 portant détermination pour 2016 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 12 mai 2016 fixant, pour l'année 2016, les dotations régionales mentionnées à l'article L.174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L.174-1-2 du code de la sécurité sociale

Annexes :

Annexe IA : Montants régionaux MIGAC ;
Annexe IB : Montants régionaux DAF ;
Annexe IC : Montants régionaux MIGAC SSR ;
Annexe ID : Montants régionaux USLD ;
Annexe II : Mesures de reconduction et mesures relatives aux ressources humaines ;
Annexe III : Plans et mesures de santé publique ;
Annexe IV : Financement des études médicales ;
Annexe V : Nomenclature des missions d'intérêt général MCO ;
Annexe VI : Soins de suite et de réadaptation ;
Annexe VII : La dotation de soins USLD ;
Annexe VIII : Les investissements hospitaliers ;
Annexe IX : Innovation, recherche et référence ;
Annexe X : Economies 2016 ;
Annexe XI : Accompagnements ou mesures ponctuelles

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

L'ONDAM établissements de santé pour 2016 est porté à **77,9Md€**, en progression de **1,75%** par rapport à 2015, représentant une évolution de **1,3Md€**.

Cette évolution des ressources d'assurance maladie constitue un effort important en faveur des établissements de santé dans un contexte particulièrement contraint.

La campagne tarifaire et budgétaire 2016 constitue la deuxième tranche de mise en œuvre du plan d'économies ONDAM 2015/2017 et traduit la mise en œuvre progressive de ses grandes orientations.

Comme en 2015, les actions qui seront menées concernent particulièrement :

- le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière et notamment la rationalisation des achats hospitaliers (programme PHARE) ;
- le « virage ambulatoire » avec le développement des prises en charge ambulatoires par substitution intra et extra muros sur le champ de la chirurgie, de la médecine, de la dialyse, du SSR et de la psychiatrie avec, notamment, le développement de l'hospitalisation à domicile, l'accompagnement de la réduction de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète et la prévention des ré-hospitalisations ;
- l'amélioration de la pertinence du recours aux soins permettant de réduire les actes jugés inutiles ou redondants ;
- la recherche de l'efficacité de la prescription hospitalière pour les produits de santé et les transports de patients.

Des économies de fonctionnement sont attendues des établissements de santé à travers l'évolution de leurs modalités de gestion interne ou de prise en charge des patients. Je vous rappelle que ces évolutions des organisations doivent permettre de limiter le taux global national d'évolution de la masse salariale à 1,5 %.

Pour 2016, le niveau des économies attendues sur le champ des établissements de santé est de 993M€ par rapport au tendanciel. Ces économies portent sur l'ensemble des enveloppes de financement de l'ONDAM établissements de santé, dont 707M€ sur l'ODMCO, 90M€ sur la dotation MIGAC, 181M€ sur l'ODAM et 14M€ sur l'OQN. Le détail de ces économies est présenté en annexe X de la présente circulaire.

L'évolution des tarifs hospitaliers pour 2016 en MCO

J'ai souhaité que la campagne 2016 soit une **campagne équitable entre tous les secteurs**. C'est la raison pour laquelle **le taux d'évolution moyen des tarifs est commun aux deux secteurs et s'élève à -1%**¹, avant prise en compte de la reprise liée aux exonérations de charges du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) et du pacte de responsabilité qui s'élèvent cette année à 0,65%.

Cette construction tarifaire est fondée sur une anticipation réaliste de l'augmentation des volumes d'activité, tout en respectant la prudence nécessaire en regard de l'indispensable respect de l'ONDAM 2016.

De plus, les tarifs facturés sont affectés d'un coefficient prudentiel dont la valeur est fixée cette année à -0,5%. En cas de respect de l'ONDAM, les ressources correspondantes pourraient être restituées en fin d'année, partiellement ou totalement, comme cela a été le cas lors des exercices précédents.

La politique tarifaire menée en 2016 s'inscrit dans la continuité de celle menée les années précédentes en poursuivant, en les amplifiant, les incitatifs au développement de la chirurgie ambulatoire et des prises en charge alternatives à l'hospitalisation conventionnelle telles que la dialyse hors centre et l'hospitalisation à domicile. Les tarifs de ces deux dernières activités sont ainsi préservés en 2016 : les tarifs d'HAD et de dialyse hors centre

¹ Arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, publié au JO du 8 mars 2016.

progresseront respectivement de +0,4% et +0% avant prise en compte des exonérations de charges et du coefficient prudentiel.

Les efforts entrepris en faveur de la mise en œuvre de la neutralité tarifaire, qui vise à mieux articuler les tarifs des prises en charge avec les coûts constatés pour les établissements de santé en réduisant les sur et les sous financements extrêmes, sont également poursuivis dans l'objectif d'améliorer la lisibilité des tarifs.

J'ai par ailleurs tenu à ce qu'un soutien spécifique en faveur des tarifs d'obstétrique et notamment ceux des accouchements par voie basse, soit mis en œuvre en 2016.

Enfin, j'ai souhaité que les modalités de facturation des séjours hospitaliers entre secteurs, public et privé, soient harmonisées, afin, notamment, de tenir compte de l'arrêt du Conseil d'Etat du 30 juin 2015. Ainsi, le périmètre sur lequel se fondent les établissements pour facturer leurs prestations est désormais identique et s'appuie sur la notion d'entité géographique.

Toutefois, dans le nécessaire respect des objectifs de dépense, cette évolution s'accompagne d'une régulation spécifique afin de neutraliser les dépenses supplémentaires engendrées par ce nouveau mode de facturation. Une partie de ces dépenses prévisionnelles a ainsi été neutralisée dans le taux d'évolution des tarifs du secteur ex DG. L'autre partie sera régulée via les dotations des établissements concernés selon des modalités qui vous seront précisées ultérieurement.

Dans ce contexte, j'ai également demandé à mes services de proposer des modalités d'encadrement pour la création de nouvelles entités géographiques. Celles-ci vous seront communiquées dans le cadre d'une instruction spécifique.

La campagne budgétaire MIGAC/ODAM 2016

Dans le cadre de la présente circulaire, **21,7Md€** vous sont alloués (dont 5,8Md€ en MIGAC, 14,9Md€ en DAF, 1Md€ en DAF USLD, 14 M€ de MIG SSR), ce qui représente **96,4%** du montant total des dotations pour 2016 hors mises en réserve prudentielles 2016.

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

- **17,9Md€** au titre de vos bases régionales ;
- **4,4Md€** au titre de mesures 2016 déléguées en justification au premier euro (JPE) ;
- **-0,6Md€** au titre de l'ensemble des autres mesures 2016.

Ces mesures nouvelles se déclinent selon les grandes catégories suivantes : mesures salariales et catégorielles, plans et mesures de santé publique, investissements hospitaliers, recherche et innovation, etc. Vous trouverez le détail qui vous permettra d'orienter la notification des crédits au sein de vos régions respectives dans les différentes annexes thématiques de cette circulaire.

Les mises en réserve prudentielles 2016

Comme chaque année depuis 2010, des mises en réserve de crédits sont effectuées de manière prudentielle en début de campagne afin de garantir le respect de l'ONDAM.

Le niveau de ces mises en réserve s'élève pour 2016 à **367M€** sur l'ONDAM établissements de santé. Ces crédits font l'objet d'une répartition équitable sur l'ensemble des enveloppes de financement :

- **196M€** via le coefficient prudentiel MCO, correspondant à une minoration tarifaire de 0,5% ;
- **75M€** correspondant à 0,5% des bases régionales DAF ;
- **14M€** sur l'Objectif Quantifié National (OQN), soit l'équivalent d'une minoration tarifaire de 0,5% ;
- **60M€** sur le FMESPP ;
- **21M€** sur la marge nationale.

En fonction du respect de l'ONDAM, les crédits mis en réserve pourront être versés aux établissements en fin d'exercice.

La campagne tarifaire et budgétaire 2016 est également marquée par plusieurs réformes d'importance telles que la mise en œuvre du nouveau modèle de financement pour les hôpitaux de proximité, la généralisation du dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ), les ajustements du modèle de financement des structures de médecine d'urgence ainsi que la première étape de la mise en œuvre de la réforme de financement des soins de suite et de réadaptation.

Le modèle de financement des hôpitaux de proximité

J'ai souhaité reconnaître pleinement la spécificité des hôpitaux de proximité dans leurs liens avec le premier recours et leur rôle de passerelle dans le système sanitaire et médico-social. Afin de leur donner les moyens d'assurer pleinement ce rôle, la LFSS pour 2015, en son article 52, est venue reconnaître cette nouvelle catégorie d'établissements et préciser leur financement, en rupture avec la tarification à l'activité. Le décret d'application qui en découle est en cours de publication.

Ainsi, les établissements qui se seront reconnus hôpitaux de proximité bénéficieront d'une dotation modulée à l'activité avec effet au 1er janvier 2016. Cette dotation sera constituée d'une dotation forfaitaire garantie construite à partir d'une fraction des recettes historiques et d'une dotation organisationnelle et populationnelle calibrée sur la base des caractéristiques du territoire. Les établissements bénéficieront également, le cas échéant, d'un complément de financement lié à leur activité.

Une instruction à destination des ARS et des établissements de santé viendra préciser les modalités concrètes d'application de cette réforme.

Pour cette première année de mise en œuvre, un accompagnement exceptionnel pourra être octroyé en fin d'année au vu des effets de la réforme.

L'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IFAQ)

Comme je l'avais annoncé, après deux années de montée en charge, l'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé est généralisée à compter du 1er janvier 2016 à tous les établissements exerçant l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique. Cette généralisation se traduit par la création d'une dotation complémentaire qui sera versée en fin d'année aux établissements dont les efforts et l'excellence dans la qualité et la sécurité des soins méritent d'être particulièrement valorisés.

Les ajustements du modèle de financement des structures de médecine d'urgence

J'ai souhaité initier une évolution du modèle de financement des structures de médecine d'urgence (services d'urgence, SMUR) pour répondre aux grands objectifs suivants : d'une part, s'assurer que tous les établissements reçoivent un financement suffisant et équitable pour répondre à la demande de soins qui leur est adressée ; d'autre part, rendre cohérentes les règles de financement et les évolutions attendues de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

Ainsi, dès cette année, à vecteurs de financement constants, la répartition du financement entre établissements (via le FAU et la MIG SMUR) évolue pour améliorer l'adéquation entre ce financement et leur niveau d'activité. Cette nouvelle répartition est rendue possible grâce aux travaux de modélisation menés par la DGOS, qui évaluent et valorisent l'ensemble des coûts des moyens nécessaires à l'activité des établissements (moyens humains, médicaux, paramédicaux et autres). Les effets revenus de cette nouvelle répartition sont lissés sur 4 ans.

La réforme de financement des activités de soins de suite et de réadaptation

Le nouveau modèle de financement des soins de suite et de réadaptation est prévu par l'article 78 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2016 et sera mis en œuvre dans toutes ses dimensions de manière progressive à compter du 1^{er} mars 2017.

Toutefois, j'ai souhaité que l'année 2016 constitue une première étape dans la mise en œuvre du nouveau modèle. En particulier, les établissements de santé seront désormais éligibles, dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation, à une liste de missions d'intérêt général définie spécifiquement pour ce champ et dont vous trouverez le détail en annexe VI. De la même manière, j'ai tenu à ce que, dès 2016, les dépenses liées aux molécules onéreuses soient mieux identifiées afin de mieux flécher au sein de la DAF les crédits à destination des établissements consommateurs.

Le soutien aux établissements en difficultés

Afin d'accompagner les efforts d'efficience et de restructuration de l'offre de soins engagés par les établissements de santé, vous veillerez à mobiliser prioritairement les crédits dont vous disposez au sein du fonds d'intervention régional (FIR).

A titre exceptionnel, un accompagnement par des aides nationales à caractère non reconductible pourra être envisagé à la demande expresse des directeurs généraux d'ARS. Le montant de ces aides étant en diminution significative par rapport à l'effort consenti en 2015, vous êtes invités à utiliser vos marges de manœuvre régionales, dans un esprit de subsidiarité renforcée vis-à-vis des aides nationales.

Les aides nationales seront réservées aux établissements qui formalisent contractuellement leur trajectoire de retour à l'équilibre financier à court terme et qui rencontrent des difficultés de trésorerie. En cas de reconduction d'une aide nationale exceptionnelle déjà accordée en 2015 à un établissement de santé, l'aide nationale 2016 ne pourra être supérieure à 75 % du montant de l'aide nationale accordée en 2015.

Vous trouverez le détail relatif aux aides versées par la présente circulaire en annexe XI.

Les tarifs journaliers de prestation

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

Dans le cadre de mon engagement relatif à l'accès aux soins, je vous demande donc de veiller à ce que les règles de calcul énoncées dans le décret n°2009-213 du 23 février 2009 soient strictement respectées par les établissements de santé. Dans ce cadre, vous poursuivrez la baisse progressive des TJP supérieurs de plus de 15% au niveau auquel ils devraient être, en application des règles susmentionnées. Pour les établissements concernés, la diminution du TJP devra atteindre un minimum de 3% en 2016 par rapport au TJP actuellement fixé.

Par ailleurs, et pour les établissements non concernés par cette baisse, j'appelle votre attention sur l'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 qui prévoit désormais un encadrement de l'augmentation des TJP dans le champ MCO. Un plafond sera ainsi fixé prochainement par décret et s'appliquera à chacun des tarifs des établissements concernés. Il correspondra au taux d'évolution du sous-objectif « Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » de l'ONDAM, soit, pour cette année, +1,92%.

Vous veillerez également à ce que l'évolution des TJP dans les champs SSR et psychiatrique demeure modérée et n'excède pas, en tout état de cause, l'évolution des charges correspondantes des établissements concernés.

De manière générale, le contexte budgétaire global doit vous conduire à être particulièrement attentifs au respect de vos dotations régionales limitatives. Il est, en effet, de votre responsabilité de maintenir un pilotage renforcé de l'utilisation des ressources qui vous sont accordées.

Par ailleurs, je souhaite de nouveau rappeler que l'ensemble des établissements de santé publics et privés financés au sein de l'ODMCO, y compris ceux d'hospitalisation à domicile, sont éligibles aux dotations MIGAC.

Je vous invite enfin à veiller à ce que l'outil HAPI soit précisément employé permettant ainsi un suivi fiable des ressources budgétaires 2016.

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

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé

signé

Marisol TOURAINE

Annexe IA: Montants régionaux MIGAC

Les montants sont en milliers d'euros

MIGAC

Région	Bases 2016	Economies ciblées MIG R	Economies non ciblées MIG/AC R	Mesures de reproduction MIG/AC R	Financement des études médicales MIG E 02 JPE	Assistants spécialistes post internat poste partagé AC NR	Espaces de réflexion éthiques MIG N 01 JPE	Action de coopération internationale MIG R 05 JPE	Surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation MIG J 02 JPE	Prélèvements de tissus multi-organes et à cœur arrêté MIG J 03 JPE	Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage MIG F 03 JPE	Lactariums MIG J 01 JPE	Mortalité périnatale MIG F 08 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	176 591,61	-512,36	-3 725,25	3 415,51	60 044,94	1 992,92	500,00	17,20	1 639,09	155,53	828,97	910,00	302,40
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	179 337,41	-519,52	-3 691,48	3 369,89	65 192,37	1 854,11	500,00	74,00	1 027,78		369,41	650,00	293,15
Auvergne - Rhône-Alpes	219 080,54	-882,23	-5 283,24	4 835,95	84 929,16	1 596,32	333,00	80,00	2 230,59	77,77	1 634,37	560,00	382,84
Bourgogne - Franche-Comté	91 730,73	-199,35	-1 895,55	1 733,43	28 447,40	2 617,56	248,00	29,00	706,70		377,50	300,00	160,07
Bretagne	94 210,84	-237,20	-1 883,04	1 723,37	34 319,27	951,84	169,00		1 373,94		246,38	710,00	161,13
Centre-Val de Loire	89 861,42	-269,46	-1 363,50	1 252,20	16 563,17	1 497,17	169,00	60,50	574,63		330,97	480,00	133,19
Corse	22 505,49	-31,29	-258,98	234,24							118,98		
Ile-de-France	374 088,29	-1 879,46	-12 194,30	11 124,83	116 291,78	1 150,14	1 166,00	204,20	3 631,06	354,23	2 826,36	1 572,90	703,71
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	194 189,35	-593,17	-4 010,78	3 654,64	55 459,47	733,71	333,00	118,00	1 157,20	311,06	1 264,88	565,00	277,07
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	185 653,83	-663,78	-3 940,93	3 619,80	57 200,78	4 719,54	333,00	86,00	1 361,85	115,53	663,62	915,00	344,44
Normandie	108 770,07	-371,33	-2 059,20	1 890,02	37 152,22	2 974,50	333,00	110,00	888,45	77,77	499,85	460,00	195,30
Pays-de-la-Loire	88 702,09	-320,29	-2 218,18	2 035,67	40 300,01	1 665,72	169,00	29,50	905,33	115,53	137,96	300,00	165,05
Provence-Alpes-Côte d'Azur	160 444,02	-760,56	-3 449,09	3 149,89	49 610,92	832,86	327,00	32,00	1 545,38		535,73		243,44
France métropolitaine	1 985 165,70	-7 240,00	-45 973,51	42 039,45	645 511,49	22 705,35	4 580,00	840,40	17 041,98	1 207,41	9 716,00	7 422,90	3 361,76
Guadeloupe	15 383,31	-28,94	-82,82	78,79	5 848,27	261,76	212,00	13,65	153,80				76,01
Guyane	30 802,80	-15,38	-320,51	292,14	1 396,82	333,14		30,00					27,83
Martinique	10 889,13	-26,58	-266,21	244,92	6 037,91	261,76	212,00		37,80				67,95
Océan Indien	26 983,89	-72,96	-580,00	540,89	9 124,41	527,48	221,00	42,70	421,52	151,34			108,83
DOM	84 059,14	-143,87	-1 249,54	1 156,74	22 407,41	1 384,13	645,00	86,35	613,12	151,34			280,63
Total dotations régionales	2 069 224,84	-7 383,87	-47 223,05	43 196,20	667 918,90	24 089,48	5 225,00	926,75	17 655,10	1 358,76	9 716,00	7 422,90	3 642,39

Annexe IA: Montants régionaux MIGAC

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal MIG F 12 JPE	Les équipes de cancéro pédiatriques (extension des dispositifs pour les Adolescents et jeunes adultes en cancérologie AJA) MIG I 04 NR	Coordination des parcours de soins des malades en cancérologie MIG P 09 JPE	Consultations hospitalières de génétique MIG P05 NR	Centres de diagnostic préimplantatoire MIG F 13 JPE	Prélèvement de sang placentaire MIG J 04 JPE	Les stages de résidents de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer MIG E 01 JPE	Les centres de ressources sur les maladies professionnelles MIG F 10 JPE	CSERD MIG U 03 JPE	Participation rémunération APHP MIG R 06 JPE	Registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au comité national des registres MIG H 07 JPE	Précarité MIG U 01 JPE	Centres nationaux appels d'urgence MIG Q 03 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	945,00	130,00	210,00	100,00	880,30	252,61	309,00	707,16	359,84		574,80	8 446,77	
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	1 062,00		210,00	65,00		305,39	360,50	701,51	133,83		471,21	7 196,31	
Auvergne - Rhône-Alpes	1 793,70		490,00	95,00	435,00	222,73	669,50	1 112,90	157,35		247,42	4 187,66	500,00
Bourgogne - Franche-Comté	504,00	65,00		40,00		225,54	103,00	40,30			281,74	1 995,25	
Bretagne	848,70	65,00	70,00	60,00			309,00	370,00	108,31		107,59		
Centre-Val de Loire	461,70	65,00	70,00	25,00			206,00	142,87				3 243,75	
Corse		8,00											
Ile-de-France	2 988,19		560,00	155,00	941,93	570,78	721,00	1 964,74	453,29	55 765,80	199,03	36 150,82	
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	999,00	130,00	140,00	85,00	1 122,80	131,51	515,00	487,37	121,80		372,41	13 881,83	421,98
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	848,70		140,00	90,00		131,37	257,50	563,95	107,00		378,45	24 600,06	
Normandie	740,70	65,00	210,00	45,00			103,00	748,07			349,87	6 338,82	
Pays-de-la-Loire	848,70		210,00	40,00	879,05	97,57	309,00	634,92	73,61		219,91	3 990,35	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	945,00	130,00	140,00	50,00			257,50	109,09	177,69			14 408,02	
France métropolitaine	12 985,39	658,00	2 450,00	850,00	4 259,08	1 937,49	4 120,00	7 582,89	1 692,71	55 765,80	3 202,42	124 439,64	921,98
Guadeloupe	230,20	8,00									117,69	4 143,35	
Guyane	283,50	5,00									80,83	3 573,84	
Martinique	230,20	8,00									189,61	5 028,47	
Océan Indien	239,34	21,00		10,00							12,38	11 558,89	
DOM	983,24	42,00		10,00							400,51	24 304,54	
Total dotations régionales	13 968,63	700,00	2 450,00	860,00	4 259,08	1 937,49	4 120,00	7 582,89	1 692,71	55 765,80	3 602,93	148 744,18	921,98

Annexe IA: Montants régionaux MIGAC

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Aide médicale urgente en milieu périlleux MIG Q 06 JPE	Débasage Appui aux services d'urgence en tension AC R	SMUR MIG Q 02 R	SMUR MIG Q 02 JPE	SAMU MIG Q 01 JPE	Acquisition et maintenance des moyens des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles MIG O 03 JPE	La mise en œuvre des missions des établissements de santé de référence mentionnés à l'article R. 3131-10 du code de la santé publique MIG O 02 JPE	Les cellules d'urgence psychologique MIG Q 05 JPE	Coordonneurs régionaux hémovigilance MIG H 05 JPE	Les centres de référence pour les infections ostéo-articulaires CIOA MIG F 15 JPE	CCLIN MIG H 02 JPE	ARLIN MIG H 03 JPE	Les centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral MIG F 09 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine		-159,00	-66 265,28	67 581,53	22 117,69	1 095,10	540,00	432,00	474,90	138,38	698,85	622,19	396,48
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	439,25	-157,00	-77 731,38	79 107,20	26 576,58	1 133,99	270,00	324,00	499,50	30,47	804,92	681,51	449,85
Auvergne - Rhône-Alpes		-166,00	-75 098,81	76 372,67	28 632,63	1 250,53	270,00	324,00	517,00	148,53	1 278,21	889,06	965,17
Bourgogne - Franche-Comté		-87,00	-44 313,50	45 789,89	12 021,34	739,00		216,00	273,40	10,16		566,66	191,63
Bretagne	439,25	-58,00	-36 477,60	37 071,75	10 027,89	423,31	270,00	216,00	273,40	144,38	881,13	333,90	160,48
Centre-Val de Loire		-69,00	-33 911,34	34 958,97	11 753,00	443,50		108,00	184,00	128,22		377,31	287,44
Corse		-26,00	-16 660,68	17 037,50	2 779,58	128,27		116,64	115,26			213,51	
Ile-de-France		-197,00	-91 220,03	92 463,76	33 129,55	2 147,02	518,80	924,48	552,35	296,13	1 582,36	441,27	3 330,26
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées		-145,00	-69 967,09	72 098,18	25 582,14	1 240,09		216,00	457,40	128,22		712,43	1 337,44
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	181,88	-130,00	-68 257,03	69 623,53	19 873,99	1 544,91	270,00	324,00	437,30	138,38		878,58	683,14
Normandie	439,25	-86,00	-45 539,67	45 659,28	12 342,63	621,49	270,00	216,00	273,40	10,16		480,17	282,28
Pays-de-la-Loire		-61,00	-30 894,16	31 246,01	11 364,30	412,13		108,00	273,40	20,32		344,08	240,39
Provence-Alpes-Côte d'Azur	257,38	-102,00	-59 802,89	61 974,51	17 550,44	713,37	469,17	216,00	368,00	173,93		418,952	225,614
France métropolitaine	1 757,01	-1 443,00	-716 139,45	730 984,80	233 751,76	11 892,72	2 877,97	3 741,12	4 699,31	1 367,26	5 245,48	6 959,63	8 550,16
Guadeloupe		-12,00	-8 968,92	9 407,03	2 321,02	55,58		136,08	171,41			338,14	
Guyane	229,16	-2,00	-9 326,62	9 327,75	1 878,69	200,11	340,20	136,08	134,07			346,87	
Martinique	324,29	-19,00	-2 388,32	3 084,21	2 582,66	100,21	340,20	136,08	134,07			223,04	97,24
Océan Indien	337,16	-8,00	-11 958,15	12 359,75	3 947,94	253,66	353,70	141,48	216,88			424,38	
DOM	890,62	-41,00	-32 642,01	34 178,74	10 730,30	609,56	1 034,10	549,72	656,43			1 332,43	97,24
Total dotations régionales	2 647,63	-1 484,00	-748 781,46	765 163,53	244 482,07	12 502,28	3 912,07	4 290,84	5 355,74	1 367,26	5 245,48	8 292,06	8 647,40

Annexe IA: Montants régionaux MIGAC

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Centre national ressources douleur MIG H 08 JPE	Structures d'étude et de traitement de la douleur chronique MIG JPE	Soutien à l'activité de rétrocession de l'AGEPS des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales Enveloppe de financement AC R	Accompagnement à la mise en œuvre du GHT: atelier opérationnel PMP AC NR	Accompagnement à la mise en œuvre du GHT: Conduite du changement AC NR	Accompagnement à la mise en œuvre du GHT: enveloppe globale AC NR	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire MIG T 03 R	Détenus chambres sécurisées MIG T 04 R	Création assistants spécialistes soins palliatifs AC NR	Unités d'accueil et de soins des patients sourds MIG K 03 R	consultations d'évaluation pluri professionnelle post AVC en UNV AC R	consultations d'évaluation pluri professionnelle post AVC en UNV MIG P 11 JPE	Centres experts de la maladie de Parkinson MIG P10 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine		5 075,73				484,10		51,94			-159,83	319,65	233,21
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes		4 901,84				524,43		51,94			-197,50	395,01	297,71
Auvergne - Rhône-Alpes		7 041,56			4 000,00	645,45	788,96		336,00	592,50	-200,86	401,73	322,52
Bourgogne - Franche-Comté		3 220,13				403,40	-190,00		192,00	480,00	-93,18	186,35	119,09
Bretagne		3 056,65		1 435,70		242,05			144,00		-117,24	234,48	74,43
Centre-Val de Loire		2 070,67				242,05					-73,72	147,44	59,54
Corse						80,70					-9,31	18,62	
Ile-de-France	351,53	10 175,61	100,00			564,76	205,20		192,00		-280,87	561,73	446,57
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées		5 809,27				564,76			96,00		-178,56	357,11	248,09
Nord-Pas-de-Calais - Picardie		5 881,74				484,10	513,00		38,40		-173,35	346,70	208,40
Normandie		3 620,87				403,40			153,60		-95,60	191,20	133,97
Pays-de-la-Loire		4 041,94				201,70			240,00		-98,28	196,56	99,24
Provence-Alpes-Côte d'Azur		4 377,61				242,05	47,50		144,00		-149,11	298,22	322,52
France métropolitaine	351,53	59 273,60	100,00	1 435,70	4 000,00	5 082,95	1 364,66	103,88	1 680,00	1 072,50	-1 827,41	3 654,82	2 565,30
Guadeloupe		230,89				40,34					-10,99	21,98	
Guyane						40,34					-4,25	8,50	
Martinique		194,83				40,34	304,00				-9,30	18,60	
Océan Indien		1 038,26				40,34					-23,06	46,11	
DOM		1 463,99				161,36	304,00				-47,59	95,18	
Total dotations régionales	351,53	60 737,59	100,00	1 435,70	4 000,00	5 244,31	1 668,6600	103,8800	1 680,0000	1 072,5000	-1 875,0000	3 750,0000	2 565,3000

Annexe IA: Montants régionaux MIGAC

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Services experts hépatites virales MIG F 11 JPE	Centre National des Soins palliatifs et de la fin de vie MIG H 09 JPE	Centre National des Soins palliatifs et de la fin de vie AC NR	Centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson MIG H12 JPE	SI Banque de données Parkinson AC R	Obésité MIG Q04 JPE	Centres mémoire de ressources et de recherche MIG F 01 JPE	Hôpital numérique AC NR	Projet Cristal Image - Réseau d'images numérisées pour la transplantation d'organes AC NR	Performance SI de gestion AC NR	Emprunts structurés AC NR	Débasage SI AC R	Le financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation Part modulable MIG B 02 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	323,44			96,66		147,71	1 288,60		120,00		12 650,00	-328,10	107 770,45
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	242,58			96,66		117,71	1 266,97	214,90	110,00	60,00		-194,28	107 251,44
Auvergne - Rhône-Alpes	242,58			96,66		112,70	1 674,88	180,60	80,00			-417,31	187 533,08
Bourgogne - Franche-Comté	161,72					56,35	772,55	444,80	80,00		3 250,00	-198,55	55 676,55
Bretagne	80,86					28,18	772,55					-33,02	56 034,91
Centre-Val de Loire	161,72					56,35	386,28					-24,97	31 934,72
Corse							386,28		20,00				
Ile-de-France	605,65	1 207,61	1 000,00	96,66		112,70	988,85	2 628,80			7 500,00	-1 743,79	504 517,58
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	242,58				100,00	56,35	1 118,62		160,00	40,00		-125,69	135 367,71
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	161,72			96,66		140,88	1 010,48		200,00			-597,48	117 371,20
Normandie	161,72					56,35	772,55		30,00			-278,54	54 956,71
Pays-de-la-Loire	161,72			96,66		56,35	902,33					-165,02	77851,71
Provence-Alpes-Côte d'Azur	161,72			96,66		56,35	772,55	580,00	180,00	60,00	5 550,00	-91,04	112 658,04
France métropolitaine	2 708,01	1 207,61	1 000,00	676,60	100,00	997,98	12 113,48	4 049,10	980,00	160,00	28 950,00	-4 197,78	1 548 924,09
Guadeloupe	101,89					28,18						-24,69	2 004,65
Guyane												-25,09	823,17
Martinique	101,90					28,18						-125,40	2 314,71
Océan Indien	105,92					28,18			20,00			-23,10	4 631,91
DOM	309,71					84,53			20,00			-198,28	9 774,45
Total dotations régionales	3 017,7200	1 207,6100	1 000,0000	676,6000	100,0000	1 082,5022	12 113,4820	4 049,10	1 000,00	160,00	28 950,00	-4 396,06	1 558 698,54

Annexe IA: Montants régionaux MIGAC

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Organisation, surveillance et coordination de la recherche MIG D 23 JPE	Conception des protocoles, gestion et analyse des données MIG D 24 JPE	Investigation (ex CIC - CRC/RIC - SIRIC) MIG D 25 JPE	Coordination territoriale (ex GIRCI - EMRC) MIG D 26 JPE	Les centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L.1413-4 CSP MIG F 14 JPE	Les actes de biologie, les actes d'anatomocytopathologie et les actes dentaires non inscrits sur la liste prévue à l'article L.162-1-7 CSS MIG G 03 JPE	Les médicaments bénéficié d'une ATU en attente de leur agrément MIG G 02 JPE	Les dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire MIG G 05 JPE	Les centres de ressources biologiques dont les tumeurs MIG D 04 JPE	Le soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation MIG D 20 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique national PHRCN MIG D 05 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche médico économique PRME MIG D 21 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche médico économique en cancérologie(JPE) PRMEK
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	1 944,62	486,16	2 645,00		513,48	17 920,20	6 481,32	464,24	1 823,12	123,60			
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	3 545,81	886,45	3 015,00	3 230,47	492,94	17 189,58	7 523,13		1 602,53	100,00	171,76	407,85	21,10
Auvergne - Rhône-Alpes	8 101,71	2 025,43	5 004,68	1 782,59	1 807,44	27 053,89	11 870,89	464,24	2 332,45	150,00	30,80	1 798,31	
Bourgogne - Franche-Comté	2 343,30	585,83	1 930,00	1 720,36	759,95	6 726,20	3 220,45		896,03	60,00	109,70		
Bretagne	2 042,28	510,57	1 675,00			13 533,69	4 294,37		926,05		37,60		
Centre-Val de Loire	925,72	231,43	725,00		287,55	2 844,30	2 642,57		357,15				
Corse						0,07	105,28						
Ile-de-France	18 151,51	4 537,88	13 859,43	2 593,06	5 713,98	115 636,20	22 650,06	1 044,53	8 569,38	650,00	1 392,99	562,55	
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	5 639,51	1 409,88	2 125,00		739,41	15 706,00	7 482,89	116,06	1 864,28	250,00	141,65		50,00
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	3 845,03	961,26	1 705,00	1 504,17	246,47	21 594,97	6 984,73	232,12	1 674,29	358,00	131,43		
Normandie	2 162,38	540,60	960,00		821,56	11 301,43	6 023,23	116,06	855,27		202,62		
Pays-de-la-Loire	3 523,52	880,88	3 010,00	1 891,53		10 202,87	4 682,13	232,12	1 461,93			812,18	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 581,53	895,38	2 905,00	1 099,98		20 510,34	8 537,47	464,24	1 614,63	100,00			50,00
France métropolitaine	55 806,93	13 951,73	39 559,11	13 822,16	11 382,77	280 219,73	92 498,53	3 133,59	23 977,09	1 791,60	2 218,54	3 580,89	121,10
Guadeloupe	297,17	74,29	201,60			39,37	22,80		82,47	244,49			
Guyane			201,60		482,67	452,22	136,99						
Martinique	297,17	74,29	201,60			84,30			185,06	50,00			
Océan Indien	308,97	77,24	628,80		315,42	2 187,03	293,77	116,06	129,77				
DOM	903,32	225,83	1 233,60		798,09	2 762,91	453,56	116,06	397,30	294,49			
Total dotations régionales	56 710,25	14 177,56	40 792,71	13 822,16	12 180,86	282 982,64	92 952,09	3 249,65	24 374,38	2 086,09	2 218,54	3 580,89	121,10

Annexe IA: Montants régionaux MIGAC

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique interrégional PHRCI MIG D 07 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique en cancérologie PHRCK MIG D 06 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en santé PRTS MIG D 09 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du système de soins PREPS MIG D 11 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale PHRIP MIG D 12 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en cancérologie PRTK MIG D 10 JPE	Les filières de santé maladies rares MIG F 17 JPE	Les centres de références pour la prise en charge des maladies rares (JPE)	Les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose MIG F 06 JPE	Les centres de référence sur l'hémophilie MIG F 05 JPE	Les réseaux nationaux de référence pour les cancers rares de l'adulte MIG F 16 JPE	Les centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique SLA MIG F 07 JPE	La coordination des instances nationales MIG R 03 R
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	114,97	50,00					269,57	2 565,60	1 606,24	583,01		450,34	
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	295,62	141,00	17,67	544,40				1 821,33	996,63	337,50	1 182,11	650,48	
Auvergne - Rhône-Alpes	517,29	208,00					808,70	6 324,76	2 721,64	459,87	1 352,92	875,65	
Bourgogne - Franche-Comté	322,07	39,00					269,57	231,29	696,72	272,65		186,18	
Bretagne	253,32							1 613,70	1 400,36	380,52		284,95	
Centre-Val de Loire	122,09		142,76					190,53	553,12	93,13		262,43	
Corse													
Ile-de-France	193,40	1 605,52				165,90	2 965,22	68 026,19	3 893,23	1 245,45	2 874,00	1 246,69	
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	420,88	94,60	47,01		23,29		269,57	3 309,63	1 353,03	391,67	325,00	954,60	
Nord-Pas-de-Calais - Picardie							539,13	3 074,68	1 575,10	472,73	360,85	475,57	
Normandie		100,00						508,83	835,13	448,40		217,37	95,40
Pays-de-la-Loire	168,07	50,00		61,96			269,57	2374,75	1 131,58	197,89	150,00	355,13	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	364,48	81,44					808,70	4 164,08	1 186,94	109,84	278,00	740,59	-118,26
France métropolitaine	2 772,18	2 369,56	207,43	606,36	23,29	165,90	6 200,00	94 205,37	17 949,71	4 992,66	6 522,89	6 700,00	95,40
Guadeloupe								1 168,72					
Guyane													
Martinique								1 063,53		24,71			
Océan Indien								850,22	537,08	15,99			
DOM								3 082,47	537,08	40,69			
Total dotations régionales	2 772,18	2 369,56	207,43	606,36	23,29	165,90	6 200,00	97 287,84	18 486,79	5 033,35	6 522,89	6 700,00	95,40

Annexe IA: Montants régionaux MIGAC

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Traitement coûteux HAD AC NR	CICE AC NR	Soutien exceptionnel aux établissements en difficulté AC NR	Mesures ponctuelles MIG/AC R	Mesures ponctuelles MIG/AC NR	Total Mesures Nouvelles	Délégations régionales
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	274,13	162,87				272 827,53	449 419,15
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	490,71	106,61				272 892,97	452 230,38
Auvergne - Rhône-Alpes	735,59	145,98		58,00	466,98	416 061,16	635 141,70
Bourgogne - Franche-Comté	159,23	56,60		103,03	35,00	135 943,53	227 674,25
Bretagne	185,43	93,06	1 000,00	0,39	11,99	143 376,01	237 586,85
Centre-Val de Loire	101,28	27,12	1 000,00		15,00	83 383,52	173 244,95
Corse	3,96	26,46	12 000,00	-463,40	1 650,00	17 593,68	40 099,17
Ile-de-France	721,82	123,26		47,28	331,96	1 077 423,02	1 451 511,31
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	375,56	84,75		-63,92		296 305,18	490 494,53
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	421,05	106,68		-18,17	343,61	289 711,64	475 365,47
Normandie	118,46	45,81				151 178,80	259 948,88
Pays-de-la-Loire	163,71	65,67			879,70	179 791,95	268 494,04
Provence-Alpes-Côte d'Azur	198,09	80,94		-22,40		263 685,42	424 129,44
France métropolitaine	3 949,02	1 125,81	14 000,00	-359,19	3 734,24	3 600 174,42	5 585 340,11
Guadeloupe	10,57	5,20			2 000,00	20 996,21	36 379,52
Guyane		6,41				10 959,88	41 762,68
Martinique		6,03				21 632,05	32 521,18
Océan Indien	40,41	49,50		14,99		39 825,43	66 809,32
DOM	50,98	67,14		14,99	2 000,00	93 413,56	177 472,71
Total dotations régionales	4 000,00	1 192,95	14 000,00	-344,20	5 734,24	3 693 587,98	5 762 812,82

Annexe IB: Montants régionaux DAF

Les montants sont en milliers d'euros

DAF

Région	Bases 2016	Mises en réserve DAF SSR NR	Mises en réserve DAF PSY NR	Economies ciblées DAF SSR R	Economies ciblées DAF PSY R	Economies non ciblées DAF SSR R	Economies non ciblées DAF PSY R	Economies non ciblées DAF MCO R	Mesures de reconstruction DAF MCO R
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	1 346 527,07	-3 076,94	-3 784,33	-3 373,08	-2 371,04	-4 548,57	-5 613,90		
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	1 306 808,73	-2 425,93	-4 232,97	-2 659,40	-2 652,12	-3 586,19	-6 279,42		
Auvergne - Rhône-Alpes	1 770 817,43	-3 835,64	-5 187,63	-4 204,79	-3 250,26	-5 670,13	-7 695,62		
Bourgogne - Franche-Comté	604 207,01	-1 085,05	-1 993,71	-1 189,47	-1 249,14	-1 604,00	-2 957,59		
Bretagne	847 267,49	-1 856,01	-2 461,28	-2 034,63	-1 542,09	-2 743,69	-3 651,20		
Centre-Val de Loire	489 119,77	-1 042,04	-1 450,29	-1 142,33	-908,67	-1 540,42	-2 151,44		
Corse	62 186,25	-93,27	-223,60	-102,24	-140,10	-137,88	-331,71		
Ile-de-France	2 889 246,46	-6 341,76	-8 366,00	-6 952,11	-5 241,63	-9 374,88	-12 410,60	-18,76	29,72
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	1 146 093,24	-2 328,14	-3 471,05	-2 552,21	-2 174,75	-3 441,64	-5 149,16	-52,74	83,55
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	1 427 402,90	-3 005,18	-4 268,20	-3 294,41	-2 674,20	-4 442,49	-6 331,69		
Normandie	737 399,18	-1 414,54	-2 342,90	-1 550,68	-1 467,92	-2 091,08	-3 475,60		
Pays-de-la-Loire	779 812,38	-1 807,77	-2 165,79	-1 981,75	-1 356,96	-2 672,38	-3 212,86		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	936 340,31	-1 637,22	-3 133,94	-1 794,79	-1 963,54	-2 420,26	-4 649,07		
France métropolitaine	14 343 228,22	-29 949,48	-43 081,69	-32 831,91	-26 992,41	-44 273,61	-63 909,86	-71,50	113,27
Guadeloupe	102 595,64	-176,90	-345,88	-193,92	-216,71	-261,50	-513,10		
Guyane	28 407,62	-7,50	-137,26	-8,22	-86,00	-203,61	-203,61		
Martinique	113 793,11	-263,80	-316,04	-289,19	-198,01	-389,96	-468,83		
Océan Indien	280 971,00	-148,50	-461,11	-162,79	-288,90	-219,53	-684,04	-1 063,66	1 685,04
DOM	525 767,37	-596,69	-1 260,29	-654,12	-789,62	-882,08	-1 869,58	-1 063,66	1 685,04
Total dotations régionales	14 868 995,59	-30 546,17	-44 341,98	-33 486,03	-27 782,04	-45 155,69	-65 779,44	-1 135,16	1 798,31

Annexe IB: Montants régionaux DAF

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Mesures de reconstruction DAF SSR R	Mesures de reconstruction DAF PSY R	Indemnité particulière d'exercice Mayotte DAF MCO R	Majoration de la rémunération des fonctionnaires Mayotte DAF MCO R	Pacte de responsabilité DAF SSR R	Pacte de responsabilité DAF PSY R	Plan addictions DAF PSY NR	Action de coopération internationale DAF PSY NR	Aide médicale en milieu périlleux DAF MCO NR
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	12 554,02	11 506,74			-849,14	-36,83			
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	9 893,81	12 837,23			-493,61	-236,74		32,00	
Auvergne - Rhône-Alpes	15 650,91	15 765,13			-893,60	-973,09		16,00	
Bourgogne - Franche-Comté	4 431,29	6 053,57			-103,26	-250,25			
Bretagne	7 563,45	7 466,76			-521,74	-334,00			
Centre-Val de Loire	4 255,39	4 411,56			-197,50	-5,13			
Corse	379,35	675,77							
Ile-de-France	25 885,39	25 440,74			-1 279,12	-611,16	30,00		
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	9 493,05	10 532,25			-504,45	-529,26			
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	12 273,13	12 982,31			-762,07	-95,32			
Normandie	5 779,05	7 121,48			-301,98	-197,69			
Pays-de-la-Loire	7 378,32	6 590,33			-476,15	-63,49			
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6 689,53	9 518,00			-524,39	-226,25			
France métropolitaine	122 226,70	130 901,88			-6 907,00	-3 559,20	30,00	48,00	
Guadeloupe	722,78	1 050,32							
Guyane	33,62	418,85							
Martinique	1 076,39	961,27							
Océan Indien	622,12	1 419,14	900,00	3 927,31	-37,89				238,26
DOM	2 454,91	3 849,59	900,00	3 927,31	-37,89				238,26
Total dotations régionales	124 681,61	134 751,47	900,00	3 927,31	-6 944,88	-3 559,20	30,00	48,00	238,26

Annexe IB: Montants régionaux DAF

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Offre de soins Mayotte DAF MCO R	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (ex-UCSA) DAF PSY R	Détenus offre graduée santé mentale DAF PSY R	Unités hospitalières spécialement aménagement DAF PSY R	Débasage SI DAF SSR R	Débasage SI DAF PSY R	Emprunts structurés DAF PSY NR	Hôpital numérique DAF PSY NR	Molécules onéreuses DAF SSR R
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine				3 422,13		-5,77			-2 254,52
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes		263,03				-1,85		320,80	-1 777,51
Auvergne - Rhône-Alpes		-63,33				-20,64			-2 810,43
Bourgogne - Franche-Comté							133,50		-795,03
Bretagne					-0,90				-1 359,92
Centre-Val de Loire			187,33		-18,06				-763,51
Corse									-68,34
Ile-de-France		68,40	316,00		-38,32	-26,99		168,80	-4 646,70
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées									-1 705,86
Nord-Pas-de-Calais - Picardie		171,50			-20,99				-2 201,94
Normandie					-2,75				-1 036,45
Pays-de-la-Loire					-26,72				-1 324,58
Provence-Alpes-Côte d'Azur		15,84	158,00		-10,81	-1,15			-1 199,61
France métropolitaine		455,44	661,33	3 422,13	-118,55	-56,41	133,50	489,60	-21 944,41
Guadeloupe									-129,62
Guyane									-5,49
Martinique		101,34			-6,14				-193,29
Océan Indien	5 400,00						266,50		-108,81
DOM	5 400,00	101,34			-6,14		266,50		-437,20
Total dotations régionales	5 400,00	556,78	661,33	3 422,13	-124,69	-56,41	400,00	489,60	-22 381,61

Annexe IB: Montants régionaux DAF

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Molécules onéreuses DAF SSR NR	Part modulable DAF PSY NR	Projets de recherche DAF PSY NR	Soutien aux établissements en difficulté DAF PSY NR	Mesures ponctuelles DAF SSR (R)	Mesures ponctuelles DAF PSY (R)	Mesures ponctuelles DAF SSR (NR)	Total Mesures Nouvelles	Délégations régionales
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	884,24							-969,12	1 345 557,95
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	563,14	1 531,90						4 255,27	1 311 064,00
Auvergne - Rhône-Alpes	1 482,68	1 119,52	125,04					-119,51	1 770 697,92
Bourgogne - Franche-Comté	157,80							-515,57	603 691,44
Bretagne	1 424,71							-67,69	847 199,80
Centre-Val de Loire	171,41							-175,63	488 944,14
Corse								-42,01	62 144,24
Ile-de-France	6 838,82							3 469,83	2 892 716,28
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	455,94							-1 344,48	1 144 748,76
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	732,04							-937,52	1 426 465,39
Normandie	357,75						123,80	-499,51	736 899,67
Pays-de-la-Loire	1 644,29				1,35	-60,36	2,87	468,33	780 280,72
Provence-Alpes-Côte d'Azur	161,78							-1 017,86	935 322,45
France métropolitaine	14 874,61	2 651,42	125,04		1,35	-60,36	126,67	2 504,54	14 345 732,76
Guadeloupe	2,60			19 000,00				18 938,07	121 533,72
Guyane				4 000,00				3 993,32	32 400,95
Martinique	51,51			38 000,00				38 065,25	151 858,36
Océan Indien	71,28							11 354,43	292 325,42
DOM	125,39			61 000,00				72 351,07	598 118,44
Total dotations régionales	15 000,00	2 651,42	125,04	61 000,00	1,35	-60,36	126,67	74 855,61	14 943 851,20

Annexe IC: Montants régionaux MIGAC SSR

MIGAC SSR

Les montants sont en milliers d'euros

Région	MIG réinsertion professionnelle MIG V 02 JPE	Scolarisation des enfants MIG V 01 JPE	Consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post AVC MIG V 03 JPE	Total mesures nouvelles	Délégations régionales
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	553,90	345,32	174,24	1 073,46	1 073,46
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	448,96	595,20	246,76	1 290,92	1 290,92
Auvergne - Rhône-Alpes	611,51	825,92	200,12	1 637,55	1 637,55
Bourgogne - Franche-Comté	249,59	138,20	107,84	495,63	495,63
Bretagne	817,20	463,76	116,80	1 397,76	1 397,76
Centre-Val de Loire	124,79	56,28	73,44	254,51	254,51
Corse			9,28	9,28	9,28
Ile-de-France	746,83	1 204,20	346,82	2 297,85	2 297,85
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	499,18	844,12	237,88	1 581,18	1 581,18
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	713,21	483,52	202,70	1 399,43	1 399,43
Normandie	270,65	251,20	125,24	647,09	647,09
Pays-de-la-Loire	315,45	218,88	112,92	647,25	647,25
Provence-Alpes-Côte d'Azur	376,65	662,20	218,56	1 257,41	1 257,41
France métropolitaine	5 727,93	6 088,80	2 172,60	13 989,33	13 989,33
Guadeloupe			10,94	10,94	10,94
Guyane			19,24	19,24	19,24
Martinique		57,34	9,26	66,60	66,60
Océan Indien		130,14	37,96	168,10	168,10
DOM		187,48	77,40	264,88	264,88
Total dotations régionales	5 727,93	6 276,28	2 250,00	14 254,21	14 254,21

Les montants sont en milliers d'euros

USLD

Région	Bases 2016	Convergence 2016 USLD R	Convergence 2016 USLD R	Convergence 2015 USLD R	Economies non ciblées USLD R	Mesures de reconstruction USLD R	Emprunts structurés USLD NR	Mesure ponctuelle USLD R	Total mesures nouvelles	Délégations régionales
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	89 338,50	-610,511	610,51	839,15	-665,37	684,78			858,55	90 197,05
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	103 527,90	-400,45	400,45	341,70	-771,05	793,54			364,18	103 892,08
Auvergne - Rhône-Alpes	123 314,80	-641,34	641,34	143,30	-918,42	945,20			170,08	123 484,88
Bourgogne - Franche-Comté	42 335,96	-144,51	144,51	113,16	-315,31	324,50			122,35	42 458,32
Bretagne	48 548,59	-179,90	179,90	226,77	-361,58	372,12			237,32	48 785,91
Centre-Val de Loire	40 005,53	-289,71	289,71	132,60	-297,95	306,64			141,29	40 146,83
Corse	5 181,76	-38,24	38,24	85,88	-38,59	39,72			87,01	5 268,77
Ile-de-France	182 784,10	-614,78	614,78	1 007,02	-1 361,33	1 401,03	1 250,00		2 296,72	185 080,82
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	96 758,49	-198,81	198,81	158,87	-720,63	741,65			179,89	96 938,38
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	89 988,10	-554,45	554,45	221,41	-670,21	689,76			240,96	90 229,05
Normandie	48 708,20	-46,21	46,21	39,72	-362,77	373,35			50,30	48 758,50
Pays-de-la-Loire	52 713,33	-141,70	141,70	141,95	-392,60	404,05			153,40	52 866,73
Provence-Alpes-Côte d'Azur	53 366,59	-256,38	256,38	82,29	-397,46	409,05		50,00	143,88	53 510,46
France métropolitaine	976 571,86	-4 117,00	4 117,00	3 533,81	-7 273,27	7 485,38	1 250,00	50,00	5 045,93	981 617,78
Guadeloupe	8 519,05				-63,45	65,30			1,85	8 520,90
Guyane	923,73	-55,51	55,51	56,39	-6,88	7,08			56,59	980,32
Martinique	5 729,39	-51,16	51,16	24,68	-42,67	43,92			25,93	5 755,32
Océan Indien	3 846,76				-28,65	29,49			0,84	3 847,59
DOM	19 018,92	-106,68	106,68	81,08	-141,65	145,78			85,21	19 104,12
Total dotations régionales	995 590,77	-4 223,68	4 223,68	3 614,89	-7 414,92	7 631,16	1 250,00	50,00	5 131,13	1 000 721,91

Annexe II : Mesures de reconduction et mesures relatives aux ressources humaines

Cette annexe donne des éléments de cadrage concernant les principales délégations relatives aux mesures de reconduction et aux ressources humaines. A ce titre, **341M€** sont versés au total dont 67M€ en MIGAC, 266M€ en DAF et 7,6M€ en dotation de soins USLD. Veuillez noter que les montants reportés ci-dessous agrègent les délégations MIGAC/ODAM. Vous trouverez la répartition par enveloppes dans l'annexe I de la présente circulaire.

I) Les mesures de reconduction

Au titre des « mesures de reconduction », **312M€** de dotations MIGAC/ODAM sont alloués en crédits reconductibles. Ces mesures de reconduction intègrent la prise en compte de la hausse des charges relatives à l'inflation et des mesures salariales à portée générale et de mesures catégorielles dont notamment la prise en compte du glissement vieillesse technicité, de l'augmentation du SMIC sur les bas salaires, de l'augmentation du taux CNRACL, de la réforme des retraites, de l'évolution de la garantie individuelle du pouvoir d'achat (GIPA), de la poursuite du protocole LMD, de la création d'un grade d'avancement pour les agents des services hospitaliers qualifiés, la mise en œuvre du dispositif « parcours professionnels carrières rémunérations » (PPCR) ainsi que l'indemnité d'engagement de service public des assistants des hôpitaux. Les mesures de reconduction intègrent par ailleurs des crédits au titre du développement d'activité en DAF SSR et en DAF PSY.

Focus spécifique sur les mesures de reconduction relatives aux ressources humaines :

a) Poursuite de la mise en œuvre du protocole d'accord (impact statutaire du LMD) du 2 février 2010.

20,3 M€ de dotations en MIGAC/DAF/USLD sont déléguées pour financer l'effet report (6/12^{ème}) du dernier relèvement indiciaire appliqué le 1^{er} juillet 2015 au corps des infirmiers en soins généraux et infirmiers spécialisés (*mesure inscrite dans le décret n°2010-1143 du 29 septembre 2010*) et au corps des cadres de santé paramédicaux (*mesure inscrite dans le décret n° 2012-1467 du 26 décembre 2012*).

2,3 M€ de dotations en MIGAC/DAF/USLD sont alloués pour compléter les dotations déjà versées en 2013 et 2014 au titre de l'intégration progressive en catégorie A de certains corps de personnels de rééducation et du corps des manipulateurs en électroradiologie.

b) Réforme statutaire du corps des directeurs des soins :

0,2 M€ de dotations en DAF/USLD sont versées pour financer l'effet report (6/12^{ème}) de la mesure mise en œuvre au 1^{er} juillet 2015 au titre du dernier relèvement indiciaire prévu dans les textes s'appliquant aux directeurs des soins (*décret n°2014-9 et arrêté d'application du 7 janvier 2014*).

c) Deuxième tranche de financement du taux de promotion créé pour les agents des services hospitaliers qualifiés :

0,9 M€ de dotations en MIGAC/DAF/USLD sont attribuées pour financer l'accès contingenté au 2^{ème} grade de la catégorie C instauré par le *décret n° 2014-1614 du 24 décembre 2014*.

d) Mesure nouvelle pour la mise en œuvre du dispositif « Parcours professionnels carrières rémunérations » (PPCR).

15,3 M€ de dotations en MIGAC/DAF/USLD sont versés pour mettre en œuvre la première phase du dispositif correspondant au rééquilibrage entre la rémunération indemnitaire et la rémunération indiciaire pour les corps de la catégorie B ainsi que pour les corps paramédicaux et socio-éducatifs de la catégorie A de la fonction publique hospitalière (textes à publier avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2016).

e) IESPE des assistants des hôpitaux

L'indemnité d'engagement de service public est étendue, depuis le 1^{er} avril 2015, aux assistants des hôpitaux qui s'engagent à exercer leurs fonctions à temps plein en établissement public de santé ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Elle a remplacé la prime d'engagement et fait l'objet d'une montée en charge progressive à hauteur de 50 % de son montant depuis le 1^{er} avril 2015, de 65 % de son montant depuis le 1^{er} novembre 2015, de 80 % de son montant à compter du 1^{er} novembre 2016 et de 100 % de son montant à compter du 1^{er} novembre 2017 conformément aux dispositions prévues dans le décret n°2015-321 du 20 mars 2015 portant attribution de l'indemnité d'engagement de service public exclusif aux assistants des hôpitaux à temps plein et de la prime d'engagement aux assistants associés.

Les crédits délégués en reconductible par la présente circulaire à hauteur de 0,58M€ en MIGAC et de 1,57M€ en DAF couvrent la mise en œuvre de la 2^{ème} tranche de financement, soit 80% de son coût à partir du 1^{er} novembre 2016. Les compléments correspondant au reste de la montée en charge seront versés en campagne 2017 et 2018. L'enveloppe a été répartie en tenant compte des effectifs régionaux d'assistants.

II) Les autres mesures relatives aux ressources humaines

Les assistants spécialistes post-internat et postes partagés

La dotation 2016 versée par la présente circulaire à hauteur de **24,1M€** en AC non reconductible est dédiée au financement des postes d'assistants spécialistes post internat et postes partagés financés par les ARS. Les montants alloués par la présente circulaire seront ajustés en fin de campagne selon les résultats de l'enquête dédiée qui vous sera transmise prochainement.

Mesures spécifiques Mayotte

a) Majoration de traitement pour les personnels non médicaux du centre hospitalier de Mayotte

3,9M€ de dotation en DAF sont alloués pour le financement de la 4^{ème} et avant-dernière étape de mise en œuvre progressive de la majoration de traitement instaurée au bénéfice des fonctionnaires hospitaliers en service dans le département de Mayotte par *le décret n° 2013-964 du 28 octobre 2013* (10% supplémentaires en 2016).

b) Indemnité particulière d'exercice pour les praticiens hospitaliers du centre hospitalier de Mayotte

L'indemnité particulière d'exercice est mise en œuvre pour les praticiens hospitaliers afin d'améliorer leurs conditions d'exercice et de vie et de répondre aux difficultés de recrutement

en fidélisant les praticiens titulaires qui s'engagent à exercer pour une durée minimum de quatre années. Cette mesure permet d'accroître la qualité des soins offerts aux patients. L'indemnité est calculée en tenant compte des émoluments mensuels de base des praticiens. Son montant est égal à seize mensualités. Elle est versée durant la période d'engagement de quatre années et elle est payée en quatre fractions annuelles égales.

Ce dispositif a été mis en place réglementairement par le décret n° 2014-1024 du 8 septembre 2014 portant création d'une indemnité particulière d'exercice pour les praticiens hospitaliers à temps plein et les praticiens des hôpitaux à temps partiel des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques dans le Département de Mayotte.

La présente circulaire délègue **0,9 M€** en DAF reconductible.

Pour 2016, la mise en œuvre des plans et mesures de santé publique se poursuit avec un montant total délégué par cette circulaire de **714M€** dont 703,4M€ en MIGAC et 10,4M€ en ODAM. Cette annexe présente les principales délégations proposées à ce titre.

I. Les plans de santé publique

1. Plan cancer

Expérimentation des infirmiers de coordination en cancérologie – équipes hospitalières

La deuxième phase d'expérimentation d'un parcours de soins coordonné en cancérologie, donnant lieu au financement de postes d'infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC), se poursuit en 2016, conformément aux objectifs fixés par l'instruction DGOS du 24 juillet 2014. Ces postes, créés au bénéfice des parcours complexes, sont plus particulièrement affectés à la coordination ville-hôpital et à l'accompagnement des évolutions thérapeutiques actuelles (chimiothérapie orale et éducation thérapeutique notamment).

La présente mesure permet de financer, au sein de 11 régions, les 35 équipes hospitalières retenues pour cette deuxième phase d'expérimentation, pour un montant annuel total de 2,45M€ (chaque équipe hospitalière se voyant allouer un montant de 0,07M€), comme en 2015.

Pour rappel, afin de financer l'extension de cette expérimentation au secteur de ville, un montant de 0,7M€, dédié au financement des 10 équipes issues du 1er recours qui ont été retenues dans 9 régions, est également alloué par le biais du FIR (comme en 2015). Un total de 3,15M€ est ainsi consacré en 2016 à la mise en œuvre de l'expérimentation.

Ces crédits peuvent être renouvelés annuellement, pour une durée maximale de 2 ans, sous réserve que les équipes répondent aux objectifs d'activité et de qualité des prestations définis par le cahier des charges.

Extension de l'accompagnement à la structuration des prises en charge des adolescents et jeunes adultes (AJA) en cancérologie

Pour la mise en œuvre de l'action 2.13 du Plan Cancer III (« Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social »), une délégation est allouée pour l'année 2016 aux régions suivantes :

- Alsace – Champagne-Ardenne – Lorraine (130 000 €)
- Bourgogne – Franche-Comté (65 000 €)
- Bretagne (65 000 €)
- Centre-Val de Loire (65 000 €)
- Corse (8 000 €)
- Guadeloupe (8 000 €)
- Guyane (5 000 €)
- Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées (130 000 €)
- Martinique (8 000 €)
- Normandie (65 000 €)
- Océan Indien (21 000 €)
- Provence-Alpes-Côte d'Azur (130 000 €)

Ce financement, d'un total de 0,7M€, vise à permettre une extension des dispositifs d'accompagnement pour les AJA atteints de cancer aux territoires actuellement non ciblés par ces organisations dédiées, afin de mieux couvrir l'ensemble des besoins spécifiques de ces populations (initialement 8 projets expérimentaux avaient été accompagnés au sein de 5 régions).

Les ARS concernées devront, dans les mois à venir, conduire la démarche de structuration de la prise en charge des AJA atteints de cancer au niveau de leur région et identifier, au regard de leur offre locale, les établissements de santé et équipes à impliquer dans ces projets.

Une instruction nationale sur l'organisation de la prise en charge des AJA atteints de cancer à mettre en place sera prochainement publiée pour accompagner les ARS dans le déploiement de ces dispositifs.

Soutien au renforcement des consultations d'oncogénétique

La présente circulaire alloue un montant total de 0,86M€ en MIG, afin d'accompagner en 2016 les établissements de santé dans la progression des consultations d'oncogénétique. Un soutien équivalent avait été déployé à la fin de l'année 2015.

Cette mesure de soutien aux établissements de santé pour renforcer les équipes de consultation d'oncogénétique répond à une orientation forte du Plan Cancer III (2014-2019) en faveur de l'augmentation de cette activité.

Elle prend en compte l'arrivée en 2015 de la première thérapie ciblée s'adressant à des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire et porteuses d'une mutation BRCA, ainsi que les dernières recommandations de la HAS concernant le dépistage des femmes à haut risque de cancer du sein, qui préconisent un élargissement des critères d'orientation vers une consultation d'oncogénétique.

La répartition interrégionale de ces crédits tient compte de la taille du bassin de population à prendre en charge, et donc du nombre potentiel de nouveaux patients à voir en consultation, ainsi que des soutiens antérieurs octroyés aux structures dans ce cadre.

Création d'une MIG primo-prescription de chimiothérapie orale

Dans la continuité des travaux conduits par le groupe de travail « chimiothérapie orale » mis en place dans le cadre du COPIL CANCER, il est créé en 2016 une nouvelle mission d'intérêt général « primo-prescription de chimiothérapie orale ». Cette MIG répond au besoin d'anticiper les évolutions dans l'organisation de l'offre de soins en cancérologie et d'adapter les organisations et financements existants en matière de chimiothérapie, de façon à mieux prendre compte la notion de parcours de soins et les impératifs de qualité et de sécurité des soins, avec des enjeux liés aux traitements (sécurisation du circuit du médicament, essor des nouvelles thérapeutiques), ainsi qu'aux organisations (impact sur les modalités de prise en charge hospitalière). La MIG doit permettre de couvrir les surcoûts associés à ces consultations (temps et ressources humaines supplémentaires), afin d'accompagner leur développement.

Il n'existe à ce jour aucune donnée nationale permettant de mesurer le nombre de consultations de primo-prescription et leur durée. Un recueil d'activité est donc mis en place en 2016 via FICHSUP. Il sera complété par une enquête flash conduite dans le courant de l'année.

La répartition des crédits entre régions se fondera sur les résultats de ce recueil. Pour l'année 2016, la délégation de crédits ne pourra donc intervenir qu'en dernière circulaire, une fois connues les données du recueil. La répartition entre établissements sera effectuée au prorata du nombre de consultations de primo-prescription de chimiothérapie orale codées dans l'année par le biais du recueil.

Soutien à la radiophysique médicale :

Un financement de **4,12M€** est délégué en JPE pour les stagiaires radiophysiciens, inscrits en formation au Diplôme de Qualification en Physique Radiologique et Médicale (DQPRM). Il vise à valoriser les établissements accueillants des stagiaires pour le temps dédié à l'encadrement et permet le versement d'indemnités de stage pour chacun des étudiants en formation. Pour mémoire, en 2014, la durée de la formation a été portée à 2 ans et 4 mois pour s'approcher des standards européens de formation des experts en physique médicale, prolongeant ainsi la durée des stages à 2 ans. Le nombre de stagiaires en 2016 s'élève donc à 80 étudiants (40 de la promotion 2014/2016 et 40 de la promotion 2015/2017).

2. Plan AVC

Mise en place de consultations d'évaluation pluri-professionnelles post AVC

Les crédits alloués par la présente circulaire constituent la deuxième tranche de financement destinée à la mise en œuvre de consultations d'évaluation pluri-professionnelle post AVC, dans le cadre de l'action 6 du plan AVC 2010-2014. Une première tranche de financement a été allouée en AC R et en DAF R en première circulaire budgétaire 2015 à hauteur de 2,8M€. Ces crédits sont débasés en 2016 pour être réalloués au sein des MIG MCO et SSR nouvellement créées cette année (cf. annexes V et VI).

Ces crédits doivent permettre de mobiliser, au sein des sites de consultations, des professionnels de santé paramédicaux et autres professionnels non médicaux ainsi qu'un temps de coordination médicale. Il s'agit d'assurer une évaluation des besoins des personnes victimes d'AVC dans l'année suivant leur accident afin de prévenir une perte d'autonomie.

En complément des 2,8M€ de crédits 2015, 3,2M€ supplémentaires sont versés à ce titre, dont 1,875M€ destinés aux sites hospitaliers porteurs d'unités neurovasculaires (MIG MCO) et 1,316M€ destinés aux soins de suite et réadaptation (MIG SSR) incluant les établissements privés identifiés dans les filières AVC.

L'objectif est d'assurer la couverture territoriale complète du dispositif selon les modalités décrites dans l'instruction DGOS du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post AVC et du suivi des AVC.

Dans ce cadre, l'indicateur de suivi par les ARS est le nombre de consultations d'évaluation pluri professionnelle assurées par établissement et par an, rapporté au nombre de patients victimes d'AVC hospitalisés par établissement et par an.

3. Plan soins palliatifs et accompagnement en fin de vie 2015-2018

Création assistants spécialistes soins palliatifs

La promotion 2015-2016 des assistants spécialistes en médecine de la douleur - médecine palliative comprend 35 postes. Le financement, en AC non reconductible, alloué par la présente circulaire à hauteur de 1,68M€ correspond aux 10 mois d'exercice en 2016 sur la base d'un coût annuel brut de 57 600 €.

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

Centre National des soins palliatifs et de la fin de vie

1,2 M€ sont délégués pour le fonctionnement courant du Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie (CNSPFV) créé par le décret du 6 janvier 2016, issu de la fusion du Centre national de ressources en soins palliatifs et de l'Observatoire national de la fin de vie.

Campagne nationale d'information relative aux directives anticipées

1 M€ de crédits non reconductibles sont délégués au Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie (CNSPFV) pour la réalisation d'une campagne nationale d'information sur les directives anticipées.

4. Plan addictions

0,03M€ sont délégués en DAF au Centre de Preuves en Psychiatrie et en Santé Mentale (CH Versailles) pour la réalisation d'un rapport sur les données de preuves en vue d'améliorer le parcours de santé des personnes présentant une conduite addictive.

La réalisation de ce rapport contribue à la réalisation de l'action n°35 du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

5. Plan maladie neuro-dégénérative (PMND)

Centres experts Parkinson

La mesure 10 du plan maladies neuro-dégénératives (PMND) 2014-2019 prévoit de poursuivre et amplifier la dynamique engagée autour des centres experts Parkinson à vocation régionale et des centres interrégionaux de coordination pour la prise en charge de la maladie de Parkinson et des syndromes parkinsoniens, dans un objectif de parcours de soins et de continuité de prise en charge.

Dans cet objectif, les montants des crédits MIGAC alloués à ces centres sont reconduits pour un total de 2,57M€ pour les 24 centres experts et 0,68M€ pour les 7 centres interrégionaux.

Centres mémoire de ressources et de recherche

Les crédits MIG de chacun des centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R) existants sont reconduits à l'identique de l'année 2015 soit un total de 12,1M€. L'activité de ces centres, labellisés en 2007 par les ARS dans le cadre du plan Alzheimer 2004-2007 et qui ont notamment pour vocation de compléter le dispositif des consultations mémoire, revêt un caractère de première importance.

En effet, les CM2R sont concernés par plusieurs mesures du plan maladies neuro-dégénératives (PMND) 2014-2019, dont en particulier la mesure 9 qui prévoit de conforter les activités de ces centres et la mesure 16 qui vise à pérenniser et améliorer la banque de données Alzheimer (BNA) alimentée notamment par les CM2R.

SI Parkinson

Le plan maladies neuro-dégénératives (PMND) 2014-2019 prévoit, dans le cadre de sa mesure 10, de créer une base de données « Parkinson » permettant d'une part, d'améliorer la connaissance épidémiologique des équipes ainsi que la menée d'activités de recherche et, d'autre part, de faciliter le pilotage des politiques publiques par les ARS et le ministère de la santé.

Dans ce cadre, la présente circulaire délègue 0,1M€ en crédits AC reconductibles au CHU de Toulouse en sa qualité de coordonnateur du réseau de recherche qui comprend 24 centres d'expertise.

Par ailleurs, 0,1M€ de crédits FMESPP sont également délégués au CHU de Toulouse dans le cadre de la création du système d'information Parkinson.

II. Les mesures de santé publique

1. Activités de soins dispensées à des populations spécifiques :

Les soins aux personnes détenues

- Offre de soins aux personnes détenues – Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (MIG)

1,67M€ sont délégués en MIG pour le financement des extensions de capacité des unités sanitaires des centres pénitentiaires de Beauvais et d'Aix Luynes, des maisons d'arrêt de Ducos, Valence, et Riom.

Ces dotations MIG contribuent, en sus de la T2A, à financer l'ensemble des consultations somatiques de médecine générale et de spécialités, dont les consultations dentaires, et les prestations pouvant découler de celles-ci.

- Offre de soins aux personnes détenues – Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (DAF)

0,56M€ sont délégués en DAF pour le financement des extensions de capacité des unités sanitaires des centres pénitentiaires de Beauvais et d'Aix Luynes, des maisons d'arrêt de Ducos, Valence, et Riom.

Ces dotations DAF sont destinées à financer l'ensemble des activités ambulatoires en psychiatrie.

- Offre de soins aux personnes détenues – Financement de chambres sécurisées (MIG)

0,1M€ sont délégués pour le financement d'une chambre sécurisée au centre hospitalier de Sarreguemines (Maison d'arrêt de Sarreguemines) et d'une chambre sécurisée au centre hospitalier de Villeneuve sur Lot (Centre de détention d'Eysses). Les chambres sécurisées sont dédiées à l'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues, en urgence ou pour une durée prévisible inférieure à 48h. La conformité au cahier des charges annexé à la circulaire du 13 Mars 2006 relative à l'aménagement ou la création de chambres sécurisées a été établie.

- Offre de soins aux personnes détenues - Offre graduée de soins en santé mentale (DAF)

0,66M€ sont délégués pour le développement de l'offre graduée de soins en psychiatrie. Ces crédits sont destinés, d'une part, au développement de l'activité de groupe dans les unités sanitaires de l'établissement pénitentiaire pour mineurs de Porcheville et des maisons d'arrêt de Blois, des Baumettes et de Fleury-Mérogis et, d'autre part, à l'extension en année pleine de la création d'une prise en charge en hôpital de jour au centre pénitentiaire d'Orléans Saran.

- **Offre de soins aux personnes détenues – Unités hospitalières spécialement aménagées (DAF)**

3,4M€ sont délégués au centre hospitalier de Cadillac dans le cadre du déploiement du programme UHSA. Ces crédits couvrent le fonctionnement de cette unité dont la vocation est d'accueillir les détenus en hospitalisation complète en psychiatrie. L'ouverture de cette unité est prévue au 1^{er} Juin 2016 (deux mois de fonctionnement supplémentaires préalables à l'ouverture sont financés).

Unités d'accueil et de soins des patients sourds

1,07M€ sont alloués par la présente circulaire pour la création des unités d'accueil et de soins des patients sourds aux Hospices civils de Lyon, CHU de Limoges, CH d'Annecy et CH de Chambéry et pour l'unité du CHU de Poitiers.

La mission de ces unités consiste à offrir aux personnes sourdes, devenues sourdes et malentendantes un accueil adapté à leur handicap, à leur faciliter et leur garantir un égal accès aux soins à l'instar de la population en général, à les informer et les accompagner dans leur parcours de santé.

Le calibrage de cette MIG se base sur un forfait modulé en fonction de l'activité : moins de 500 consultations (160 000€), entre 500 et 1000 consultations (320 000€) et plus de 1000 consultations (480 000€).

Obésité

La MIG obésité a pour objectif d'organiser le transport bariatrique pour que les personnes obèses aient un accès aux soins dans des conditions adaptées à leurs besoins, en situation d'urgence ou non.

Cela demande, outre un équipement spécifique des véhicules, une organisation régionale sur l'utilisation de ces véhicules spécialisés dans le cadre de la mission d'animation territoriale des centres spécialisés de l'obésité (CSO), posant les bases de nouvelles collaborations entre les CSO et les professionnels du transport sanitaire (SAMU/SMUR, SDIS, transporteurs privés, etc.). Les crédits MIG sont alloués en JPE pour chacun des 37 CSO à hauteur de 0,028M€ par CSO.

2. Aide médicale urgente :

Centres nationaux d'appels d'urgence

- **0,42M€** sont alloués en MIG JPE au titre du centre de consultation médicale maritime (CCMM). Le CCMM joue un rôle spécifique dans l'organisation de la réponse aux besoins de soins en mer. Unique en France, il assure 24h/24h un service gratuit de téléconsultations médicales destinées aux marins, ainsi qu'une offre de formations destinées aux responsables des soins à bord des navires. Un arrêté du 10 mai 1995 l'institue en tant qu'unité fonctionnelle au sein du SAMU du CHU de Toulouse. Il fait l'objet d'une convention cosignée par la DGOS, la Direction des Affaires Maritimes (DAM), l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM), le CHU de Toulouse et l'ARS Midi-Pyrénées, précisant les modalités de financement entre les parties prenantes.
- **0,50M€** sont alloués au centre national de relai – n°114 (CNR 114). Le CNR 114 est le service permettant de recevoir et d'orienter les appels d'urgence des personnes

déficiences auditives vers les services publics concernés : SAMU (15), police et gendarmerie (17), SIS (18). Un numéro d'appel téléphonique unique et gratuit, le 114, reconnu comme numéro d'urgence, assure à ses utilisateurs sur le territoire métropolitain, un accès permanent au CNR 114 et aux numéros d'urgence vers lesquels les appels sont transférés. Le principe de l'existence du CNR 114 est inscrit dans le décret du 16 avril 2008. Il a ensuite été rattaché et implanté au sein du CHU de Grenoble par arrêté du 1er février 2010. Ce service fait l'objet d'un co-financement Ministère de l'Intérieur et Ministère en charge de la Santé, proportionnellement au nombre d'appels urgents transférés à chacun des services publics concernés 15 ou 17 ou 18.

Aide médicale en milieu périlleux

En 2016, la MIG Aide Médicale en Mer est transformée en MIG Aide Médicale Urgente en Milieu Périlleux pour inclure notamment les besoins similaires en montagne.

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

Au regard des particularités des interventions en mer (longueur des interventions, aspect périlleux, besoins en équipements adaptés, organisation des ressources humaines pour ne pas mettre à mal l'activité terrestre), les SCMM et SMUR-M ont des besoins de financement particuliers. A ce titre, **2,8M€** sont alloués au global par la présente circulaire en dotations MIG JPE et DAF non reconductibles.

Une délégation complémentaire interviendra dès lors que les SMUR montagne auront été officiellement désignés.

SAMU

Les montants de la MIG SAMU alloués aux ARS en 2016 sont construits de la manière suivante :

- Finalisation de l'application des effets revenus liés à la modélisation de la MIG SAMU : en 2016, la répartition des montants de la MIG SAMU entre ARS reflète 100% des effets revenus liés à la nouvelle modélisation de cette enveloppe. Pour mémoire, ces effets revenus, qui correspondent à l'écart entre les montants de la MIG SAMU alloués par les ARS en 2013 et ceux modélisés pour 2013, ont été lissés progressivement sur 3 ans (20% des effets revenus en 2014, 40% en 2015, 40% en 2016).
- Revalorisation correspondant à la prise en compte de la hausse tendancielle de l'activité de régulation médicale : +3,5M€ au niveau national.

La MIG SAMU fait donc l'objet d'une délégation régionale directe et indicative, sans fléchage par établissement de 244,48M€ en 2016. Vous disposerez d'un outil Excel permettant de connaître précisément les calculs correspondant à l'allocation de la MIG SAMU 2016, et donnant les calculs correspondant pour chaque CRRA.

La modélisation de la MIG SAMU fera l'objet de travaux de mise à jour durant l'année 2016.

SMUR

Les évolutions du modèle de financement des structures de médecine d'urgence ont pour objectif de répondre aux grands principes suivants :

- s'assurer que tous les établissements reçoivent un financement suffisant pour répondre à la demande de soins qui leur est adressée ;
- rendre le financement plus équitable entre établissements ;
- rendre cohérentes les règles de financement et les évolutions attendues de l'organisation territoriale de l'offre de soins (équipes de territoire, articulation entre les SMU et l'offre de soins non programmés, développement des transferts infirmiers inter-hospitaliers, etc.).

En 2016, les évolutions suivantes ont été mises en œuvre, à vecteurs de financements constants :

- Recalibrage progressif du FAU et de la MIG SMUR sur la base d'une estimation du besoin de financement des établissements en fonction de l'activité Urgences-SMUR ;
- Un lissage des effets revenus sur 4 ans ;
- Amélioration du recueil des données d'activité Urgences et SMUR.

S'agissant de la méthodologie de détermination de l'enveloppe budgétaire globale allouée à chaque établissement de santé, il a été décidé d'estimer le besoin de financement des établissements à partir de leur activité Urgences-SMUR sur la base d'un référentiel de moyens valorisés. Ce référentiel repose sur une évaluation des moyens humains, médicaux, paramédicaux et autres nécessaires au regard du niveau d'activité de l'établissement. Cette modélisation sert de base au recalibrage de la MIG SMUR, qui comprend également le financement des Hélicoptères et des Evasan.

Le recalibrage de la MIG SMUR mis en œuvre en 2016 fait l'objet d'une délégation régionale directe et indicative, sans fléchage par établissement pour un montant de 765,2M€ de crédits MIG JPE. Au niveau national, la masse financière mobilisée pour constituer la JPE SMUR se décompose de la façon suivante :

- 748,8M€ correspondant à la base MIGAC 2016.
- 16,4M€ d'abondement de la MIG SMUR qui font l'objet d'une délégation intégrale dès 2016 aux ARS :
 - o 8,97M€ de mesures nouvelles correspondant aux montants nécessaires à la mise en conformité de l'équipage des hélicoptères avec la réglementation européenne de l'aviation civile ;
 - o 7,4M€ de mesures de reconduction.

Comme pour le FAU¹, les effets revenus correspondant à la nouvelle répartition des 748,8M€ sont lissés sur 4 ans et limités à 10% en 2016. Vous disposerez d'un outil Excel donnant le détail de la modélisation pour chaque établissement et permettant d'en modifier certains paramètres pour déterminer les montants alloués aux établissements. Cet outil sera diffusé prochainement. Il précisera notamment les motifs pour lesquels vous pourrez notamment envisager de diverger de la modélisation pour adapter au mieux le financement aux organisations territoriales des SMUR dans le cadre de la marge de manœuvre de la JPE indicative. Un autre outil sera mis à votre disposition vous permettant de mieux objectiver les besoins en moyens SMUR et les synergies potentielles entre SMUR et services d'urgences.

Enfin, il convient de noter que l'évolution des modalités de financement des structures de médecine d'urgences pour 2016 n'intègre pas de modification quant à la question de la facturation des transports SMUR secondaires. Par conséquent, pour 2016, les règles en

¹ Cf. Arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, publié au JO du 8 mars 2016.

vigueur sur lesquelles s'appuient les établissements pour justifier leurs pratiques de facturation, et qui sont rappelées dans l'instruction n°DGOS/R2/2015/378 du 23 décembre 2015 relative aux pratiques de facturation inter-établissements des transports SMUR secondaires, restent applicables.

3. Les mesures relatives à la périnatalité :

Les Centres de diagnostic préimplantatoire

Le diagnostic préimplantatoire (DPI) est proposé aux couples qui présentent une forte probabilité de donner naissance à un enfant atteint d'une maladie génétique d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Le recours au DPI est conditionné par une attestation d'indication fournie par le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN), article R. 2131-23 du CSP.

Le DPI consiste à réaliser un diagnostic biologique à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro. Il ne peut avoir d'autre objet que de rechercher l'affection en cause. Il se différencie du diagnostic prénatal en ce qu'il est conditionné par la pratique d'une fécondation in vitro. Il permet d'implanter dans l'utérus un embryon indemne de la maladie recherchée.

Le diagnostic préimplantatoire ne peut être réalisé, sous certaines conditions, que dans un établissement spécifiquement autorisé à cet effet par l'Agence de la biomédecine (ABM), pour une durée de 5 ans.

Afin de financer de façon homogène l'ensemble des centres, l'Agence de la biomédecine en concertation avec les professionnels du DPI a calibré, en 2010, les besoins en ressources humaines et matérielles pour une activité de l'ordre de 250 DPI par an.

Quatre centres sont actuellement autorisés à pratiquer le diagnostic préimplantatoire en France (Paris, Strasbourg, Montpellier et Nantes).

La DGOS, en collaboration avec l'Agence de la biomédecine, a sélectionné les CHU porteurs de projets en vue de la création d'un cinquième centre de diagnostic préimplantatoire. La candidature du CHU de Grenoble a été retenue. L'ouverture du nouveau centre est prévue en 2016, avec une montée en charge sur deux ans. Une dotation de 0,435M€ sera ainsi versée pour l'année 2016. Ce montant passera à 0,871M€ à partir de 2017.

Le montant total alloué en MIG auxdits centres par la présente circulaire s'élève ainsi à **4,3M€**.

Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)

Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ont pour missions de :

- favoriser l'accès à l'ensemble des activités de diagnostic prénatal et d'assurer leur mise en œuvre en constituant un pôle de compétences cliniques et biologiques au service des patients et des praticiens ;
- donner des avis et conseils, en matière de diagnostic, de thérapeutique et de pronostic
- poser l'indication de recourir au diagnostic préimplantatoire
- d'organiser des actions de formation

Le modèle de financement est construit sur plusieurs niveaux forfaitaires alloués aux centres dont les montants sont actualisés chaque année en fonction des données d'activité :

- niveau 1 : 182 700€
- niveau 2 : 225 000 €
- niveau 3 : 279 000€
- niveau 4 : 333 000€
- niveau 5 : 387 000€

Le montant délégué par la présente circulaire s'élève à **13,97M€**.

La MERRI mortalité périnatale

La MERRI mortalité périnatale permet de mieux compenser les surcoûts liés à la prise en charge des fœtus et enfants mort-nés et de financer le fonctionnement des centres sur la mort inattendue du nourrisson (MIN). D'un montant total d'environ **3,6M€**, la MERRI se compose de deux volets :

- un financement pour la prise en charge des mort-nés, selon l'organisation territoriale retenue par l'ARS ;
- un financement modélisé dédié au centre MIN de la région.

Les dotations régionales sont basées sur des indicateurs de santé publique : le nombre de mort-nés et de MIN, corrélé au nombre de naissances de la région. En l'absence de prise en charge spécialisée dans certaines régions, le financement sera attribué à une autre région qui devra réaliser la prise en charge des mort-nés dans le cadre d'une coopération interrégionale formalisée. Il est à noter que la prise en charge des frais de transport ne revient pas à la famille, mais à l'établissement

4. Les missions de collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine

Lactariums

Les lactariums ont été répartis en 7 catégories, en fonction des surcoûts constatés, variables selon le type d'activité (lactarium à usage intérieur seul ou lactarium à usage intérieur et extérieur) et le niveau de production (source de données recueil de données 2014 de l'Association Des Lactariums de France et du recueil FICHSUP de l'ATIH) :

	Production du lactarium	MIG (en €)
A	Plus de 10 000 litres/ an	560 000
B	7500 à 10 000 litres/ an	490 000
C	5000 à 7500 litres/an	425 000
D	2500 à 5000 litres/an	300 000
E	1000 à 2500 litres/ an	210 000
F	Moins de 1000 litres / an	180 000
G	Lactarium à usage intérieur seul	140 000

En termes de santé publique, l'objectif est de conforter les moyens d'une production de lait suffisante et de qualité pour couvrir les besoins des nouveau-nés dont l'état de santé requiert ce produit de santé, quel que soit leur lieu d'hospitalisation.

Les dotations des établissements sont majorées du coefficient géographique le cas échéant. Il est rappelé que les établissements doivent impérativement assurer le recueil de leurs données au sein du recueil FICHSUP de l'ATIH.

La présente circulaire alloue **7,42M€** en MIG JPE.

Surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation

L'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle» (art. L.2141-1 du code de la santé publique).

Relèvent d'un financement au titre de cette MIG, les surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, de l'AMP en contexte viral, du don de gamètes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité non couverts par les tarifs. Le financement par la MIG est attribué aux établissements de santé en fonction des autorisations détenues et de l'activité clinico-biologique réalisée.

La MIG AMP (modélisée pour la campagne budgétaire 2014) se décompose en 6 compartiments. Les montants sont calculés sur la base de l'activité de l'année N-2. A noter que l'exhaustivité et la qualité des données transmises à l'Agence de la biomédecine (registre national des FIV) est une condition d'attribution de la MIG.

Le montant total alloué en MIG s'élève à **17,66M€**.

Prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté

L'enveloppe MIG «prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté » concerne exclusivement les tissus inscrits à la LPP afin de couvrir les surcoûts liés aux prélèvements pour les banques. Elle s'élève à **1,36M€** en 2016.

La répartition de la MIG repose sur deux composantes :

- une « part structurelle » qui a pour vocation le renforcement des équipes des banques de tissus hospitalières et le développement de l'activité d'appui au prélèvement de tissus sur donneur décédé.
- une « part activité » qui vient en complément de la part structurelle pour inciter au développement du prélèvement des os massifs et des artères.

Ces deux composantes sont cumulables.

Les modalités de versement de la MIG prévoient trois sous-enveloppes de 97.765€, 77.765€, 37.765€ allouées en fonction de critères d'activité définis pour chacune des deux composantes.

Tableaux : Modalités d'attribution de la MIG «prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté » pour les banques hospitalières

Nombre total de tissus réceptionnés	Montant de la part structurelle (en €)
moins de 100 tissus	37 765
entre 100 et 999 tissus	77 765
à partir de 1000 tissus	97 765

Nombre d'os (x4) et artères réceptionnés	Montant de la part activité (en €)
moins de 100 tissus	37 765
entre 100 et 199 tissus	77 765
à partir de 200 tissus	97 765

Prélèvement de sang placentaire

Le sang placentaire est l'une des trois sources de cellules souches hématopoïétiques (CSH) utilisées en allogreffe. Il provient du sang de cordon prélevé au moment de la naissance.

Chaque banque de sang placentaire travaille au sein d'un réseau composé d'un nombre variable de maternités autorisées avec lesquelles elle a signé une convention. Ces maternités peuvent être publiques ou privées, et, dans tous les cas, assurent des prélèvements de sang de cordon conformes aux exigences du Réseau Français de Sang Placentaire piloté par l'Agence de la biomédecine. La dotation MIG consiste à rémunérer un nombre de prélèvements de sang de cordon, basé sur l'activité constatée l'année N-1 par maternité (données fournies aux ARS et à l'ABM).

La MIG permet de compenser les charges imputables à l'activité de prélèvement de sang de cordon des maternités. Le montant alloué est fonction du nombre de prélèvements réalisé en une année transmis par les maternités au RFSP et colligé par l'Agence de la biomédecine.

Sont rémunérés par la MIG les surcoûts non facturables correspondant à l'activité de prélèvement de sang de cordon : information, recueil de consentement, traçabilité, imprimés et documentation, prélèvement du sang de cordon, kit de prélèvement et petits consommables, suivi de l'état de santé de l'enfant et de la mère après la naissance, coûts de structure. Aucun paiement ne peut être demandé à la donneuse (principe de la neutralité financière pour le donneur vivant, article L.1211-4 et R. 1211-2 et s. du CSP).

Les dotations sont actualisées chaque année en fonction de l'activité de prélèvement effectuée l'année N-1 par maternité.

Le montant alloué en MIG s'élève à **1,94M€**.

5. Les missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques sanitaires exceptionnels :

Mise en œuvre des missions des établissements de référence

La MIG mise en œuvre des missions des établissements de référence reste inchangée en 2016. Relèvent d'un financement au titre de cette MIG :

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

Afin de compenser ces charges de personnels assumées par les établissements de santé de référence au sens de l'article R.3131-9 du code de la santé publique, un forfait de 0,27M€ est attribué à chacun de ces établissements (corrigé du coefficient géographique le cas

échéant). Ce forfait permet le financement d'une équipe de 3 ETP (1ETP de PH estimé à 0,11M€, 1 ETP de pharmacien estimé à 0,10M€ et 1 ETP de cadre de santé estimé à 0,06M€).

Par ailleurs, cette MIG est abondée de 0,22M€ afin de financer une mission de coordination et d'animation nationale dans le domaine de la prise en charge du risque biologique émergent (COREB, structure relevant de l'APHP) dont les modalités feront l'objet d'une convention spécifique avec l'établissement concerné. Pour l'établissement de santé de référence de la zone Ile de France, 2 ETP supplémentaires (1 ETP de PH et 1ETP de cadre de santé) sont ainsi financés.

Il convient de noter par ailleurs le financement des 2 ressources humaines pour 0,19M€ (médecin et cadre de santé) mises à la disposition du centre national civilo-militaire de formation et d'entraînement relatifs aux risques Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique (CNCMFE), basé à Aix-en-Provence.

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

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

Sont notamment visés :

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

Equipement / Montants par équipement :

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

La présente circulaire délègue 12,50M€ en MIG à ce titre. La répartition par enveloppe régionale reste inchangée par rapport à 2015, les dotations sont regroupées sur la base du territoire des nouvelles régions. La ventilation par établissements de santé n'est pas précisée à ce stade. Il sera demandé aux ARS de communiquer pour mars 2016 leur clé de répartition par établissement après stabilisation de leur programme de renouvellement, cette répartition intégrera notamment les objectifs de préparation du système de santé spécifiques à l'Eurofoot 2016.

Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)

Le dispositif de l'urgence médico-psychologique des victimes de catastrophes ou d'accidents est organisé et coordonné par l'Agence régionale de santé (ARS) et vise à disposer sur l'ensemble du territoire d'un réseau de volontaires formés et prêts à intervenir dans les situations relevant de l'urgence médico-psychologique. Certaines de ces cellules d'urgence

médico-psychologique (CUMP), dites renforcées ou régionales, sont dotées de personnels dédiés pour tout ou partie de leur activité.

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

En 2016, une CUMP supplémentaire pour le CHU de Brest, conformément au principe de financement accordé en 2015, au regard des données d'activité de l'urgence médicopsychologique, du critère populationnel et l'existence, dans ce département, de risques potentiels de catastrophe élevés.

6. Les missions de vigilance et de veille épidémiologique

CCLIN et ARLIN

Ces deux MIG, déléguées en base jusqu'à présent, sont allouées dès 2016 en JPE. L'objectif est d'assurer la juste attribution de ces deux MIG aux structures concernées, en termes de site hébergeur et en tenant compte de leurs missions actuelles et à venir.

Dans le cadre du nouveau programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins « Propias-2015 », les missions des CCLin et Arlin s'élargissent au périmètre du secteur médico-social et celui des soins de ville. Un complément de financement pour 2016 d'un montant de 0,98M€ réparti en 0,23M€ pour les 5 CCLin et 0,75M€ pour les 26 Arlin, a été acté pour répondre à ce nouveau périmètre.

La modélisation du complément de financement des CCLin et Arlin tient compte des données de santé des trois secteurs de l'offre de soins (sanitaire, médico-social, ville). Pour les Arlin des données complémentaires démographiques ont été ajoutées compte tenu de leur mission de proximité auprès des professionnels de santé.

Les registres épidémiologiques

En complément des crédits Etat délégués par l'INCA et l'InVS, un financement de 3,6 M€ est délégué en MIG afin de soutenir les registres épidémiologiques dont les registres des cancers.

Comme l'an dernier, la répartition de cette dotation a été élaborée conformément aux orientations nationales préconisées par l'INCa et l'InVS, dans le cadre des activités de recherche et de la surveillance ainsi que de l'observation notamment des cancers (le comité national des registres ayant été supprimé).

Les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle

La MIG H05 « Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle mentionnés aux articles R. 1221-32 à R. 1221-35 du code de la santé publique » a fait l'objet d'une nouvelle modélisation pour 2016 visant à adapter plus finement les ressources aux besoins, notamment des nouvelles régions.

Elle est modélisée à partir de données indirectes d'activité, collectées dans le rapport annuel d'activité de la Conférence nationale des CRH, basées sur la somme du nombre de prélèvements réalisés et du nombre de produits sanguins labiles (PSL) cédés dans la région, afin de mieux refléter l'ensemble de la charge de travail en sécurité transfusionnelle tout au long de la chaîne transfusionnelle.

Elle finance les rémunérations d'équivalents temps plein (ETP) de CRH sur la base du statut de PH, de secrétariat et de frais de déplacements.

Nombre de prélèvements + PSL cédés annuels	Nombre d'ETP CRH
≥ 500 000	2,6 à 3,0
250 000 à 500 000	1,6 à 2,0
≤250 000	0,6 à 1,0

5,36 M€ sont délégués en MIG JPE à ce titre par la présente circulaire.

Le détail des dotations régionales sera précisé par voie d'instruction spécifique.

7. Les missions d'expertise relative à certaines pathologies

Services experts hépatites virales

Les délégations concernant les services experts hépatites virales sont reconduites par rapport à l'exercice 2015. Il convient de rappeler l'importance de ces services dans la mesure où l'initialisation des nouveaux traitements contre le virus de l'hépatite C est soumise à des réunions de concertation pluridisciplinaires préalables que ces services ont majoritairement la charge d'animer.

Centres labellisés pour les infections ostéo-articulaires (CIOA)

Comme en 2015, un jour de technicien d'étude clinique par semaine (0,2 ETP) est financé dans chacun des 15 centres correspondants pour garantir la qualité de l'alimentation du système d'information mis en place en 2013.

La MIG intègre également des financements destinés à prendre en charge :

- la conduite et la gestion de projet relatives au SI des CIOA, qui sont réalisées par la direction des services numériques de l'AP-HM. L'AP-HM perçoit 35 500€ à ce titre ;
- la maîtrise d'œuvre d'un portail internet grand public dédié aux infections ostéo-articulaires et leur prise en charge. Le CHU de Brest reçoit 6 000€ à cet effet.

Le reliquat de la dotation nationale de coordination est réparti entre les 9 centres de référence. Au global **1,367M€** sont versés en MIG JPE à ce titre.

Centres d'expertise Maladies professionnelles (nouvelle modélisation)

Cette dotation, d'un montant de **7,6M€**, est allouée en JPE aux CRMP qui contribuent à l'amélioration des connaissances des pathologies générées par le milieu du travail (examen d'expertise, suivi de cohorte de patients, recherche et formation) notamment.

Suite au travail de modélisation mené en 2015, la répartition de cette enveloppe est actualisée à partir des données transmises par l'ANSES du nombre de patients validés par le Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles (RNV3P).

Pour rappel, le tableau ci-dessous présente la pondération relative des indicateurs ayant permis la ventilation des financements en 2016.

Evaluation	Pondération	Mode de calcul
Critère 1 : Activité de recours pour la prise en charge personnalisée de certains patients		
Nombre de Patients	50%	n de patients vu en consultation validée du centre
Critère 2 : Initiation, participation et coordination d'actions de recherche en Santé Travail		
Score SIGAPS	10%	Somme des scores Sigaps du centre
Equipe labellisée,	5%	Oui/ non = 1/0
Participation à l'évaluatio de recommandations	5%	Oui/ non = 1/0
Critère 3 : Participation à des actions de Santé Publique, notamment Veille Sanitaire en Santé Travail et participation à la définition de bonnes pratiques en Santé Travail		
Nombre de jours, dans des groupes de travail	20%	Nombre de journées
Critère 4 : Participation à la formation des acteurs en Santé Travail		
Accueil d''internes accueillis durant les trois dernières années	5%	Oui/ non = 1/0
Accueil de stagiaires hospitaliers (médecins ou non) accueillis durant les trois dernières années	5%	Oui/ non = 1/0

La DGOS va transmettre une trame de rapport d'activité aux établissements réalisant la mission dès le premier trimestre 2016.

Le contenu du rapport d'activité, la qualité des informations transmises et leur cohérence au regard des autres sources disponibles entreront en ligne de compte pour le dimensionnement des enveloppes MIGAC en 2017.

Les centres de soins et d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD)

Une dotation MIG est allouée en JPE aux établissements de santé disposant d'un centre de soins et d'enseignement et de recherche dentaires – (CSERD) afin de financer les surcoûts liés à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge. Les données 2015 ont été utilisées pour actualiser le calcul de la dotation.

Structures d'étude et de prise en charge de la douleur chronique (SDC)

Les structures d'étude et de prise en charge de la douleur chronique (SDC) sont des structures spécialisées de recours, hébergées en établissement de santé, dont le cahier des charges a été publié en mai 2011.

Cette MIG, qui participe au financement des prises en charge externes, a été remodelisée cette année. En effet, elle se base non plus sur le nombre de consultations externes mais sur la file active constatée en 2015.

La dotation de base (équipe standard minimale selon le guide de contractualisation MIGAC) a également été revalorisée en 2016 par l'intégration d'un taux de charges indirectes de 13,3% qui a été estimé suite à un travail d'analyse des charges indirectes mené avec les professionnels. Les effets revenus sont toutefois limités à 50%.

La dotation nationale 2016 déléguée par la présente circulaire est de 60,7M€ versés en MIG JPE.

Centres d'implantation cochléaires et du tronc cérébral

La répartition des **8,6M€** alloués en MIG a été effectuée en tenant compte de l'activité des 4 dernières années en appliquant un coefficient de pondération de 1,5 pour les enfants.

De même, a été pris en compte le respect des critères d'activité définis dans la circulaire du 3 avril 2009 et en particulier dans son annexe 2 :

- centres pour adultes (nombre prévisionnel d'implantations annuel supérieur à 20) ;
- centres pédiatriques (nombre d'implantations pédiatriques annuel supérieur à 10) ;
- centres mixtes adultes – enfants (nombre prévisionnel annuel supérieur à 20 dont au moins 10 implantations réalisées chez l'enfant).

Un lissage des effets revenus a été effectué. Pour les établissements nouvellement éligibles à cette dotation et pour ceux qui ne respectent pas les seuils d'activité, ils sont limités à 50%. Pour les autres, les effets revenus sont limités à 10%.

Centres référents pour les troubles spécifiques du langage et des apprentissages

La présente circulaire alloue un financement annuel de **9,7M€** aux Centres référents pour les troubles spécifiques du langage et des apprentissages.

Il convient de noter qu'à partir d'avril 2016, l'activité des centres référents pour les troubles du langage et des apprentissages est intégrée à l'outil de recueil d'information PIRAMIG.

Ce recueil, qui vise à mieux connaître l'activité, les ressources, ainsi que les dépenses associées à ces prises en charge, a vocation à être renseigné par l'ensemble des équipes du territoire national réalisant ce type de prise en charge, que celles-ci soient ou non à ce jour destinataires du financement que prévoit la présente mesure.

8. La prise en charge des patients en situation de précarité :

Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité

La MIG intitulée « les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité » finance les surcoûts de prise en charge de patients en situation de précarité.

Cette MIG est basée depuis sa création, en 2009, sur les données des séjours AME, CMU et CMUC transmises par la CNAMTS. La CNAMTS ayant procédé à l'actualisation des données des séjours AME, CMU et CMUC, le modèle a été actualisé avec les données 2014 pour permettre de prendre en compte les évolutions récentes du nombre de patients précaires pris en charge au sein des établissements.

L'éligibilité des établissements se base sur un seuil fixé à 10,5% de patients précaires de la patientèle.

Les montants alloués aux établissements sont répartis au prorata de leur nombre de séjours CMU, CMUC, AME (données CNAMTS). Un seuil plancher est, toutefois, fixé à 40 K€ afin de ne pas disperser les financements.

Par ailleurs, les séjours AME et CMUC constituent de bons marqueurs de précarité (cf. enquête ARS effectuée l'été 2012) mais des problèmes de fiabilité des données ont été détectés (les données de la CNAMTS sont très différentes de celles issues du PMSI).

Des travaux seront ainsi menés en 2016 notamment avec les fédérations hospitalières afin d'améliorer le modèle et éventuellement d'intégrer de nouveaux critères de précarité tels que la prise en compte dans le modèle du codage « précarité » du PMSI.

9. Autres mesures de santé publique :

Les actions de coopération internationale

Les crédits alloués au titre des actions de coopération hospitalière internationale visent à promouvoir l'expertise et le rayonnement international de nos établissements de santé et de notre savoir-faire en matière de gestion publique de l'offre de soins et de qualité médicale des prises en charge des patients, ainsi que les échanges de bonnes pratiques dans ces domaines, avec leurs partenaires étrangers.

Les partenaires de ces coopérations doivent être des établissements de santé ou des autorités responsables de l'offre de soins de pays correspondant aux priorités de la diplomatie française ou de notre stratégie nationale de santé (francophonie au sens large, pays de l'UE et de l'OCDE et pays du G20).

0,97M€ sont délégués en MIG JPE et en DAF par la présente circulaire.

Les espaces de réflexion éthique régionaux et interrégionaux (ERER/EREI) : appui territorial au développement de la réflexion éthique dans le champ sanitaire et médico-social

Les Espaces de Réflexion Ethiques Régionaux (ERER) assurent des missions de formation, de documentation, d'information, de rencontre et d'échanges interdisciplinaires. Ils constituent un observatoire des pratiques éthiques dans les domaines des sciences de la vie et de la santé, et contribuent à la promotion du débat public et au partage des connaissances dans ces domaines.

Les espaces disposent d'une dotation socle via une MIG dont le montant a été calculé à partir des informations communiquées par les agences régionales de santé. Cette dotation forfaitaire est majorée en cas d'espace interrégional.

En 2016, l'enveloppe allouée en JPE au titre de cette MIG est de **5,2M€**. Cette enveloppe représente :

- la reconduction des moyens alloués en 2015 aux Espaces Ethiques constitués avant la réforme territoriale de 2015 ;
- les moyens alloués aux deux nouveaux espaces éthiques régionaux constitués en Guadeloupe et pour l'Océan Indien (regroupant La Réunion et Mayotte) ;
- l'application du coefficient géographique aux espaces éthiques relevant des régions concernées (Ile de France, Martinique, Guadeloupe et Océan Indien).

Il existe donc à ce jour 21 espaces éthiques régionaux et 2 interrégionaux historiques (PACA-Corse et Bourgogne-Franche Comté) créés avant la réforme territoriale.

La mise en place de la réforme territoriale n'aura pas d'incidence sur les dotations MIG en 2016. Les nouvelles régions qui regroupent plusieurs ERER se verront donc allouer en 2016, la somme des dotations de chacun des espaces. Les régions concernées par ces regroupements sont Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine, Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, Auvergne-Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais-Picardie et Haute et Basse Normandie. Il s'agira pour ces régions d'organiser en 2016, une concertation avec les espaces concernés pour définir une organisation territoriale adaptée pour le développement de la réflexion éthique et d'établir des propositions pour un projet partagé sur le nouveau périmètre de la région. Ces propositions seront établies en tenant compte des possibilités de mutualisation pour certaines missions des ERER.

Les agences régionales de santé procéderont, comme en 2015, à l'évaluation des espaces de réflexion éthique au moyen de rapports d'activités modélisés et informatisés disponibles sur la plateforme PIRAMIG.

Soutien à l'offre de soins à Mayotte

5,4 M€ en DAF reconductible sont versés au centre hospitalier de Mayotte pour poursuivre le développement de l'offre de soins et financer les priorités de l'établissement. Il s'agit en particulier d'améliorer la prise en charge de la mère et de l'enfant, de structurer l'offre ambulatoire en psychiatrie et de développer les activités de médecine.

Soutien à l'activité de rétrocession de l'AGEPS des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (AC)

L'AGEPS assure actuellement la majorité de l'activité de rétrocession des ADDFMS sur l'ensemble du territoire pour les patients atteints de maladie métabolique héréditaire (MMH).

Il est observé une croissance continue de cette activité qui est liée d'une part à l'augmentation de la file active de patients (multipliée par 8 en 30 ans) et d'autre part à l'augmentation de l'offre thérapeutique.

Un besoin de financement de ressources humaines et d'outil informatique est donc nécessaire pour continuer à assurer pour l'ensemble du territoire la rétrocession des ADDFMS pour les patients atteints de MMH.

Ainsi, il est délégué un financement de **0,1M€** en AC correspondant à un équivalent temps plein pharmacien praticien hospitalier. Les crédits au titre du logiciel d'aide à la dispensation interfacé avec les logiciels actuels sont alloués en FMESPP.

Annexe IV : Financement des études médicales

Cette annexe a pour objectif de préciser les évolutions apportées au périmètre de financement de la MERRI financement des études médicales et de rappeler comment celle-ci est modélisée.

A) Le financement des internes, des étudiants et des maîtres de stage en MERRI (part variable)

Changements de périmètre apportés en 2016

Le financement de la rémunération des étudiants hospitaliers de 2^{ème} cycle des 3 filières (médecine, pharmacie et odontologie) lors de leurs stages hospitaliers est transféré des tarifs vers la dotation MERRI, pour une mise en œuvre à compter du 1^{er} octobre 2016.

Cette réforme portera à la fois sur la rémunération proprement dite ainsi que sur les indemnités de garde et de transport.

L'objectif est de rendre plus cohérentes les modalités de financement des étudiants avec le processus pédagogique ainsi que simplifier les circuits de financement et de conventionnement entre les établissements.

A partir de cette date, le financement des étudiants, quel que soit leur type de stage, relèvera donc désormais exclusivement de la MERRI.

Cette mesure constitue la principale évolution apportée aux modalités de financement des étudiants, internes et maîtres de stages en 2016.

Pour mémoire, le calcul de la compensation en MERRI est réalisé sur la base d'un coût de référence pour les stages hospitaliers des internes en dehors de leur subdivision ou inter région, les stages extra hospitaliers des étudiants et des internes, les stages à l'étranger, les années de recherche. Le financement de ces stages est dans ce cas assuré de 100% sur la base des coûts de référence.

Pour l'exercice 2016, les coûts de référence pris en compte pour le calcul de la compensation ont été revus à la hausse :

- un taux de charges employeur de 44 % de la rémunération annuelle brute est désormais appliqué pour les stages financés au coût de référence ainsi que pour les indemnités et primes (indemnité forfaitaire de transport versée aux internes effectuant des stages ambulatoires à plus de 15 km de leur CHU de rattachement ; prime de responsabilité SASPAS) ;
- la revalorisation intervenue fin 2013 de l'indemnité de sujétion des internes de 1^{ère} et 2^{ème} années est désormais intégrée dans les coûts de référence des stages.

Les crédits relatifs aux indemnités forfaitaires de transport, à la prime de responsabilité SASPAS et à la revalorisation intervenue fin 2013 de l'indemnité de sujétion des internes de 1^{ère} et 2^{ème} années (stages hospitaliers) ont également été revus afin, en particulier, de tenir compte de l'évolution du nombre d'internes en formation en 2016.

Modalités de financement en 2016 :

1. LA REMUNERATION DES ETUDIANTS :

Compte tenu de la réforme du financement de la rémunération des étudiants de 2^{ème} cycle des filières de médecine, pharmacie et odontologie mise en œuvre en 2016, l'année 2016 constituera une année de transition durant laquelle le financement sera assuré selon deux modalités :

- Du 1^{er} janvier au 30 septembre 2016, la rémunération des étudiants reste financée selon le système en vigueur, elle est réputée couverte par les tarifs durant leurs stages hospitaliers et via la MERRI lors de leurs stages extrahospitaliers.
- A compter du 1^{er} octobre 2016, la rémunération des étudiants de 2^{ème} cycle concernés sera financée selon un vecteur unique : la MERRI.

1.1 Modalités de financement en vigueur jusqu'au 30 septembre 2016 :

Lors des stages des étudiants effectués en extrahospitalier, la rémunération ainsi que les gardes de l'étudiant sont compensées, via la dotation MERRI, sur la base d'un coût de référence.

Ce coût de référence, fixé en fonction de l'année du cursus de formation, intègre un taux de charge employeur de 44% et est calculé pour une durée de stage de 6 semaines à temps plein.

Les crédits délégués concernent les stages extrahospitaliers effectués du 1^{er} octobre 2015 au 30 septembre 2016 et représentent 3,18M€.

1.2 Modalités de financement à compter du 1^{er} octobre 2016 :

Quel que soit le lieu de stage, la rémunération de l'étudiant sera financée via la MERRI sur la base d'un coût de référence tenant compte de la filière et de l'année d'étude de l'étudiant avec un taux de charge employeur de 44%.

La rémunération des gardes sera intégrée dans ce coût de référence sur la base de 25 gardes à effectuer en 3 ans.

Le paiement des gardes aux étudiants sera effectué par les CHU de rattachement sur la base du service fait attesté par les établissements de réalisation des stages.

Les crédits nécessaires au financement de l'indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants effectuant un stage à plus de 15 km de leur UFR (et de leur domicile en cas de stage à plein temps) basculeront également des tarifs vers la MERRI.

Les crédits correspondants seront délégués en dernière circulaire budgétaire 2016.

Une instruction sera publiée d'ici à la rentrée universitaire 2016/2017 afin de préciser les incidences sur le plan budgétaire et administratif de la mise en œuvre des nouvelles modalités de financement de la rémunération des étudiants de 2^{ème} cycle, s'agissant notamment des modalités de recensement et des relations entre le CHU de rattachement et les établissements dans lesquels les étudiants réalisent leurs stages.

2. LA REMUNERATION DES INTERNES :

2.1 Le financement des stages hospitaliers

2.1.1 La compensation au forfait :

Les crédits délégués visent à compenser de manière forfaitaire les émoluments versés à chaque interne en médecine, pharmacie et odontologie. Le montant du forfait varie en fonction de l'ancienneté de l'interne dans son cursus de formation et, donc, de sa participation à l'activité de soins.

Il correspond à 16 000 €/an pour un interne de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} année et à 8 000 €/an pour un interne de 4^{ème} ou 5^{ème} année.

Les crédits délégués en 2016 couvrent le semestre d'été 2016 (mai à octobre 2016) et le semestre d'hiver 2016/2017 (novembre 2016 à avril 2017).

Le montant de ces crédits est de **431,1M€**.

2.1.2 L'indemnité de sujétion des internes de 1^{ère} et 2^{ème} année :

La dotation déléguée vise à compenser le surcoût lié à la revalorisation de l'indemnité de sujétion versée aux internes de 1^{ère} et 2^{ème} années (revalorisation de 371 € à 430 € bruts par mois) lors de leurs stages hospitaliers financés au forfait uniquement.

Le montant délégué s'élève à **15,7M€**. Il s'ajoute au montant susmentionné correspondant à la compensation au forfait.

2.1.3 Financement sur la base de coûts de référence :

Pour certains types de stage, la rémunération des internes est financée sur la base de coûts de référence fixés en fonction de l'avancée de l'interne dans son cursus (cf. coûts de référence détaillés infra).

Il s'agit des stages dits « inter CHU » (hors subdivision pour les internes en médecine, ou en dehors de l'inter région pour les internes en odontologie et en pharmacie) et des stages à l'étranger.

Pour ces stages, un taux de charges employeur de 44 % de la rémunération annuelle brute est désormais appliqué. Les coûts de référence intègrent désormais la revalorisation de l'indemnité de sujétion pour les internes de 1^{ère} et 2^{ème} année.

Le financement de la rémunération est systématiquement versé à l'ARS du CHU de rattachement de l'interne effectuant un stage « inter CHU », y compris pour les stages effectués dans les DOM. Il appartient aux établissements concernés de déterminer par convention celui qui rémunère directement l'interne et les éventuels circuits de remboursement entre eux.

Les crédits délégués pour le financement de ces stages sont de **31,5M€**.

⇒ **Le montant total des crédits couvrant les stages hospitaliers s'élève à 478,3M€¹.**

¹ Ce montant a été calculé à partir des projections régionalisées du nombre d'internes de médecine, odontologie et pharmacie par promotion et après déduction de la rémunération totale moyenne, versée par ailleurs, aux internes en stages extrahospitaliers et de la rémunération totale moyenne des internes en année recherche

2.2 Le financement des stages extrahospitaliers

Les crédits délégués au titre de 2016 portent exclusivement sur l'année universitaire 2015/2016 (semestre d'hiver 2015-2016 et semestre d'été 2016) et comprennent :

2.2.1 La compensation de la rémunération des internes :

Pour tout stage effectué en extrahospitalier, dès lors qu'il est prévu dans la maquette de formation, la rémunération de l'interne est financée sur la base d'un coût de référence. Les coûts de référence (cf. coûts de référence détaillés infra) sont fixés en fonction de l'année du cursus de formation de l'interne. Ils intègrent la revalorisation de l'indemnité de sujétion pour les internes de 1^{ère} et 2^{ème} année ainsi qu'un taux de charge employeur revalorisé à 44%.

Le montant des crédits délégués en 2016 est de **126,7M€**.

2.2.2 Le financement de la prime SASPAS :

La prime de responsabilité versée aux internes de médecine générale pendant le SASPAS est de 125€ bruts par mois (hors charges). La répartition de cette enveloppe par région pour 2016 a été calculée au prorata du nombre total d'internes en SASPAS déclaré par les ARS au semestre d'hiver 2015. Le taux de charge appliqué pour le calcul de la dotation MERRI est de 44%.

Le montant des crédits délégués est de **2,4M€**.

2.2.3 Le financement de l'indemnité forfaitaire de transport :

Cette indemnité est versée aux internes effectuant des stages en ambulatoire à plus de 15 km de leur CHU de rattachement et de leur domicile. Elle est de 130€ bruts (hors charges) par mois. Un taux de charge de 44% est appliqué.

La dotation 2016 est réévaluée à hauteur de **4,8M€** afin de mieux répondre aux demandes émanant des ARS.

⇒ **Le montant total des crédits délégués au titre des stages extrahospitaliers des internes est de 133,8M€.**

2.3 Le financement des années de recherche

La dotation des années de recherche en médecine, odontologie et pharmacie est calculée selon le principe d'un financement au coût de référence fixé sur la rémunération annuelle de 34 615 €.

Elle est proportionnée, pour le semestre d'été 2016 (mai à octobre 2016) et le semestre d'hiver 2016 (novembre 2016 à avril 2017), pour le financement de 411 années de recherche prévues sur la même période.

⇒ **Le montant des crédits consacrés à l'année de recherche et délégué par la présente circulaire s'élève à 14,2M€.**

3. LES INDEMNITES DES MAITRES DE STAGE :

La compensation des indemnités versées aux praticiens agréés maîtres de stage des universités étant désormais effectuée via la MERRI, ces crédits doivent nécessairement transiter par les CHU de rattachement des internes ou des étudiants pour que ces derniers procèdent au remboursement de ces indemnités aux UFR concernées. Une convention doit donc être établie entre l'ARS, le CHU et l'université pour définir les modalités de remboursement.

3.1 le financement des indemnités pédagogiques

Les praticiens agréés maîtres de stage des universités reçoivent 600€ bruts par mois de stage et par étudiant ou interne en stage auprès d'eux. Lorsque l'étudiant ou l'interne effectue son stage auprès de plusieurs praticiens, cette indemnité est partagée entre les praticiens concernés.

Dans le cas particulier de stages effectués en dehors de la subdivision ou inter région d'affectation de l'interne, les crédits nécessaires au financement des indemnités pédagogiques destinées aux praticiens agréés maîtres de stage sont versés à l'ARS d'origine de l'interne.

⇒ **Les crédits délégués en 2016 pour financer l'ensemble de ces indemnités s'élèvent à 29,7M€.**

3.2 le financement des indemnités forfaitaires spécifiques de formation versées aux maîtres de stage des universités exerçant une activité libérale

Ces indemnités sont destinées à compenser la perte d'activité du praticien durant la période où il se forme à la maîtrise de stage.

4. LES RATTRAPAGES AU TITRE DES EXERCICES ANTERIEURS :

Les ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Ile-de-France perçoivent en 2016 une dotation complémentaire au titre des crédits Etat 2014, pour des montants respectifs de **1,25M€**, de **1,32M€**, de **0,17M€**, et de **5,52M€**.

Au total, il est délégué en 1^{ère} circulaire 2016 pour le financement de l'ensemble de ces mesures destinées aux étudiants et internes un montant de **667,9M€**.

Pour l'ensemble de ces mesures, les crédits fléchés au niveau national **pourront faire l'objet d'un rééquilibrage entre les régions**, en fin de campagne tarifaire 2016 ou en début de campagne 2017.

B) Coûts de référence pris en compte pour le financement de la formation médicale dans la MERRI (part variable) 2016

Rémunération moyenne annuelle des internes et des étudiants :

Les coûts de référence permettant de calculer la dotation MERRI pour les stages compensés à 100% sont établis sur la base des annexes VIII et IX de l'arrêté du 12 juillet 2010 fixant les éléments de rémunération brut annuels perçus par les étudiants et les internes.

Les coûts de référence sont établis par année de cursus et intègrent l'indemnité de sujétion (montant total revalorisé) pour les internes de 1^{ère} et 2^{ème} année, la prime de responsabilité pour les internes en médecine de 4^{ème} et 5^{ème} année. Un taux de charges employeur de 44% de la rémunération annuelle brute est appliqué à compter de l'exercice 2016.

Les rémunérations des internes en stages hospitaliers dits « inter CHU » (hors subdivision pour les internes en médecine, ou en dehors de l'inter région pour les internes en odontologie et en pharmacie) et les stages à l'étranger sont compensés à 100 % sur la base du coût de référence des internes de 4^{ème} année d'internat.

Les rémunérations des internes en stages extrahospitaliers en médecine, pharmacie ou odontologie prévus par les maquettes de formation sont également compensés à 100 % sur la base du coût de référence fixé en fonction du type de stage :

- Stages d'internes de MG chez le praticien : compensés à 100 % sur la base du coût de référence des internes de 2^{ème} année ;
- Stages d'internes de MG en pédiatrie et/ou gynécologie en libéral : compensés à 100 % sur la base du coût de référence de la rémunération des internes de 2^{ème} année ;
- Stages d'internes de MG en SASPAS : compensés à 100 % sur la base du coût de référence des internes de 3^{ème} année ;
- Stages d'internes autres que MG dans le cadre du semestre libre pour les 6 spécialités suivantes : dermatologie, génétique médicale, gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, médecine physique et de réadaptation, néphrologie : compensés à 100 % sur la base du coût de référence des internes de 4^{ème} année ;
- Stages extrahospitaliers hors ambulatoire d'internes de médecine du travail, de santé publique, de biologie médicale et de pharmacie (stages effectués en administration, dans les entreprises privées ...) : compensés à 100 % sur la base du coût de référence des internes de 2^{ème} année.

Tableau des coûts de référence des internes en médecine, en pharmacie et odontologie :

Année du cursus d'internat	Coût total annuel charges employeur à 44 % incluses
Année 1	31 199 €
Année 2	33 745 €
Année 3	36 502 €
Année 4	39 419 €
Année 5	42 291 €

Année de recherche en médecine, pharmacie et odontologie :

Le coût de référence de la rémunération d'un interne bénéficiant d'une année recherche est estimé à 34 615,44€ bruts annuels chargés. La compensation financière est de 100 %. Pour rappel, le montant brut annuel de la rémunération des internes effectuant une année de recherche est fixé à 24 038,50€ indépendamment de l'année du cursus de l'interne (arrêté du 12 juillet 2010).

Tableau des coûts de référence des étudiants en médecine pour les stages extra-hospitaliers :

Année du cursus du 2 ^{ème} cycle	Coût total annuel charges employeur 44 % incluses
DFASM1	2 213 €
DFASM2	4 293 €
DFASM3	4 796 €

La durée des stages de MG des étudiants est variable. Les dotations aux ARS sont calculées sur la base d'une durée moyenne de 6 semaines à temps plein.

Indemnité pédagogique versée aux praticiens agréés maîtres de stage des universités

Les praticiens agréés maîtres de stage des universités perçoivent des honoraires pédagogiques d'un montant forfaitaire de 600€ bruts par mois de stage et par étudiant encadré.

Indemnité versée aux praticiens agréés maîtres de stage des universités en activité libérale durant leur formation

Des indemnités forfaitaires spécifiques peuvent être versées aux praticiens agréés maîtres de stage des universités exerçant une activité libérale durant la formation qu'ils reçoivent sous l'égide de l'université afin de compenser la perte de ressources professionnelles.

Ces indemnités sont égales à 15 fois la valeur de la consultation de médecin généraliste (15x 23€ = 345€) par jour, dans la limite de 2 jours de formation, soit 690€ par maître de stage formé pour l'accueil des étudiants de deuxième cycle des études médicales.

Annexe V
Nomenclature des missions d'intérêt général MCO

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

CODE	Libellé de la mission	Année de création ou de transformation (hors modification de libellé)
------	-----------------------	---

Peuvent être pris en charge au titre des missions relevant du champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique et mentionnées au 1° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale, les structures, programmes, actions, actes et produits suivants :

B02	Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation	2008
C03	Le financement des activités de recours exceptionnel	2008

D	Au titre de la recherche médicale et de l'innovation
----------	---

D04	Préparation, conservation et mise à disposition des ressources biologiques	2011
D05	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique national (PHRCN)	2012
D06	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique en oncologie (PHRCK)	2012
D07	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique interrégional (PHRCI)	2012
D08	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle (PRT)	2012
D09	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en santé (PRTS)	2013
D10	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en oncologie (PRTK)	2012
D11	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)	2012
D12	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	2012
D14	Les projets de recherche entrant dans le programme de soutien aux techniques innovantes (PSTIC)	2012
D15	Les projets de recherche entrant dans le programme de soutien aux techniques innovantes en oncologie (PSTICK)	2012
D19	L'effort d'expertise des établissements de santé	2012
D20	Le soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation	2011
D21	Les programmes de recherche médico-économique (PRME)	2014
D22	Les programmes de recherche médico-économique en oncologie (PRMEK)	2014
D23	Organisation, surveillance et coordination de la recherche	2016
D24	Conception des protocoles, gestion et analyse de données	2016

D25	Investigation	2016
D26	Coordination territoriale	2016
D27	Qualité et performance de la recherche biomédicale à la promotion industrielle	2016

E	Au titre des missions d'enseignement et de formation des personnels médicaux et paramédicaux	
----------	---	--

E01	Les stages de résidents de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	2005
E02	Le financement des études médicales	2011

F	Au titre des missions de recherche, d'enseignement, de formation, d'expertise, de coordination et d'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies ainsi que des activités hautement spécialisées	
----------	---	--

F01	Les centres mémoire de ressources et de recherche	2005
F02	Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) mentionnés à l'article D. 3121-34 du code de la santé publique	2007
F03	Les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	2005
F04	Les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	2005

F05	Centres de ressources et de compétence sur l'hémophilie	2005
F06	Les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose	2005
F07	Les centres de ressources et de compétences sur la sclérose latérale amyotrophique (SLA)	2005
F08	La mortalité périnatale	2005
F09	Les centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral	2012
F10	Les centres de ressources sur les maladies professionnelles (CRMP)	2005
F11	Les services experts de lutte contre les hépatites virales	2006
F12	Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)	2007
F13	Les centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI)	2010
F14	Les centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique	2005
F15	Les centres de référence pour infections ostéo-articulaires (CIOA)	2008
F16	Les réseaux nationaux de référence pour les cancers rares de l'adulte	2015
F17	Les filières de santé pour les maladies rares	2015
F18	Les centres sclérose en plaques de ressources et de recherche (CSep2R)	2016

G	Au titre des activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou de la dispense des soins non couverts par
----------	---

	les nomenclatures ou les tarifs	
--	--	--

G01	Les laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique	2005
G02	Les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) en attente de leur agrément	2012
G03	Les actes de biologie et d'anatomocytopathologie non inscrits aux nomenclatures, à l'exception de ceux faisant l'objet d'autres financements hospitaliers	2005
G04	Les organes artificiels jusqu'à la date de leur inscription sur la liste des produits et prestations remboursables	2005
G05	Les dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	2007

Peuvent être pris en charge au titre des missions mentionnées au 2° de l'article D. 162-6 les structures, programmes et actions suivants :

H	Au titre des missions de vigilance, de veille épidémiologique, d'évaluation des pratiques et d'expertise	
----------	---	--

H01	Les observatoires régionaux et interrégionaux des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) mentionnés à l'article D. 162-16 du code de la sécurité sociale	2005
H02	Les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) mentionnés aux articles 6 et 7 de l'arrêté du 3 août 1992 modifié relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales	2005
H03	Les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) mentionnées dans l'arrêté du 17 mai 2006	2006

	relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales	
H04	Les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance mentionnés aux articles R. 5121-167 et R. 5132-99 du code de la santé publique	2008
H05	Les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés aux articles R. 1221-32 à R. 1221-35 du code de la santé publique	2005
H06	Les centres antipoison mentionnés à l'article L. 6141-4 du code de la santé publique	2005
H07	Les registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au Comité national des registres	2005
H08	Le Centre national de ressources de la douleur	2006
H09	Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie	2006
H11	Les centres de coordination des soins en cancérologie (3C)	2011
H12	Les centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson	2012

I	Au titre des missions de formation, de soutien, de coordination et d'évaluation des besoins du patient	
----------	---	--

I01	Les équipes hospitalières de liaison en addictologie (EHLSA)	2005
I02	Les équipes mobiles de gériatrie (EMG)	2005
I03	Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)	2007
I04	Les équipes de cancérologie pédiatrique	2005

I05	Les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques	2012
-----	--	------

J	Missions de collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine	
----------	--	--

J01	Les lactariums mentionnés à l'article L. 2323-1 du code de la santé publique	2005
J02	Les surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité	2012
J03	Les prélèvements de tissus lors de prélèvement multi-organes et à cœur arrêté	2007
J04	Les prélèvements de sang placentaire	2015

K	Au titre des dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci	
----------	---	--

K01	Les réseaux de télésanté, notamment la télé-médecine	2005
K02	La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de préventions et de soins et des maisons médicales mentionnées à l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale	2005
K03	Les unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	2007

L	Au titre de l'activité de dépistage anonyme et gratuit	
----------	---	--

L01	Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles	2005
-----	---	------

M	Au titre des missions de prévention et d'éducation pour la santé	
----------	---	--

M01	Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires, cardio-vasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	2006
-----	--	------

N	Au titre de la mission de conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes	
----------	---	--

N01	les espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux (ERERI)	2005
-----	--	------

O	Au titre des missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques sanitaires liés à des circonstances exceptionnelles	
----------	---	--

O01	Les actions de prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	2012
-----	---	------

O02	La mise en œuvre des missions des établissements de santé de référence mentionnés à l'article R. 3131-10 du code de la santé publique	2012
-----	---	------

O03	L'acquisition et la maintenance des moyens des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	2012
-----	---	------

P	Au titre de l'intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	
----------	--	--

P01	Les consultations mémoire	2005
-----	---------------------------	------

P02	Les consultations hospitalières d'addictologie	2005
-----	--	------

P03	L'emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévus par les plans nationaux de santé publique, à l'exception du plan cancer	2005
-----	--	------

P04	Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique	2005
-----	---	------

P05	Les consultations hospitalières de génétique	2005
-----	--	------

P06	La nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile	2005
-----	--	------

P07	Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents	2005
-----	---	------

P08	Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	2010
P09	La coordination des parcours de soins en cancérologie	2012
P10	Les centres experts de la maladie de Parkinson	2013
P11	Les consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	2016
P12	Primoprescription de chimiothérapies orales	2016

Q	Au titre de l'aide médicale urgente	
----------	--	--

Q01	Les services d'aide médicale urgente (SAMU) mentionnés à l'article L. 6112-5 du code de la santé publique	2005
Q02	Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) mentionnés à l'article R. 6123-10 du code de la santé publique	2005
Q03	Les centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques : centre de consultations médicales maritimes mentionné à l'arrêté du 10 mai 1995 relatif à la qualification du centre de consultations médicales maritimes de Toulouse comme centre de consultations et d'assistance télé-médicale maritimes dans le cadre de l'aide médicale en mer et centre national de relais mentionné à l'arrêté du 1er février 2010 désignant le CHU de Grenoble dans sa mise en œuvre du centre de réception des appels d'urgence passés par les personnes non ou malentendantes	2012
Q04	Obésité	2012
Q05	Les cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP)	2014
Q06	Aide médicale urgente en milieu périlleux	2014

Peuvent être prises en charge au titre des missions mentionnées au 3° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale les actions suivantes :

R	Au titre de la participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques	
----------	--	--

R01	La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts	2005
R02	La rémunération, les charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière ou de la gestion des crises sanitaires	2005
R03	La coordination des instances nationales de représentations des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de commission médicale d'établissements et de conférences médicales mentionnées aux articles L. 6144-1, L. 6161-2 et L. 6161-8 du code de la santé publique	2005
R04	La rémunération, les charges sociales des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale	2005
R05	Les actions de coopérations internationales en matière hospitalière dans le cadre des politiques de coopération internationale définies par les autorités de l'État	2005
R06	La participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret 97-215 du 10 mars 1997	2012

Peuvent être prises en charge au titre des missions mentionnées au 4° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale les actions suivantes:

S	Au titre de la permanence des soins	
----------	--	--

S01	<p>Peuvent être pris en charge, pour les établissements de santé chargés d'assurer la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et au titre de l'accueil, du suivi de la prise en charge des patients, quel que soit le mode d'entrée de ces patients, uniquement la nuit, pendant le week-end, à l'exception du samedi matin, et les jours fériés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour tous les établissements de santé, la rémunération ou l'indemnisation des médecins hors structures d'urgence ; - pour les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, la rémunération ou l'indemnisation des médecins exerçant dans une structure d'urgence. 	2009
-----	--	------

Peuvent être prises en charge au titre des missions mentionnées au 1° à 3° de l'article D. 162-7 du code de la sécurité sociale les structures suivantes

T	Au titre des activités de soins dispensés à des populations spécifiques
----------	--

T01	Les centres périnataux de proximité (CPP) mentionnés à l'article R. 6123-50 du code de la santé publique	2005
T02	Les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)	2005
T03	Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP ; ex UCSA)	2005
T04	Les chambres sécurisées pour détenus	2005

Peuvent être prises en charge au titre des missions mentionnées au 4° de l'article D. 162-7 du code de la sécurité sociale

U	Au titre de la prise en charge des patients en situation de précarité	
U01	Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières	2009
U02	Les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 du code de la santé publique, dont la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé	2012
U03	Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge dans les centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires	2011

Annexe VI : Soins de suite et de réadaptation (SSR)

Cette annexe a pour objet de vous présenter les mesures spécifiques portant sur le champ SSR.

La MIG « Réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptation »

Cette dotation MIG est dédiée à la mise en œuvre d'actions de réinsertion professionnelle précoce en SSR. Les crédits délégués par cette circulaire à hauteur de 5,7M€ permettent de compenser une partie des surcoûts induits par la mise en place, au sein d'établissements SSR, d'équipes pluridisciplinaires dédiées à la réinsertion professionnelle.

Pour être éligibles à la dotation MIG, les établissements doivent notamment être titulaires, en termes d'autorisation d'activité de soins, des mentions spécialisées « affections du système nerveux » et/ou « affections de l'appareil locomoteur » et être partie d'une convention cadre avec les deux fonds professionnels dédiés à l'insertion des travailleurs handicapés, l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPFH).

Ces équipes pluridisciplinaires doivent suivre plus de 100 patients par an et comporter à minima des compétences de médecin et de chargé d'insertion et/ou d'ergonome.

39 établissements sont bénéficiaires de cette MIG. Le financement est de 124,79 K€ pour une équipe de référence de 2,70 ETP.

La MIG « scolarisation des enfants hospitalisés en soins de suite et de réadaptation »

Une dotation MIG est créée en 2016 dans l'objectif de couvrir différents surcoûts à la charge des établissements de SSR pédiatrique dans le cadre de la mise en œuvre de l'instruction scolaire, obligatoire pour les enfants de plus de 6 ans.

Les établissements éligibles sont les établissements autorisés à la prise en charge des enfants de plus de 6 ans et adolescents. Ces établissements doivent en outre mettre en œuvre de façon effective la scolarisation des enfants hospitalisés. 128 établissements bénéficient de cette MIG.

D'un montant total de 6,3 M€, la dotation MIG intègre la compensation de surcoûts suivants :

- Charges de personnel non enseignant dédié à la mise en œuvre de la scolarisation ;
- Charges de transport des enfants lorsque la scolarisation est extérieure à l'établissement de SSR ;
- Charges immobilières et mobilières sur la base de l'emprise foncière et de l'amortissement des équipements scolaires lorsque les établissements disposent de locaux dédiés à la scolarisation (charges locatives valorisées à hauteur de 14€/m²/mois en considérant 35 m² pour 6 enfants et amortissement des équipements scolaires compensé à hauteur de 13 000€)

La MIG « consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) »

2,3M€ sont délégués par la présente circulaire pour la mise en œuvre de cette mesure sur le champ SSR (cf. détail de la mesure en annexe III).

Les MERRI relatives au financement de la recherche médicale

Dans un objectif de développement et de structuration de la recherche appliquée aux soins et à l'offre de soins des établissements de SSR, cinq MERRI sont identifiées dont quatre sont dédiées aux projets de recherche entrant dans les programmes suivants : programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS), programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) et programmes de recherche médico-économique (PRME) .

Une MERRI « effort d'expertise » est par ailleurs créée.

La MERRI « rémunération des internes en stage hospitalier »

La rémunération des internes effectuant leur stage 2016 au sein de services ou d'établissements de SSR est assurée par une MERRI spécifique à partir de 2016. Le montant délégué sera calibré exactement sur le même modèle que pour la MERRI MCO.

L'enquête annuelle menée par la DGOS permettra le recensement de l'ensemble des internes accueillis en SSR (accueil dans des établissements monoactivité ou mixtes) et permettra de procéder à la délégation des crédits en MERRI SSR, et d'ajuster le montant délégué par la présente circulaire en MERRI MCO en dernière circulaire budgétaire 2016.

Nomenclature des MIG SSR 2016

CODE	Libellé de la mission	Année de création ou de transformation (hors modification de libellé)
------	-----------------------	---

Peuvent être pris en charge au titre des missions relevant des soins de suite et de réadaptation et mentionnées au IV de l'article 78 de la loi du 21 décembre 2015 susvisée, les structures, programmes, actions, actes et produits suivants :

V01	Scolarisation des enfants hospitalisés en soins de suite et de réadaptation	2016
V02	Réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptation	2016
V03	Les consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	2016
V04	La rémunération des internes en stage hospitalier	2016
V05	L'effort d'expertise des établissements	2016
V06	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)	2016
V07	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)	2016
V08	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	2016
V09	Les programmes de recherche médico-économique (PRME)	2016

Le financement des molécules onéreuses en SSR

Dans l'attente de la réforme du financement des établissements de santé de SSR, qui disposera d'un compartiment molécules onéreuses ad hoc fonctionnant sur le modèle d'une liste en sus accompagnée d'un coefficient minorateur et d'un éventuel complément en fin de campagne si l'évolution des dépenses a été contenue, il est prévu en 2016 :

- de calibrer une enveloppe de 30M€ :
 - o 7,6M€ correspondant à la reconduction de l'enveloppe 2015 ;
 - o 22,4M€ en provenance des bases régionales DAF SSR 2016 ;
- d'en déléguer 50% par la présente circulaire, répartis entre les régions sur la base de FICHCOMP 2014 ;
- de déléguer le solde en dernière circulaire 2016 sur la base des remontées FICHCOMP les plus récentes.

Les unités de soins de longue durée : poursuite du dispositif de convergence

Le dispositif de convergence est poursuivi en 2016 sur la base des modalités appliquées depuis 2012 consistant à maintenir l'utilisation des PMP de référence de 2006 et la valeur du point de 2011 (13,10€). En vertu de l'arrêté du 8 décembre 2010 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire, le taux de convergence de 100% est appliqué à l'ensemble des situations de sur-dotation résiduelles sur la base des PMP 2006 (à l'exclusion des USLD apparaissant sous-dotées avec leur PMP 2011) et des dotations allouées en 2015 (hors crédits non-reconductibles et crédits alloués au titre de la création d'unités d'hébergement renforcé).

Dans l'attente des conclusions de la mission IGAS en cours sur l'évolution de cette activité, les crédits débasés au titre de la convergence 2016 sont réinjectés dans les enveloppes USLD régionales à titre reconductible. Il en est de même pour les crédits débasés au titre de la convergence 2015 et réalloués l'année dernière à titre non reconductible. Il est demandé aux ARS d'allouer ces crédits prioritairement aux établissements s'engageant dans le cadre de leur convention tripartite à augmenter leur capacité ainsi qu'aux unités apparaissant sous-dotées, dans l'objectif de renforcer leurs moyens au regard de leur vocation sanitaire (continuité médicale et paramédicale, instances qualité, etc.). Il conviendra notamment de veiller à l'adéquation entre la dotation de l'établissement et le niveau de soins médicaux et techniques des patients pris en charge. Le cas échéant, vous avez la possibilité d'utiliser une partie de ces crédits en DAF à titre non reconductible.

Annexe VIII : les investissements hospitaliers

1,2M€ de dotations AC et DAF sont versées par la présente circulaire au titre des investissements hospitaliers. Ces mesures sont exposées ci-dessous.

Hôpital numérique

Le programme Hôpital numérique prévoit l'octroi d'un soutien financier aux établissements de santé publics, privés et ESPIC éligibles, sous réserve :

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

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

Le soutien financier est versé aux établissements ayant atteint les cibles d'un ou plusieurs domaines prioritaires et dont l'atteinte (pré-requis et cibles du domaine prioritaire (indicateurs et pièces justificatives pertinentes téléchargées)) a été validée par l'ARS.

La présente circulaire alloue 4,54M€ de dotations AC et DAF non reconductibles à ce titre. Les dotations relatives aux établissements de santé privés mono activité de SSR et de psychiatrie sont versées via la première circulaire FMESPP 2016.

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

Conformément aux règles de délégations des crédits accordés aux opérations « Hôpital 2012 Systèmes d'Informations », les crédits sont mis en base sur une durée de 5 ans.

Ainsi, les crédits délégués par le niveau national aux ARS en 2011 font l'objet en 2016 d'un débasage.

Les crédits débasés s'élèvent à 4,58 M€ en AC/DAF reconductibles.

Cristal Image : Réseau d'images numérisées pour la transplantation d'organes

La présente délégation a pour objet de financer les coûts d'accompagnement pour les établissements de santé autorisés à la greffe d'organe et les établissements autorisés au prélèvement multi-organes afin que ces établissements puissent se raccorder au dispositif technique permettant la consultation et le transfert d'images de l'Agence de la biomédecine.

A ce titre, les régions Alsace - Champagne-Ardenne – Lorraine, Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, Auvergne - Rhône-Alpes, Bourgogne - Franche-Comté, Corse, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais – Picardie, Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Océan Indien, bénéficient d'un accompagnement de 1M€ en crédits AC non reconductibles.

Le déploiement de la transmission d'images pour la transplantation d'organes débutera au 4ème trimestre 2016 par les établissements de greffe thoracique (greffe cardiaque et/ou

greffe pulmonaire ou cœur-poumon), puis au 1^{er} semestre 2017 par les établissements préleveurs effectuant au moins 5 prélèvements par an, les établissements de greffe hépatique, les établissements autorisés de greffe rénale, et enfin les établissements préleveurs effectuant moins de 5 prélèvements par an.

Performance du SI de gestion, de facturation et de valorisation médico économique

Au titre de la mise en place de la facturation directe à l'Assurance maladie obligatoire de l'activité d'hospitalisation, les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale doivent fiabiliser les échanges au sein du SI des éléments concourant la facturation des prestations délivrées aux patients. Les actions à mener concernent en particulier le développement de l'urbanisation des applicatifs concernés, ainsi que la mise en œuvre de modules logiciels concourant à superviser et tracer les flux échangés, vérifier la cohérence des données communes partagées entre logiciels et améliorer les procédures d'assurance qualités appliquées à la facturation et à la valorisation, notamment par l'intermédiaire d'un module de contrôle et d'analyse des données de facturation (MOCA) pilotant le moteur de facturation DEFIS.

Cette délégation a pour objectif de fournir une aide aux établissements qui doivent mettre en œuvre la facturation directe à l'Assurance maladie obligatoire dans le cadre de l'expérimentation préalable à la généralisation.

Un montant de 0,1M€ est allouée à l'établissement expérimentateur selon les modalités suivantes :

- Un premier montant de 0,06M€ après que le premier envoi de factures B2 a été traité, et son contenu analysé, par sa Caisse de paiement unique (CPU), sur présentation du compte rendu du Groupe de coordination local (GCL) ayant formalisé l'analyse conjointe établissement – CPU ;
- Un deuxième montant de 0,04M€ après que l'ensemble de la chaîne de traitement de l'information nécessaire au fonctionnement en routine de la facturation directe aura été mis en production ; celle-ci comprend en particulier un module de contrôle et d'analyse répondant au cahier des charges disponible sur la page FIDES du site du Ministère de la santé, le moteur de facturation DEFIS, l'environnement de rétro-intégration des factures émises par DEFIS dans le logiciel de gestion administrative du patient (GAP), les mécanismes d'intégration à la GAP des accusés de réception logiques et des retours NOEMIE émis par la CPU, ainsi que de leur transmission à DEFIS et aux autres programmes concernés. La délégation se fera après que la chaîne dans son ensemble aura été recettée.

A ce titre, les régions Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur bénéficient d'un accompagnement en AC non reconductible à hauteur de 0,16M€ au total.

1. Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation

Dans le cadre de la simplification du modèle MERRI, la part modulable devient la « dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation ». La dotation de la part modulable des MERRI est abondée à hauteur de **48,81 M€** issus du reliquat de la part fixe.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du plan maladies neuro-dégénératives, **0,7M€** sont soustraits à cette dotation pour financer 7 centres d'excellence pour la recherche sur les maladies neuro-dégénératives identifiés en 2015, dans le cadre d'un appel d'offres d'AVIESAN.

La dotation socle des MERRI s'élève donc en 2016 à **1 561,4 M€** (dont **2,7 M€** convertis en DAF pour trois établissements publics de santé mentale). Cette allocation ne comprend pas le financement au titre de la part modulable du service de santé des armées (14,3 M€) qui fait l'objet d'un arrêté *ad hoc*. Elle est allouée à 114 établissements de santé ou GCS, dont 9 en bénéficient pour la première fois.

Le seuil d'accès à la dotation de la part modulable (après valorisation des indicateurs) est fixé à 250K€, ce montant constituant donc un socle minimal garanti aux établissements éligibles. Les indicateurs et leurs modalités de calcul utilisés pour la répartition de cette dotation restent inchangés depuis 2014. La répartition de la dotation se décompose ainsi :

- indicateur relatif aux publications scientifiques (pour 60 %, moyenne sur 4 ans)
- indicateur relatif à l'effort d'enseignement (pour 25 %, moyenne sur 3 ans)
- indicateur relatif à la participation aux essais cliniques (pour 5,5 %, moyenne sur 3 ans)
- indicateur relatif aux inclusions dans les centres promoteurs (pour 5,5 %, moyenne sur 3 ans)
- indicateur relatif aux inclusions dans les centres investigateurs (pour 4 %, moyenne sur 3 ans)

La prise en compte des indicateurs sous la forme d'une moyenne sur 3 ou 4 ans permet de lisser les effets revenus et de garantir aux établissements une stabilité dans le temps des ressources dont ils disposent au titre de cette dotation socle.

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

2.1 Projets de recherche

La première tranche de financement des projets de recherche sélectionnés en 2015 est déléguée au titre des programmes suivants :

- recherche translationnelle (PRT-K) ;
- recherche clinique (PHRC-K et PHRC Interrégional Grand Est, Grand Ouest, Sud Ouest Outre Mer, Sud Méditerranée et Sud Est) ;
- recherche médico-économique (PRME-K)

Les projets de recherche sélectionnés en 2014 et dans les années antérieures sont financés en fonction de leur avancement. Ils relèvent des programmes de recherche suivants :

- recherche translationnelle (PRT-S et PRT-K)
- recherche clinique (PHRC-N, PHRC-K, PHRC-I)
- recherche médico-économique (PRME, PRME-K)
- recherche sur la performance du système de soins (PREPS)
- recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)

Le total des financements délégués pour ces projets de recherche s'élève à **12,19 M€** dont **0,13 M€** sont convertis en DAF pour un EPSM. Un fichier détaillant l'ensemble des financements délégués par projet de recherche et par établissement est mis en ligne sur le site du ministère chargé de la santé : <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/article/les-missions-d-enseignement-de-recherche-de-reference-et-d-innovation-merri>

2.2 Missions d'appui à la recherche et à l'innovation

Aux fins de préciser les mandats donnés par l'Etat aux établissements de santé dans le domaine de l'appui à la recherche appliquée et à l'innovation en santé, les intitulés des MERRI historiquement dédiés à des structures ou des dispositifs hospitaliers ont été reconfigurés. Ce changement n'a pas de conséquence financière pour les établissements, en l'absence de modélisation du financement. Celle-ci se fera sur la base des rapports d'activité PIRAMIG qui seront remplis, dans le cadre d'un travail conduit en concertation avec les acteurs durant l'année 2016. L'objectif est de construire un modèle permettant de prendre en compte à la fois le dynamisme des structures et la nécessité de leur assurer des ressources pérennes notamment en déterminant une part de financement fixe et son montant.

Cinq missions sont actuellement ainsi définies :

- « Organisation, surveillance et coordination de la recherche » (D23), laquelle recoupe partiellement des missions dévolues aux délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI). Cette dotation est allouée à 49 établissements de santé ou GCS à hauteur de **56,71M€** (dont 0,8 M€ pour le CNCR). Les établissements de santé bénéficiaires sont identifiés dans le cadre du modèle de répartition de la dotation DRCI utilisé en 2015. Le montant total correspond à 80% du montant de la MIG DRCI délégué en 2015.
- « Conception des protocoles, gestion et analyse des données » (D24), laquelle regroupe les autres missions dévolues aux délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI). Cette dotation est allouée à 49 établissements de santé ou GCS à hauteur de **14,18M€** (dont 0,2 M€ pour le CNCR). Les établissements de santé bénéficiaires sont identifiés dans le cadre du modèle de répartition de la dotation DRCI utilisé en 2015. Le montant total correspond à 20% du montant de la MIG DRCI délégué en 2015.
- « Investigation » (D25), qui rassemble les missions exercées par les centres d'investigation et les centres de recherche clinique (CIC et CRC-RIC), ainsi que celles des sites de recherche intégrée en cancérologie (SIRIC). Cette dotation est allouée à 47 établissements de santé ou GCS à hauteur de **40,79 M€**. Les établissements bénéficiaires ainsi que les montants alloués correspondent aux MIG CIC CRC-RIC et SERI au titre des SIRIC de 2015.
- « Préparation, conservation et mise à disposition des ressources biologiques », mission exercée par les centres de ressources biologiques certifiés (CRB, D04), dont font aussi partie les tumorothèques développant une activité recherche certifiée. Cette dotation est allouée à 49 établissements de santé ou GCS à hauteur de **24,37M€**, établissements faisant état d'un centre certifié ou en cours de certification.

Cette allocation ne comprend pas le financement du service de santé des armées (0,08 M€) qui fait l'objet d'un arrêté *ad hoc*. Les allocations sont calculées sur la base d'un modèle combinant l'attribution d'une part fixe (100K€ pour les établissements de santé en cours de certification et 150K€ pour les certifiés), destinée à financer la qualité de la structure, et d'une part variable, fonction de cinq indicateurs d'activité (requalification, préparation, stockage, mise à disposition et conservation).

- « Coordination territoriale » (D26), soit les missions assurées par les groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI), lesquels pilotent notamment les équipes mobiles de recherche clinique en cancérologie (EMRC). Cette dotation, correspondant à la dotation des MIG GIRCI et EMRC de 2015, est allouée aux 7 établissements de santé ou GCS sièges de GIRCI à hauteur de **13,82M€**. La répartition des crédits prend en compte la réforme territoriale c'est-à-dire :
 - Inter-région Ile-de-France
 - Inter-région Nord-Ouest (Nord-Pas-de-Calais Picardie et Normandie)
 - Inter-région Grand Est (Alsace Lorraine Champagne-Ardenne et Bourgogne Franche-Comté) Inter-région Sud-Est (Rhône-Alpes Auvergne)
 - Inter-région Sud-Méditerranée (Provence Alpes Côte-d'Azur)
 - Inter-région Sud-Ouest Outre-Mer (Aquitaine Limousin Poitou-Charentes ; Languedoc Roussillon Midi Pyrénées ; Guadeloupe Guyane Martinique Océan Indien)
 - Inter-région Grand Ouest (Centre Val de Loire, Pays de la Loire et Bretagne)

2.3. Soutien à l'innovation

La dotation totale de la MERRI relative aux actes hors nomenclatures (HN) s'élève cette année à **282,98 M€**. Cette allocation ne comprend pas le financement du service de santé des armées (**2,16M€**) qui fait l'objet d'un arrêté *ad hoc*. Pour la première fois en 2015, l'activité des actes de génétique a été recensée dans FICHSUP. En conséquence, la dotation de la MERRI relative aux laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neuro-génétique est versée dans celle de la MERRI relative aux actes HN pour prendre en compte ce changement de périmètre.

Dans le cadre de cette circulaire, 75% des dotations déléguées en 2015 au titre des MERRI relatives aux actes hors nomenclatures et aux laboratoires de génétiques sont délégués aux établissements de santé.

Médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et post-ATU : les dotations correspondant à ces remboursements pour les déclarations faites sur quatre mois, entre septembre et décembre 2015, et validées par l'ensemble des ARS, sont déléguées à hauteur de **92,95M€** à 332 établissements de santé. Cette allocation ne comprend pas le financement du service de santé des armées (**0,16M€**) qui fait l'objet d'un arrêté *ad hoc*.

La dotation de la MERRI relative aux dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire est déléguée à hauteur de **3,25M€**, aux 17 établissements de santé autorisés pour ces activités par l'ANSM.

2.4 Soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation

La dotation de **2,09 M€** déléguée à ce titre se décompose ainsi :

Systèmes d'information

- **0,25 M€** au CHU de Lille pour la maintenance de SIGAPS-SIGREC ;
- **0,55 M€** à l'AP-HP pour la banque nationale de données des maladies rares (BNDMR)

Recherche

- **0,05 M€** aux HCL pour le projet de gestion dynamique des indicateurs de qualité des soins ;
- **0,18 M€** à plusieurs établissements, au titre des projets de recherche qu'ils mènent dans le cadre de ce soutien exceptionnel ;
- **0,24 M€** au CHU de Pointe-à-Pitre et **0,05 M€** au CHU de Fort-de-France pour le financement de deux projets spécifiques au virus Zika en contexte épidémique ;
- **0,05 M€** au CHU de Montpellier pour le financement d'un projet de cohorte rétrospective en cancérologie ;
- **0,70 M€** à 7 établissements au titre de leur centre d'excellence pour les maladies neuro-dégénératives ;
- **0,01 M€** au CH de Valenciennes au titre d'un rattrapage pour la qualité et la performance de la recherche biomédicale à promotion industrielle dans les établissements de santé de 2015.

3. La part variable des MERRI relatives à la référence

Les centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles (CNR) sont dotés, selon le modèle défini en 2012 pour un montant total de **12,18M€** alloués à 17 établissements de santé ou GCS (hors service de santé des armées financé à hauteur de **0,99 M€**).

Dans l'attente du lancement d'un appel à projets qui permettra en 2016 de revoir l'ensemble des labellisations et les bases des allocations budgétaires, le financement des centres de référence pour la prise en charge des maladies rares (CRMR) est revu *a minima*, sur la base des données recueillies dans le cadre de deux années successives de rapports d'activité établis dans l'outil PIRAMIG.

Les sites qui n'ont jamais été labellisés par le ministère et dont l'activité clinique et de recherche est insuffisante, ainsi que quelques sites labellisés mais ne répondant pas à la définition de la mission (services médico-techniques) ne sont plus financés. En outre, la dotation théorique de chaque site est revue en fonction d'un modèle travaillé avec les professionnels, fondé sur des critères d'activité qui définissent une part variable de financement. Une part fixe est allouée en supplément aux sites coordonnateurs.

Toutefois, pour assurer la soutenabilité budgétaire de cette réallocation de ressources, les impacts financiers négatifs par comparaison aux délégations 2015 sont contenus à 40% de leur montant. Pour les dotations supplémentaires, seules celles au titre des établissements nouvellement éligibles sont conservées, à hauteur de 1,28 M€. La dotation globale déléguée à 36 établissements de santé s'élève à **97,29 M€**. Une délégation complémentaire au titre de cette MERRI pourrait intervenir dans le courant de l'année.

La dotation des centres de ressources et de compétences sur l'hémophilie est élargie cette année à 24 établissements de santé (contre 13 en 2015), lesquels recouvrent l'ensemble des centres régionaux de traitement de l'hémophilie (CRTH), pour un total de **5,03 M€**.

Au titre de la MERRI relative aux centres de ressources et de compétences sur la sclérose latérale amyotrophique (SLA), 18 établissements de santé sont financés cette année, soit quatre établissements supplémentaires : le CHU de Rennes, pour tenir compte de la création d'un CRC SLA conformément à la recommandation du Plan maladies neuro-dégénératives ; l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille et le CHU de Nice, où se trouvaient des centres de référence dédiés à la SLA qui sont transformés en centres de ressources et de compétences afin de mieux correspondre à la réalité de la prise en charge des patients. La dotation globale de la MERRI, qui s'élève à

6,70 M€, est notamment répartie en fonction de l'activité des centres, mesurée par la file active de patients qu'ils prennent en charge.

Les dotations relatives aux centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose (CRCM) sont allouées en fonction du modèle existant, et à partir des données actualisées des files actives de patients pris en charge (chiffres 2014), pour un total de **18,49 M€** aux 30 établissements de santé figurant dans l'arrêté du 16 janvier 2014 (soit 44 CRCM).

La MERRI relative aux réseaux nationaux de référence pour les cancers rares de l'adulte, est dotée à hauteur de **6,52 M€**. Le financement est alloué à 12 établissements de santé au titre, d'une part, des 14 réseaux cliniques et 4 réseaux d'anatomopathologie labellisés en 2014 par l'INCa et, d'autre part, des 8 réseaux dits « émergents », désignés et soutenus financièrement depuis 2011.

Le financement des filières de santé pour les maladies rares est délégué à 8 établissements de santé à hauteur de **6,20 M€**. Une délégation complémentaire interviendra en cours d'année, sur la base des indicateurs de résultats recensés.

Annexe X : Economies 2016

L'ONDAM établissements de santé pour 2016 intègre un effort d'économies de 993M€ correspondant à la tranche 2016 du plan triennal ONDAM, dont **90M€** sur l'enveloppe MIGAC, **174M€** sur la DAF et **7M€** sur la dotation de soins USLD.

1. Les économies 2016 portant sur l'ensemble des dotations MIGAC/ODAM

166,9M€ d'économies sont réalisés, de manière non ciblée, sur l'ensemble des dotations MIGAC/ODAM. Elles ont été réparties entre toutes les enveloppes de financement concernées et au prorata de leur masse. Ainsi, 47,4M€ sont à réaliser en 2016 sur la dotation MIGAC, 112,1M€ sur la DAF et 7,4M€ sur la dotation de soins USLD. La ventilation interrégionale de ces économies a été effectuée au prorata des dotations régionales 2015 (hors AC investissement et aides en trésorerie) pour l'enveloppe MIGAC, et au prorata des bases régionales 2016 pour la DAF et la dotation de soins USLD.

Ces économies correspondent, conformément au plan d'économies ONDAM, au renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière. Pour cela, les établissements de santé bénéficient des **programmes PHARE et SYMPHONIE** lancés depuis plusieurs années par la DGOS qui ont pour objectif de générer des gains d'efficience pour les établissements de santé via, d'une part, l'optimisation des achats hospitaliers et, d'autre part, l'optimisation du processus de facturation et de recouvrement.

2. Les économies 2016 ciblées sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

- ✓ **20M€ en diminution de l'enveloppe nationale dévolue au soutien exceptionnel aux établissements en difficulté : axe 1 du plan d'économie - le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière**

Conformément au plan d'économie ONDAM, il est prévu que les aides exceptionnelles mobilisées dans l'ONDAM établissements de santé soient progressivement réduites, en accentuant les exigences de redressement des établissements en situation financière dégradée et en renforçant le suivi des objectifs en matière de maîtrise des effectifs rémunérés. Dans ce cadre, une économie de 20M€ de crédits AC est prévue en 2016 sur l'enveloppe nationale dédiée aux aides exceptionnelles.

- ✓ **22,5M€ au titre de l'optimisation de la dotation MIGAC - axe 1 du plan d'économie - le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière**

Dans le cadre du plan triennal, 22,5M€ d'économies spécifiques sont à réaliser en 2016 sur l'enveloppe MIGAC comme en 2015.

A cet effet, le périmètre des MIG a été analysé afin de retenir que les MIG les plus à même d'être mises à contribution.

76 MIG ont ainsi été retirées du périmètre des économies en raison soit :

- de leur caractère conjoncturel sensible (MIG liées à un contexte circonstanciel exceptionnel) ;
- de leur remboursement au coût réel (par exemple ATU) ;
- de l'état d'avancement de leurs modélisations.

Des travaux ont permis d'identifier 20 MIG impactées cette année par l'effort d'économie (cf. liste dans le tableau ci-dessous)

Au global, les 22,5M€ d'économies sont répartis de la façon suivante :

- 7,5M€ sur 8 MIG en bases régionales ;
- 15M€ sur les autres MIG venant minorer les montants délégués en 2016.

Liste des MIG impactées par les économies 2016
La nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile
Le Centre national de ressources de la douleur
Le financement des activités de recours exceptionnel
Les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares
Le soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation
Les centres antipoison mentionnés à l'article L. 6141-4 du code de la santé publique
Les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance mentionnés aux articles R. 5121-167 et R. 5132-99 du code de la santé publique
La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de préventions et de soins et des maisons médicales mentionnées à l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale
Les centres de coordination des soins en cancérologie (3C)
Les centres de ressources sur les maladies professionnelles (CRMP)
Les centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson
Les consultations hospitalières d'addictologie
Les consultations hospitalières de génétique
Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge dans les centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires
Les registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au Comité national des registres
Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) mentionnés à l'article R. 6123-10 du code de la santé publique
Les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)
Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP ; ex UCSA)
Les actions de coopérations internationales en matière hospitalière dans le cadre des politiques de coopération internationale définies par les autorités de l'État
Les espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux (ERERI)

3. Les économies 2016 ciblées sur la dotation annuelle de financement

✓ Application du plan d'économies à la psychiatrie :

Dans le cadre du plan d'économies ONDAM 2015-2017, il est prévu 30M€ pour l'exercice 2016 à ce titre (dont 27,8M€ sur les dotations DAF et 2,2M€ sur les tarifs OQN). L'effort d'économies DAF a été réparti au prorata des bases régionales DAF PSY 2016.

✓ Application du plan d'économies en SSR :

Dans le cadre du plan d'économies, il est prévu 45,6M€ (dont 33,5M€ en DAF et 12,1M€ en OQN) à ce titre. L'effort d'économies DAF a été réparti au prorata des bases régionales DAF SSR 2016.

Annexe XI : Accompagnements ou mesures ponctuelles

Cette annexe a pour objet de vous présenter les délégations allouées au titre d'accompagnements ou de mesures ponctuelles.

L'accompagnement à la mise en place des groupes hospitaliers de territoires (GHT)

Les crédits versés au titre de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire sont destinés à répondre aux objectifs fixés par la loi de modernisation de notre système de santé dans son article 107. Il s'agit d'aider les établissements de santé se regroupant au sein d'un futur groupement hospitalier de territoire à supporter les coûts d'amorçage de ce dispositif obligatoire de coopération. Les dotations d'amorçage seront allouées au titre de trois volets : le premier relatif à la mise en place d'ateliers opérationnels portant sur le projet médical partagé, le deuxième relatif à un accompagnement de conduite du changement et le troisième relatif au coût d'amorçage des GHT. Pour le premier volet, les dotations seront allouées par session à organiser, lorsque les agences régionales ont choisi de déployer cette formation sur leur périmètre ; pour le deuxième volet, les dotations seront allouées à un GCS national pour le compte de ses membres, tandis que les dotations du troisième volet seront allouées par GHT, à un des établissements du futur groupement, identifié par les agences régionales de santé comme susceptible d'être établissement support du futur groupement hospitalier de territoire.

La présente circulaire alloue **10,7M€** en AC non reconductible aux établissements supports préfigurateurs. Ces crédits couvrent :

- Le volet atelier opérationnel relatif au projet médical partagé : **1,44M€** sont délégués à ce titre pour permettre d'organiser 98 ateliers financés à hauteur de 14,65K€ chacun. Les crédits pourront être repris lorsque les ateliers opérationnels n'auront pas été organisés ;
- Le volet d'accompagnement de la conduite du changement : **4M€** sont délégués à ce titre pour permettre aux établissements, par le biais du GCS dont ils sont membres, de bénéficier d'une prestation homogène d'accompagnement.
- Le volet mise en place des GHT : **5,2M€** sont répartis par région afin de financer des postes de chef de projet ou des prestations personnalisées par GHT.

Un complément de financement sera délégué d'ici la fin de l'année. Les crédits seront répartis par GHT, avec un versement à l'établissement support, sous réserve que les conditions suivantes aient été satisfaites :

- Transmission de l'acte d'approbation de la convention constitutive et de la convention constitutive ;
- Transmission du nombre d'ETP concernés par la mutualisation des fonctions, par fonctions avec détail au sein de chaque fonction par établissement, selon des modalités à déterminer ;
- Transmission des indicateurs de convergence des systèmes d'information à T0 pour le GHT, dans l'oSIS (observatoire des systèmes d'information de santé) ;
- Transmission de l'acte de nomination du médecin responsable du DIM de territoire ;
- Transmission de l'acte de désignation du Président de la commission ou du collège médical du groupement ;
- Transmission de la lettre de mission prévoyant la mise en place d'un groupe projet « fonction achat de GHT ». La lettre de mission devra prévoir les mentions suivantes : un mandat formel du groupe projet proposé par le Directeur des achats et validé par les instances ad hoc du GHT et le détail des activités du groupe projet « fonction achat de GHT » qui porteront notamment sur la définition de l'organisation achat de GHT dans la perspective d'une mise en place au 1^{er} janvier 2017, le lancement

d'une démarche P.A.A structurée et le lancement d'un sous-projet structuré portant sur tous les outils du SI-Achat.

Le Crédit d'Impôt Compétitivité Emploi (CICE)

La présente circulaire actualise, sur la base des dernières données d'activité disponibles sur 2015, les montants AC alloués en non reconductible, par la circulaire du 15 décembre 2015, aux établissements privés à but non lucratif du champ MCO ex-OQN ne bénéficiant pas de l'avantage fiscal du CICE mais dont les tarifs ont néanmoins été impactés à ce titre.

Le complément de crédits ainsi accordé au titre du différentiel entre l'impact calculé sur la base des données 2014 et déjà délégué et celui fondé sur l'année 2015, s'élève à **1,2M€**.

Comme lors des 3 exercices précédents, la 3ème circulaire de campagne 2016 procèdera à la compensation pour les établissements privés à but non lucratif des effets cumulés des reprises tarifaires CICE opérées en campagne depuis 2013.

Le pacte de responsabilité

Les mesures d'exonérations de charge décidées dans le cadre du pacte de responsabilité se poursuivent en 2016 et concernent les établissements privés lucratifs et non lucratifs.

Comme pour le CICE, il a été arbitré de reprendre aux établissements bénéficiaires le gain lié à ces exonérations de charges. A ce titre, une reprise de **10,5M€** est opérée en DAF reconductible sur les établissements de santé privé à but non lucratif financés exclusivement sous DAF.

Soutien exceptionnel aux établissements en difficulté

A titre exceptionnel, un accompagnement à hauteur de **75M€** est versé en crédits AC et DAF non reconductibles par cette circulaire afin d'accompagner les établissements de santé dans leur retour à l'équilibre, leurs difficultés de trésorerie et leur dynamique de transformation.

Ces aides versées à titre exceptionnel, doivent avoir pour contrepartie la poursuite des actions de redressement des hôpitaux concernés. Il conviendra de veiller par conséquent à ce que l'allocation des aides respecte strictement un principe de dégressivité pour tenir compte de la trajectoire de retour à l'équilibre engagée par les établissements. Les contrats de retour à l'équilibre devront acter ce principe.

Consommation de traitements coûteux (hors liste en sus) dans les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) :

La présente circulaire délègue **4M€** en crédits AC non reconductibles aux établissements d'HAD sur la base des données recueillies via l'enquête FICHSUP (période du 1er janvier au 31 octobre 2015), mise en place par l'instruction N° DGOS/R4/2015/304 du 9 octobre 2015 relative aux consommations de certains traitements coûteux hors liste en sus.

La répartition interrégionale de la dotation a été calculée au prorata des consommations remontées par les établissements d'HAD sur la base du prix d'achat par UCD.

Emprunts structurés

Le dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés mis en place par les instructions interministérielles N° DGOS//PFA/DGFIP/CL1C/CL2A/2014/363 du 22 décembre 2014 et N°DGOS/PF1/DGFIP/CL1C/CL2A/2015/251 du 28 juillet 2015, prévoit un soutien financier pour couvrir une partie du coût de sécurisation définitive des contrats de prêts éligibles au dispositif suscité.

L'octroi de l'aide est conditionné au remboursement anticipé du contrat de prêt éligible et à la conclusion préalable avec l'établissement de crédit d'une transaction au sens de l'article 2044 du code civil portant sur le contrat.

La présente circulaire délègue ainsi **30,6M€** de dotations aux établissements les plus exposés au risque de taux d'intérêt. Cette allocation a été calculée sur la base de critères de toxicité des contrats de prêt concernés et de situation financière de l'établissement.