

## **Annexe V. Dotations MIGAC-MERRI**

La présente annexe est suivie d'un tableau présentant le lien entre les mesures de la circulaire et la nomenclature des MIG et des catégories de gestion des AC. 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.

### **1. Extension du périmètre de la justification au premier euro**

Les 5 nouvelles MIG créées en 2012 sont déléguées en JPE.

Parallèlement, les dotations de 8 missions sont exclues de la base de la dotation MIGAC et sont désormais déléguées en JPE :

- Les centres de diagnostic pré implantatoire
- L'observatoire national de la fin de vie
- Les coordinateurs régionaux d'hémovigilance
- Le centre national de ressources de la douleur
- Le centre national de ressources pour les soins palliatifs
- Les centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques
- La contribution aux ENCC (Cf point 9)
- Les actions de coopération internationale

Ces missions ont été retenues dans la mesure où elles concernent un nombre limité d'établissements et que les critères de calcul des allocations sont clairement définis a priori.

### **2. Application des mesures de reconduction**

S'agissant des mesures nouvelles destinées à compenser les effets du GVT, de l'augmentation des bas salaires et de l'inflation, la décision a été prise de les appliquer aux seules MIG, et non pas aux AC. La répartition de ces mesures, dites de reconduction, a été faite au prorata des montants constatés de notification des MIG dans ARBUST MIGAC.

### **3. Péréquation des marges de manœuvre régionales (volet aide à la contractualisation des MIGAC)**

Les efforts entrepris au cours des trois dernières années ont permis de réduire substantiellement les inégalités territoriales de dotations. Néanmoins, 6 régions restent particulièrement sous-dotées.

Ainsi, en 2012, les économies à imputer sur la dotation MIGAC (soit 11,5M€) sont réparties sur la majorité des régions (16 sur 26), au prorata des marges de manœuvre régionales. Cet effort représente 1,7% des marges de manœuvre des régions concernées.

Sont exclues de cet effort d'économie les régions dont le poids de AC dans les recettes MCO régionales est particulièrement faible (poids inférieur à 2%, la moyenne métropolitaine étant de 2,26%) : Aquitaine, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Limousin, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte-D'azur. Etant données leurs spécificités qui justifient une sur-dotation, les DOM sont également exclus.

#### 4. Evolutions des MERRI

Les crédits relatifs à la part fixe (515M€) et à la part modulable (1 119M€) sont intégralement délégués au sein de la première circulaire. La disparition de la part fixe étant programmée sur 5 ans, ce compartiment est figé sur le périmètre de 2011. Les modalités d'allocation de la part fixe ne seront donc pas réévaluées et aucun établissement nouveau n'est amené à intégrer cette part.

##### a) La part modulable

Les nouveaux établissements bénéficiant de crédits au titre de la part modulable sont :  
Le centre hospitalier Sud-Francilien, le centre hospitalier de la Roche sur Yon, le centre hospitalier de Pau, le centre hospitalier Charles Perrens de Bordeaux, le centre hospitalier de Cayenne, le centre hospitalier de Mulhouse, le centre hospitalier de Longjumeau, le centre hospitalier de Lens, le CHI de Fréjus Saint Raphael, la fondation Hôpital Saint Joseph de Marseille ainsi que le GCS UNICANCER. Ainsi en 2012, 85 établissements de santé et un GCS perçoivent des crédits au titre de la part modulable.

Comme chaque année, les indicateurs servant à évaluer les établissements sont mis à jour avec les données les plus récentes.

La seule évolution notable concerne l'indicateur relatif aux brevets. La disparition progressive de cet indicateur a été annoncée depuis 2011. Ainsi, il représentait 3,5% de la part modulable en 2010 et 2% en 2011.

##### b) La part variable

Plusieurs libellés ont été revus afin de préciser leur correspondance par rapport aux missions financées. Ces changements sont formalisés au sein de l'arrêté fixant la liste des MIGAC.

Au sein de la première circulaire 2012 sont déléguées les tranches suivantes des appels à projets de la DGOS :

Appels à projets	2010	2011	2012
Programme Hospitalier de Recherche Clinique National (PHRCN)	*	tranche 2 sur 4	
Programme Hospitalier de Recherche Clinique Cancer (PHRCK)	tranche 3 sur 3	tranche 2 sur 4	
Programme Hospitalier de Recherche Clinique Interrégional (PHRCI)	*	tranche 2 sur 4	
Programme de Recherche Translationnelle (PRT)			tranche 1 sur 2
Programme de Recherche Translationnelle Cancer (PRTK)		tranche 2 sur 3	
Programme de Recherche en Qualité Hospitalière (PREQHOS)	tranche 3 sur 3	tranche 2 sur 3	
Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP)	tranche 3 sur 3	tranche 2 sur 3	
Contrats Hospitaliers de Recherche translationnelle (CHRT)	tranche 3 sur 3	tranche 2 sur 3	
Programme de Soutien aux Techniques Innovantes Couteuses ou non (PSTIC)		tranche 2 sur 3 des projets S2CARA et FoThyr	
Programme de Soutien aux Techniques Innovantes Couteuses ou non - <i>Picture archiving and communication system</i> (PSTIC-PACS)		tranche 1 sur 2 du projet GCS SIS Martinique	
Programme de Soutien aux Techniques Innovantes Couteuses Cancer (PSTICK)		tranche 2 sur 2	

\* Le versement de la tranche 3 sur 3 des PHRC I & N 2010 sera conditionné par les réponses des établissements à l'enquête de la DGOS sur l'avancement des projets concernés

Au sein de la MERRI relative aux centres de ressources biologiques (CRB), la partie couvrant l'activité tumorotheque a été modélisée suite à l'évaluation menée par l'INCa. Les montants historiques ont ainsi été revus en fonction de l'activité réelle des tumorotheques.

La MERRI relative à l'emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins a été réévaluée suite au bilan mené par l'INCa. Les montants initiaux ont été révisés.

Les indicateurs utilisés pour répartir la MERRI relative aux délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) ont été mis à jour avec les données les plus récentes. Cette mise à jour permet le financement de 3 nouvelles DRCI : CLCC François BACLESSE de Caen, CLCC Georges-François LECLERC de Dijon et GCS UNICANCER. Ainsi, 46 établissements de santé et 1 GCS sont reconnus sièges de DRCI en 2012.

Au sein de la MERRI relative au soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation, le projet PSYLEA de l'AP-HM est financé pour une première tranche à hauteur de 200k€. Le suivi de ce projet est confié à l'INCa et sa mise en œuvre effective conditionnera le versement des tranches suivantes.

Au sein de cette MERRI, sont aussi financés le centre COCHRANE de l'AP-HP, une annuité du SIRIC de l'Institut Curie Paris Saint-Cloud et 2 annuités du SIRIC du GCS LCU Lyon Cancérologie Université.

Enfin, au sein de cette MERRI, sont financés, pour l'année 2012, des techniciens d'études cliniques (TEC) pour 18 centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R) à raison de 40k€ par centre.

Cette année porte aussi la disparition de la MERRI relative aux ATU régionaux qui remboursait aux établissements de santé prescripteurs les médicaments ayant une autorisation temporaire d'utilisation (à moins de 100k€ par patient et par an). En effet toutes les molécules concernées sont maintenant suivies et financées nationalement, conformément à l'instruction N° DGOS/PF4/2012/66 du 27 janvier 2012. Il n'existe donc plus qu'une MERRI pour les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation en attente de leur agrément à partir de 2012.

## **5. Evolutions des autres MIG**

### **5.1 Soutien financier aux établissements privés ex-DG**

Il a été décidé de maintenir le soutien accordé en dotation AC aux établissements privés à but non lucratif ex-DG au titre de la compensation partielle des surcoûts liés aux charges salariales à hauteur de 40 millions d'euros pour 2012.

### **5.2 Compensation partielle des effets revenus liées à la réforme AME**

A titre exceptionnel les effets revenus négatifs liés à l'application des nouvelles règles de tarification des séjours AME feront l'objet d'une compensation partielle en 2012. Une enveloppe de 30M€ a été spécifiquement réservée à cet effet sous forme de crédits AC non reconductibles.

La clé de répartition est basée au prorata des critères suivants :

- Part des pertes de l'établissement sur la perte totale pour 80%

- Part de la perte de l'établissement rapporté à ses recettes totales pour 20%

Seuls les établissements de santé dont la perte sera supérieure à 50 K€ seront dotés, afin d'éviter tout saupoudrage. La dotation par ES ne pourra excéder 60% du montant de la perte subie après application des coefficients et sera partagée entre tous les ES dont la part de la perte rapportée à ses recettes totales est supérieure à 0,46%, i.e. la part moyenne représentée par ce critère pour tous les ES dont la perte est supérieure à 50 K€.

La répartition par établissement sera fléchée depuis le niveau national en application de ces règles de calcul.

#### **5.4 MIG créées en 2012**

##### **➤ L'effort d'expertise des établissements de santé**

La DGOS pilote ou copilote chaque année plusieurs appels à projets (PHRC, PREQHOS, STIC, PHRIP, PHRCK, STICK, PRTK, PRT, CHRT). Pour ces appels à projets, la DGOS reçoit et fait expertiser chaque année environ 800 dossiers de candidature. Sont ainsi produits annuellement : 2400 expertises, 800 rapports et 12 à 14 journées de jury.

Afin d'homogénéiser ses pratiques avec les autres pratiques d'expertise nationales et afin de maintenir la motivation des experts sollicités, la DGOS a souhaité indemniser l'expertise de ces projets.

Cette MERRI créée en 2012 prend donc en compte l'effort d'expertise des établissements de santé. La participation d'un praticien à une expertise de dossier, à un jury de sélection ou la production d'un rapport d'évaluation dans le cadre des appels à projets ministériels sera ainsi valorisée et indemnisée.

##### **➤ La coordination des parcours de soins en cancérologie**

En application du plan cancer, une expérimentation est conduite depuis mi 2010 suite à un appel à projets lancé par l'INCa et la DGOS afin de créer des postes infirmiers dédiés à la coordination des parcours de soins en cancérologie. Le déploiement de ce dispositif est prévu dès 2012 en fonction du bilan de l'expérimentation. Cette mesure est détaillée dans l'annexe consacrée aux plans de santé publique. Dans un premier temps, elle est déployée auprès des établissements qui ont participé à l'expérimentation.

##### **➤ Les centres interrégionaux de coordination et régionaux pour la maladie de Parkinson**

Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre du plan national d'actions Parkinson adopté en 2011, cette MIG a vocation à financer les surcoûts liés aux missions des centres interrégionaux chargés de la coordination pour la maladie de Parkinson. Ces centres ont notamment vocation à coordonner l'action, la formation et l'information des centres de prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson (Cf. présentation du dispositif en annexe II- Plans et mesures de santé publique).

##### **➤ Le transport sanitaire bariatrique**

Cette MIG est créée pour assurer la qualité et la sécurité des transports sanitaires pour les personnes présentant des obésités très importantes, notamment en situation d'urgence. Ces transports nécessitent des matériels de transport adaptés à l'obésité massive. L'action 10 du plan obésité a pour objectif de définir un modèle technique, organisationnel et médico-économique pour le transport sanitaire bariatrique. La dotation de cette MIG finance

l'amortissement et le fonctionnement des équipements nécessaires à la réalisation de ces transports.

➤ **La participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret du 10 mars 1997**

La création de cette mission vise à couvrir les surcoûts induits par des obligations réglementaires pour l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. La dotation qui lui est allouée ne résulte pas d'une mesure nouvelle mais d'un transfert depuis l'enveloppe des aides à la contractualisation qui finançait ces surcoûts jusqu'à présent.

## **6. Les actions de coopération internationale**

Les crédits alloués pour 2012 à hauteur de 1 000 000€ sont destinés à financer deux types de mesures :

- Des coopérations institutionnelles engagées à l'initiative des services centraux en application d'engagements ministériels avec la Chine pour 278 K€ (dont 40 K€ en soutien aux filières francophones de formation médicale) et avec la Russie pour 60 K€. D'autres engagements et accords internationaux feront l'objet de dotations dans une circulaire ultérieure.
- Des coopérations hospitalières initiées par les établissements et qui font l'objet d'un appel à projet en cours pour un premier montant de 125 K€.

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

## **7. Préservation de la fertilité**

La dotation MIG « Recueil, le traitement et la conservation des gamètes ainsi que la conservation des embryons dans les conditions prévues aux articles L.1244-5 et R.1244-1 CSP » a été reconfigurée en « Surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité. Elle comprend 1,5 millions d'euros de mesures nouvelles destinés à la mise en œuvre de la mesure 21.3 du plan Cancer 2009-2013 intitulée « reconnaître, en lien avec l'Agence de la biomédecine (ABM), des plateformes régionales de cryobiologie associées aux CECOS, pour améliorer l'accès à la préservation de la fertilité des personnes atteintes de cancer ». La répartition de ces mesures nouvelles a été étudiée en partenariat avec l'ABM.

Par ailleurs, 0,31 millions d'euros ont été débasés de cette dotation MIG pour créer le tarif 13C171 correspondant aux ponctions d'ovocytes en vue de don, tarif majoré de 1214,81€ à 1502,40€.

## **8. Les études nationales de coûts à méthodologie commune (ENCC)**

- **L'ENCC sur le champ MCO**

La présente circulaire vous délègue les crédits relatifs à, d'une part, la part fixe au titre de la participation à l'ENCC 2011 des établissements de santé, et d'autre part, la part variable restant due au titre de l'activité 2010.

Concernant cette part variable, il convient de noter que les pénalités de retard et/ou de mauvaise qualité des données transmises prévues par la convention tripartite signée entre l'établissement, l'ATIH et la DGOS, minorent le montant initial.

Enfin, je souhaite vous rappeler, le cas échéant, la nécessité de procéder à la récupération des crédits de la part fixe 2010 qui auraient été versés aux établissements alors que ces derniers auraient abandonné leur participation à cette étude.

- **L'ENCC sur le champ de l'HAD**

Les établissements participant à l'ENCC HAD bénéficient d'une subvention au même titre que pour les autres ENCC. Les crédits délégués par la présente circulaire concernent le financement de la part variable restant due au titre de l'activité 2010.

Enfin, dans cette délégation, il est également tenu compte d'un rééquilibrage suite aux abandons d'établissements à l'ENCC 2010 et 2011 ainsi qu'à la nouvelle participation d'établissements à l'ENCC 2011.

## **9. Le transfert de MIG dans le fonds d'intervention régional (FIR)**

Le fonds d'intervention régional (FIR) entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2012. Ce fonds est notamment constitué à partir des dotations de quatre MIG : la permanence des soins en établissement de santé, les centres périnataux de proximité, les actions de prévention et d'éducation thérapeutique et les centres de dépistage anonyme et gratuit.

Afin d'effectuer le transfert, le montant des dotations retenues a été établi à partir des données indiquées dans ARBUST MIGAC 2011 diminuées, le cas échéant, du montant de mesures non reconductibles issues de vos marges de manœuvre régionales.

Ce sont 10/12èmes de ces montants ainsi calculés qui ont été versés pour abonder le FIR. Les 2/12èmes restants vous sont délégués en MIG au titre des deux premiers mois de l'année 2012.

## **10. Les évolutions du système d'information de suivi des MIGAC**

Le reporting des allocations que vous réalisez au titre de la dotation MIGAC est assuré par l'outil ARBUST MIGAC géré par l'ATIH. Afin d'améliorer la précision et la fiabilité des données restituées par cet outil, certaines évolutions sont prévues en 2012.

Ainsi, afin de vérifier l'éligibilité des établissements attributaires aux dotations des MIG, il vous sera demandé d'indiquer la catégorie d'éligibilité au titre de laquelle vous allouez la dotation MIG au moment d'inscrire celle-ci. Par ailleurs, l'outil effectuera un lien entre la nature des mesures allouées au sens des circulaires budgétaires et les catégories réglementaires des MIG ou de gestion des AC. Enfin, pour permettre un suivi plus analytique de l'attribution des dotations, les catégories de gestion des AC sont subdivisées en sous-catégories qui reflètent plus précisément le motif de l'allocation des crédits.