

SOMMAIRE

La présente annexe comprend la version intégrale des arrêtés du directeur général de l'agence régionale de santé suivants :

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-112 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier d'Abbeville pour l'exercice 2012	2
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-113 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier d'Albert pour l'exercice 2012	20
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-114 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens pour l'exercice 2012	25
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-115 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de Corbie pour l'exercice 2012	81
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-116 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de Doullens pour l'exercice 2012	88
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-117 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de Ham pour l'exercice 2012	99
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-118 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de Montdidier pour l'exercice 2012	107
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-119 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de Péronne pour l'exercice 2012	117
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-123 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotation, de l'Association Soins Service pour l'exercice 2012	127
Arrêté DROS-HOSPI n°2012-124 portant fixation du montant annuel de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation du groupement de coopération sanitaire GCS e-santé Picardie pour l'exercice 2012	131
Arrêté DROS-HOSPI n°2012-125 fixant les montants des dotations de la Polyclinique de Picardie pour l'exercice 2012	134
Arrêté DROS-HOSPI n°2012-126 fixant les montants des dotations de la Clinique PAUCHET de BUTLER pour l'exercice 2012	138
Arrêté DROS-HOSPI n°2012-127 portant fixation du montant annuel de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation de la Clinique de l'Europe pour l'exercice 2012	145
Arrêté DROS-HOSPI n°2012-128 fixant les montants des dotations et forfait de la SAS Cardiologie et Urgences pour l'exercice 2012	149
Arrêté DROS-HOSPI n°2012-129 portant fixation du montant annuel de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation de la Clinique Sainte Isabelle pour l'exercice 2012	152

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-112 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier d'Abbeville pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800000028

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-12 à L.162-22-15, L.174-1, L.174-1-1, L.174-5, L.174-6, D.162-6 à D.162-8, R.162-29-3, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4 et R.174-2 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11, R.1435-16 à R.1435-36 et les articles concernant l'organisation financière des établissements de santé publics L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment l'article 33 modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié, relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié, portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et de la famille (partie réglementaire) ;

Vu le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié, portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment l'article 4 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 2010 modifié, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2012 fixant le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional pour l'année 2012 ;

Vu la circulaire interministérielle n° DHOS/F4/DSS/1A/DGCP/5C/2008/11 du 16 janvier 2008 relative aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la circulaire n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce, et l'évaluation de leur mise en œuvre effectuée en 2011 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre de la mise en œuvre de la mission relative à la permanence des soins en établissement de santé, mission financée par le fonds d'intervention régional conformément aux dispositions des articles L.1435-8 et R.1435-16 du code de la santé publique ;

ARRETE

Article 1 : Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels au Centre Hospitalier d'Abbeville, sont fixés, pour l'année 2012, aux articles 2 à 5 du présent arrêté.

Article 2 : FORFAIT

Le montant du forfait annuel mentionné à l'article L.162-22-12 du code de la sécurité sociale est fixé à :

1 639 395 € pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences ;

Article 3 : DAF

Le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale est fixé à **13 490 092 €**, dont :

4 319 902 € au titre de la DAF SSR ;
9 170 190 € au titre de la DAF PSY ;

Article 4 : MIGAC

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **2 955 245 €**, dont :

2 946 561 € au titre des missions d'intérêt général,
8 684 € au titre de l'aide à la contractualisation.

Les fiches annexées au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

Article 5 : FIR

Le montant de la somme attribuée au titre du fonds d'intervention régional, en application du 1° de l'article L. 1435-8 et du 3° de l'article R. 1435-16 du code de la santé publique, en vue du financement de la permanence des soins en établissement de santé, est fixé à **272 848 €**, pour la période du 1^{er} mars au 31 mai 2012 ;

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ce montant.

Article 6 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Centre Hospitalier d'Abbeville, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 7 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01

2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé

3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex.

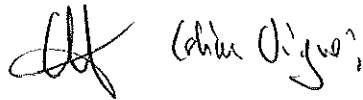
Article 8 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le 18 AVR. 2012

R/s

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,



La Sous Directrice
de l'Hospitalisation

Etablissement évalué :	CH ABBEVILLE
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr 12

**CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDES)**

Base réglementaire :	Art L. 6112-1 et suivant du CSP Art L. 162-22-15 du CSS
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PDES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, la non éligibilité au titre de la PDES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La PDES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PDES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDES.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Compensation des indemnités versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de l'enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire. La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics : 2/12ème de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG 3/12ème de la dotation annuelle sous forme d'une dotation FIR Pour les établissements de santé privé : 2/12ème de la dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PDES signé par l'établissement en janvier 2012,
------------------------------------	---

Mesure	Mesures nouvelles 2012		Période couverte
	R	NR	
MIG		181 899,00	Jan. à Fév. 2012
FIR	272 848,00		Mai. à Mai 2012

Evaluation annuelle

Activité
Observations, remarques : Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PDES et des crédits y afférant.

Objectifs :	La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (la nuit à partir de 18h30 et jusqu'à 8h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les structures d'études et de traitement de la douleur chronique**

Base réglementaire :	Instruction N°DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	Toutes ces structures doivent être conformes au cahier des charge mentionné dans l'instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 et avoir été identifiées par leurs ARS de rattachement afin de bénéficier d'un financement pour leurs missions d'intérêt général et en particulier au titre des consultations longues et pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires. Le seuil d'activité de 500 consultations médicales externe annuelles fait partie de ces critères.
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>Le montant de la dotation accordée à une structure doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission (cf. périmètre de financement), déduction faite par conséquent des recettes éventuelles obtenues par ailleurs.</p> <p>Cette MIG finance les coûts liés aux activités de consultation spécialisées longues et pluriprofessionnelles. Les recettes issues des activités de consultations externes (codées au titre de consultations externes médicales standard) sont donc à retrancher de cette dotation MIG.</p> <p>La MIG finance de plus les actions suivantes : les RCP, la formation et l'information, la mise en œuvre de traitements et techniques thérapeutiques « réadaptatives » ainsi que l'organisation d'une collaboration avec la médecine de ville et les autres établissements de santé, la participation aux activités de recueil épidémiologique, la coordination d'activités d'enseignement et de recherche.</p> <p>Les activités concernant les patients hospitalisés et dédiées à la prise en charge des douleurs chroniques sont prises en compte par le GHS « douleur chronique » et celles dédiées aux douleurs aiguës (notamment les douleurs induites par les ...)</p> <p>Les structures peuvent de plus percevoir les MERRI notamment variables (sur projet) dédiées à l'enseignement et à la rec</p>
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>L'indicateur de référence est le nombre annuel de consultations médicales externes. Ainsi les consultations ou avis médicaux réalisés auprès de patients hospitalisés ne seront pas pris en compte (ils sont déjà inclus dans les GHS). La dotation est calculée selon les principes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En dessous de 500 consultations médicales externes par an, y compris assurée par le biais de coopération inter-établissements et de permanences avancées (instruction du 19 mai 2011, annexe 4) aucun financement n'est proposé et la structure ne peut pas être identifiée par son ARS (critère 5 du cahier des charges du 19 mai 2011). - de 500 à 1000 consultations médicales externes par an, le forfait de base proposé pour un fonctionnement satisfaisant est de 0,6 ETP de praticien hospitalier, et pour le personnel non médical de 0,5 ETP de psychologue, 0,5 ETP d'infirmier et de 0,5 ETP de secrétaire. Soit un montant de base estimé à 140 000 euros calculé sur le coût moyen complet (salaires moyens chargés) des personnels et incluant des frais de structure de l'ordre de 2% (chiffre actualisé 2012) - A partir de 1000 consultations médicales externes par an, ce forfait de base progresse pour le personnel médical de 0,4 - Les recettes issues des activités de consultations médicales externes, valorisées au coût standard, sont à retrancher de
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	
CH ABBEVILLE	117.022,00			117.022,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
La file active				
Le nombre de consultations médicales (ventilées en adulte et enfant de moins de 18 ans ; et en consultations internes et externes)				
Le nombre d'hospitalisation réalisées				
Observations, remarques :				
<p>Pour les centres, le nombre annuel de RCP est totalisé et la part de personnels médicaux propres à la structure ou mis à disposition est prise en compte. La file active est comparée au nombre de consultations (un ratio inférieur à 3 témoigne d'une activité ponctuelle de recours ou hors douleur chronique plus que d'un suivi des patients douloureux chroniques).</p> <p>Le nombre annuel de consultations de psychologue et d'IDE, dont la traçabilité au sein de la SDC est obligatoire, est comparé au nombre de consultations médicales afin d'évaluer la qualité de la prise en charge pluriprofessionnelle.</p> <p>La part de personnel formé à la prise en charge de la douleur (DESC ou Capacité pour les médecins, diplôme d'université pour les IDE et éventuellement psychologues) est prise en compte.</p> <p>Une partie de ces indicateurs a vocation à intégrer le bordereau « politiques nationales » de la statistique annuelle d'activité (SAE) des établissements de santé pilotée par la DREES.</p>				

Objectifs :	<p>Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) sont des structures de recours. Elles sont de deux niveaux : consultations et centres.</p> <p>Les consultations assurent une prise en charge pluri-professionnelle de proximité et répondent à des critères précisés en annexe 3 de l'instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011.</p> <p>Les centres assurent de plus une prise en charge pluridisciplinaire (plusieurs spécialités médicales différentes sont représentées au sein de la structure). Ils ont accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation. Une partie du personnel des centres est affectée en propre (et non mise à disposition). Les structures de type centre contribuent à la recherche, à l'enseignement et au recueil épidémiologique. Elles peuvent proposer des traitements spécifiques dans des domaines d'expertise et sont alors répertoriées à ce titre. Elles organisent des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour les cas complexes.</p>
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Permanence d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 CSP**

Base réglementaire :	La loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 : relative à la lutte contre les exclusions prévoit la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Art L.6112-6 du CSP
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	<p>L'éligibilité à cette dotation s'inscrit dans le cadre de l'attribution de la mission de service public (MSP) relative à la « lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination » (9° de l'article L.6112-1).</p> <p>L'attribution de la MSP est basée notamment sur le respect des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respect des bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation; - Niveau de besoins du territoire, tels que définis dans PRAPS et PRSP ; - Niveau de l'offre de soins associatifs et publics offerts sur le territoire ; <p>Concernant l'attribution précise de la MSP, il convient de se référer à l'annexe 4 du présent guide.</p> <p>In fine, seuls les établissements attributaires de la MSP peuvent se voir verser cette dotation finançant la MIG.</p>
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	<p>Relèvent du financement les activités de facilitation de l'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement, hors hospitalisations et consultations facturables, de patients en situation de précarité. Sont intégrées également dans le financement le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences.</p> <p>L'intitulé de la MIGAC cible les PASS.</p> <p>Mais est également financée l'activité des services recevant une part importante de patients précaires (exemple de la réalisation d'examens radiographiques pour des patients en difficultés et non facturés, etc.). Dans la mesure où ces services bénéficient également d'un financement par une tarification à l'activité, il convient d'identifier et de prendre en compte uniquement les surcoûts qui rentrent dans le périmètre de financement de la mission.</p> <p>Enfin il faut rappeler que le financement MIGAC est limité au secteur MCO, les équipes mobiles précarité en psychiatrie relèvent d'un autre financement (dotation annuelle de financement ou objectif quantifié national).</p>
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Le montant de la dotation correspond pour l'essentiel aux surcoûts associés aux moyens dédiés en ressources humaines (l'équipe est a minima composée d'un ETP d'infirmière et un ETP d'assistant social) auquel s'ajoutent les frais de structure de l'entité (pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel). Dans des cas particuliers (PASS buccodentaires, policlinique mobilisant régulièrement les services d'examens radiologiques, etc.) un coût d'examens est intégré dans le budget.</p> <p>Dans le cas où l'équipe agit à l'extérieur de l'établissement, des frais spécifiques, comme les frais de transport pourront être intégrés. Il convient alors de démêler ce qui relève du sanitaire (ce que la MIG doit financer) et du social dans les dépenses générées, puisque le travail s'effectue le plus souvent en étroite coopération avec le secteur associatif.</p> <p>Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels ou le cas échéant aux frais de structure</p>
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	NR	
CH ABBEVILLE	57 778,00			Au 16/04/2012 57 778,00

Evaluation annuelle

Activité				
Pour évaluer la pertinence de la PASS dans l'acquittement de cette mission, trois types d'indicateurs méritent d'être intégrés dans cette évaluation. Ils portent sur :				
	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
l'activité réalisée dans les PASS mesurée en nombre de patients pris en charge et/ou en nombre d'actes effectués (entretiens, démarches...);				
Les moyens effectivement présents dans le dispositif en termes de personnel dédié ;				
Observations, remarques :				
Qualité				
	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
Le respect des bonnes pratiques de fonctionnement et d'intégration dans l'environnement social et sanitaire (par exemple : installation et fonctionnement du comité de pilotage, réalité et nombre de partenariats formalisés, etc.).				

Objectifs :	<p>Les PASS sont des dispositifs adaptés aux personnes en situation de précarité, qui visent à leur faciliter l'accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.</p> <p>L'article L6112-6 précise que dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.</p>
--------------------	---

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
CENTRES DE COORDINATIONS CANCEROLOGIE (3C)**

Base réglementaire :
 Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.
 Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A/2005/N° 119 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale
 Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA 357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie
 Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé
 Référentiel national des 3C en cours de finalisation (INCa) pour préciser et actualiser le « cahier des charges » de l'annexe 6 de la circulaire du 22.02.2005

Critères d'éligibilité :
 C'est une dotation dont l'attribution est fixée au niveau national sur la base d'un modèle de financement.
 Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non finançables au titre des MIG soit environ 800 établissements publics et privés.
 Chaque établissement de santé peut obtenir une autorisation de traitement pour une ou plusieurs des trois modalités de traitement concernées (la chirurgie des cancers, la radiothérapie externe, la chimiothérapie et traitements médicaux des cancers).

Périmètre de financement :
 La mission du 3C est d'assurer la qualité en cancérologie, pour ce faire il :
 - Participe à l'identification et à l'organisation générale des différents processus pour l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer
 - Organise les RCP, veille à leur fonctionnement et les évalue
 - Diffuse les recommandations de pratique clinique pour les professionnels de santé
 - Élabore et conduit des évaluations Qualité selon des méthodes régionales (issues des RRC) et/ou nationales (ex. Indicateurs Qualité IPAQSS)
 - Recueil et produit de l'information en cancérologie (ex. tableau de bord transmis au RRC)
 - Communique vers les professionnels de santé, les patients et les proches
 La dotation MIGAC finance donc les personnels dédiés à la réalisation de ces missions.

Critères de compensations :
 Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en place du 3C, auxquels s'ajoutent le cas échéant certains frais de fonctionnement inhérent à tout centre (notamment si le 3C dispose de son propre local) humains et matériels (par ex. locaux, outils informatiques) pour le fonctionnement du 3C
 In fine, est donc financé la mise en place d'une équipe opérationnelle composée a minima d'un temps coordonnateur (il n'est pas nécessairement médecin, il peut-être infirmier, cadre de santé, qualificateur, etc.) d'un temps secrétariat et d'un temps de personnel formé à la qualité (il peut s'agir d'un (des) responsable(s) qualité des établissements de santé partenaires du 3C).
 Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel. Le calcul de ces frais peut aussi se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.
 Avec l'aide d'outils de retraitements comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).

Établissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	NR	
CH ABBEVILLE	46 352,00			au 16/04/2012 46 352,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'une RCP avant la mise en route du primo traitement (Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié d'une RCP / Nombre total de nouveaux patients)				
Taux annuel de dossiers de patients des établissements enregistrés en RCP comportant une fiche RCP Informatisée (Nombre de fiches RCP informatisées / nombre total de dossiers patients enregistrés en RCP)				
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'un dispositif d'annonce tel que défini dans les recommandations INCa/Ligue contre le cancer (Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié d'un dispositif d'annonce / nombre total de nouveaux patients)				
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'une remise de PPS (Nombre de patient ayant bénéficié d'un PPS au décours de l'annonce du diagnostic / Nombre total de patients ayant bénéficié du dispositif d'annonce)				
Observations, remarques :				

Qualité	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
Existence d'un programme annuel des actions du 3C				
Remplissage du tableau du bord annuel et transmission au RRC				

Objectifs :
 Le centre de coordination en cancérologie (3C) est une cellule qualité transversale des établissements de santé et des cabinets libéraux de radiothérapie autorisés à l'activité de soins de traitement du cancer.
 La mutualisation de cette cellule qualité entre les établissements d'un territoire est aujourd'hui logique et devrait constituer la référence organisationnelle.
 Le 3C a pour objet de proposer, de mettre en œuvre et de coordonner les actions relatives à la qualité des prises en charge des patients atteints de cancer. Il a pour rôle premier d'assurer l'accompagnement et l'appui des établissements autorisés concernant les 6 conditions transversales de qualité (concertation pluridisciplinaire, dispositif d'annonce, respect des référentiels de bonne pratique, remise du programme personnalisé de soins - PPS - accès aux soins de support, accès aux innovations et à la recherche clinique).
 Le 3C n'a pas vocation à être effecteur de soins et ne concourt à aucune prise en charge directe de patients

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

Les actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocytologie-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 CSS à l'exception des activités d'hygiène hospitalière et des typages HLA effectués dans le cadre de l'activité de greffe

Base réglementaire :	Articles L162-1-7, L162-1-7-1 et L321-1 du CSS Circulaire du 23 décembre 2009 relative aux règles de facturation des actes de biologie et d'anatomo-pathologie non inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale.
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	<p><u>Établissements concernés :</u> Seuls les établissements de santé, publics et privés, peuvent bénéficier d'une dotation MERRI au titre des actes HN. Cette dotation leur permet de financer les actes HN qu'ils réalisent au profit de leurs patients qu'ils ne peuvent leur facturer. Les laboratoires privés ne sont pas éligibles à la dotation MERRI mais peuvent facturer les actes HN à leurs patients, conformément à la convention nationale organisant les rapports entre les directeurs de laboratoire et l'assurance maladie.</p> <p><u>Actes HN concernés :</u> Le référentiel des actes de biologie maintenu par le CHU de Montpellier est une grille de hiérarchisation des actes de biologie et d'anatomo-pathologie hors nomenclature (HN). Plusieurs types d'actes sont présents dans cette grille :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des actes qui ont vocation à rejoindre la NABM et ou la CCAM ; • Des actes en BHN relevant du recours (ex : typage de leucémie aiguë), faisant l'objet d'un compte-rendu d'analyse signé par un praticien ; • Des actes en BHN issus de la recherche, relevant de l'innovation, pour lesquels l'intérêt clinique reste à préciser et faisant l'objet d'un compte-rendu d'analyse signé par un praticien. Le but est de faire la différence entre d'une part un acte médical innovant, potentiellement Le référentiel a été mis à jour le 1/01/11 afin de prendre en compte : • D'une part, les observations de la CNAM concernant les actes dont la présence ne se justifie pas en raison de leur inscription à la NABM • D'autre part, les actes d'anatomo-pathologie intégrés à la CCAM. A noter que cette intégration aura une incidence sur le coût des séjours <p>Par ailleurs, deux variables ont été ajoutées afin d'identifier les actes couverts ou non par la dotation MERRI (exemples des actes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un code « 0 » au regard des actes non éligibles à la dotation MIG HN ; • Un code « 1 » au regard des actes éligibles. <p>Les établissements ex DG doivent recueillir ces actes dans l'outil FICHSUP mis en ligne sur le site de l'ATIH, lequel recense :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre, par code, d'actes réalisés pour les patients de l'établissement ou d'autres établissements et laboratoires ; • Le montant total des actes facturés à l'encontre d'un autre établissement ou d'un laboratoire • Les montants payés par les établissements demandeurs.
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	La dotation MERRI « HN » est destinée à financer les charges qu'un établissement engage en réalisant des actes hors nomenclature pour ses patients hospitalisés ou consultants externes. Elle exclut donc les recettes obtenues en paiement des factures émises à l'encontre d'autres établissements ou laboratoires privés demandeurs de ces actes, dans le cadre de prestations inter établissements ; elle exclut également les subventions ou autres produits.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Le montant de la dotation doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des actes ou prestations HN, déduction faite des recettes éventuelles obtenues par ailleurs (facturation des prestations inter établissements, subventions éventuelles...). Ces surcoûts peuvent être déterminés sur la base des tarifs calculés à partir de la comptabilité analytique. Étant allouée dans le cadre d'une enveloppe nationale, elle peut-être évaluée soit au prorata du total des charges nettes majorées des établissements (cf. retraitement comptable), soit au prorata de l'activité décrite par les établissements ex DG dans FICHSUP.
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
CH ABBEVILLE	0,00	47 643,00		

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
charges prises en compte et recettes déduites, nombre d'actes réalisés...				

Observations, remarques :

Objectifs :	Les actes ou prestations réalisés par les professionnels de santé sont pris en charge par l'assurance maladie s'ils figurent sur les nomenclatures prévues à cet effet : la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les actes dentaires, la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) pour les examens de biologie et la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes d'anatomo-cyto-pathologie (ACP). Les actes n'y figurant pas sont dits « hors nomenclature (HN) » ;
--------------------	---

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie**

Base réglementaire :	Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé Mesure 19-2 du plan cancer 2009-2013
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non finançables au titre des MIG soit 881 établissements publics et privés
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	Les actions financées au titre de cette mission sont les suivantes : - Le développement des dispositifs d'annonce - Les réunions de coordination pluridisciplinaire - Les soins de supports La dotation MIGAC finance donc les personnels (ainsi que les frais de fonctionnement) dédiés à la mise en œuvre de ces actions.
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Cette MIG a fait l'objet d'une forfaitisation en 2011 et d'une allocation fléchée par établissement, de manière à rendre son allocation plus transparente, en fonction des missions et de la file active des établissements.</p> <p>Cette forfaitisation a été élaborée par l'ATIH en fonction des travaux conduits (ATIH/DGOS/INCa) au niveau national. En 2010, une enquête détaillée avait été conduite auprès des ARS, afin d'identifier très précisément les financements mobilisés et leur attribution, d'éliminer les financements croisés et d'évaluer la part respective des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) et du compartiment dispositif d'annonce+réunion de concertation pluridisciplinaire +soins de support dans la MIG unique.</p> <p>Le modèle d'allocation de cette enveloppe a été réalisé par l'ATIH et prend en compte les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attribution d'un socle par établissement (20 000 € par établissement, avec prise en compte du caractère multi-site de l'AP-HP) - File active de patients : forfait par tranche de 50 patients supplémentaires identifié sur la base des remontées d'activité 2009 (chaque patient compte une seule fois quel que soit son nombre de séances ou de séjours), d'environ 3 152 € pour le - Nombre de modalités de l'activité autorisées (2 modalités : +25% ; 3 modalités: +50%) - Surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie, c'est-à-dire en pratique les CHU (+ 8) - Prise en compte du coefficient géographique. - Abattement de 25% du socle et de la valeur des tranches dans le secteur ex-OQN au titre de la non intégration des hono
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
CH ABBEVILLE	0,00	47 582,00		

Evaluation annuelle

Qualité	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
Enquête ad-hoc auprès des ARS				
Suivi et évaluation des mesures du plan cancer				
Observations, remarques :				

Objectifs :	Cette MIG a vocation à financer l'accès pour tous les patients atteints de cancer au dispositif d'annonce, à la pluridisciplinarité et aux soins de support au sein de tous les établissements de santé autorisés aux pratiques de traitement du cancer suivantes : chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie.
--------------------	---

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
 Intervention d'équipes pluridisciplinaire en ADDICTOLOGIE**

Base réglementaire : Code de la santé publique.
 Circulaire du 10 septembre 1996 relative à la création d'équipe en alcoologie
 Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives
 Circulaire DH/EO2/DGS/2000/162 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie
 Circulaire du 16 mai 2007 sur l'organisation de l'addictologie

Rappel des missions : Travail de liaison : formation des équipes, élaboration de protocoles de soins
 Intervention : aux urgences, pendant d'hospitalisation, en consultations externes
 Partenariat avec les acteurs et coordination
 Actions de prévention
 L'activité de liaison de ces équipes ne doit pas se confondre avec l'activité en charge en hospitalisation ou en consultations de patients dépendants. Ne relève pas d'un financement MIG de l'activité prise en charge par un GHS.

Financement forfaitaire proposé :

1) Base de financement 3 000 consultations et plus	2) Base de financement entre 2 000 et 3 000 consultations
0,8 ETP Praticien hospitalier	0,6 ETP Praticien hospitalier
3 ETP Personnel non médical	2 ETP Personnel non médical
Frais de structure	Frais de structure
Financement forfaitaire : 241 780 €	Financement forfaitaire : 168 960 €
3) Base de financement entre 1 000 et 2 000 consultations	4) Base de financement moins de 1 000 consultations
0,4 ETP Praticien hospitalier	0,2 ETP Praticien hospitalier
1,5 ETP Personnel non médical	1 ETP Personnel non médical
Frais de structure	Frais de structure
Financement forfaitaire : 121 880 €	Financement forfaitaire : 72 820 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CH ABBEVILLE	102 234,00			102 234,00

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
1) Travail de liaison :						
Formation des équipes						
Elaboration de protocoles de soins						
Actions de prévention						
2) Type d'activités :						
Tabac						
Alcool						
Drogue						
Médicament						
Autres (préciser						
3) Interventions :						
Aux urgences						
Pendant l'hospitalisation						
En consultations externes						
4) Existe-t-il une mutualisation des moyens ?						
Avec la consultation hospitalière d'addictologie						
Avec un autre service d'hospitalisation et/ou consultation en médecine						
Montant des recettes T2A issues des consultations						
Autres recettes, à préciser :						
Observations, remarques :						

Effectifs dédiés aux Equipes pluridisciplinaires en addictologie	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Praticien hospitalier ⁽¹⁾				
ETP psychiatre ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP psychologue ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Praticien hospitalier ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP Psychiatre ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP Psychologue ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				
(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année				
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée				
Observations, remarques :				

Autres, divers	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
Nombre de consultations :				
Internes (intervention auprès d'un patient hospitalisé)				
Externes (consultations de suivis facturés)				
Aux urgences (interventions auprès d'un patient)				
Extra-hospitalier (préciser s'il est facturé une mise à disposition de personnel des ES)				
Nombre de patients hospitalisés pour un sevrage à la suite d'une consultation				
Nombre d'actions de formation auprès des personnels (détail de ces formations à préciser dans les remarques)				
Observations, remarques :				

Objectifs : Développer le travail en intra et un extra hospitalier
 Développer les actions de coopération avec les structures médico sociales ou de ville afin de renforcer la structuration de la filière

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

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

Critères d'éligibilité :	<p>C'est une dotation dont l'attribution est fixée au niveau national sur la base d'un modèle de financement mis en place en 2009, qui a ensuite évolué en 2010 et nécessite aujourd'hui quelques aménagements.</p> <p>Selon le dernier modèle de financement, établi en 2010, l'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMUC/AME dépasse le seuil fixé à 10,5%. S'il s'avère après ce premier calcul que la somme allouée est inférieure au seuil de 40 000€, alors il n'y a pas de dotation pour l'établissement pour éviter le saupoudrage des sommes. Le reliquat ainsi obtenu est réparti de nouveau sur l'ensemble des établissements.</p> <p>Si la méthode de calcul est la même pour les secteurs ex-OQN et ex-DG, chaque secteur est considéré de façon distincte. Par ailleurs, l'APHP, l'APHM et les HCL sont chacun considérés comme un unique établissement.</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>La dotation MIG précarité sert à financer les surcoûts structurels et organisationnels générés par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires au sein de la population prise en charge dans l'établissement de santé. Il s'agit majoritairement de frais de personnel dédié et de factures impayées.</p> <p>Afin d'être le plus juste et pertinent possible dans l'attribution des dotations, il est souhaitable que les ARS informent à l'avance le niveau national, le cas échéant, de la fermeture des établissements privés.</p>
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Sur la base d'une estimation des frais occasionnés spécifiquement pour la prise en charge de patients en situation de précarité, au niveau national, un montant total de 150 M€ à répartir a été défini en 2010 (100 M€ en 2009). L'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMUC/AME dépasse un seuil fixé à 10,5%. On parle ici de séjours complets, hors urgences.</p> <p>Chaque établissement reçoit un pourcentage de la somme totale. Comme indiqué dans les critères d'éligibilité, un seuil « plancher » à 40 000€ est fixé comme minimum de la dotation accordée. Le reliquat étant réparti de nouveau sur l'ensemble des établissements bénéficiaires de la dotation. Ces paramètres sont identiques pour les deux secteurs.</p> <p>Tous les établissements dotés en 2009, non éligibles au modèle 2010 (taux de CMU/AME/CMUC) inférieur à 10,5% ne reçoivent pas de dotation en 2010.</p> <p>Les établissements dotés en 2009, éligibles au modèle 2010 mais perdant une partie de leur dotation perçoivent une compensation exceptionnelle et limitée à l'année 2010 afin que le montant de 2009 soit conservé à minima.</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	JPE
CH ABBEVILLE	0,00	425 341,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre de patients concernés				
Observations, remarques :				

Objectifs :	<p>Pour les établissements recevant beaucoup de patients en situation de précarité (à savoir beaucoup de séjours CMU/CMUC/AME), la MIG précarité vise à compenser les surcoûts organisationnels et structurels générés par l'accueil de ces populations.</p>
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les services mobiles d'urgence et de réanimation mentionnés à l'article R.6123-10 CSP / SMUR**

Base réglementaire : Décret N°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)
Décret N°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)

Financement forfaitaire proposé :

1) 1 ligne de garde et un nombre de passage inférieur à 1 500

3 ETP praticien hospitalier
2 ETP
1 indemnité de suggestion 24h/24
5 ETP infirmier diplômé d'état
5 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 1 069 635 €

2) 1 ligne de garde, 1 jour et un nombre de passage compris entre 1 500 et 2 500

2 ETP praticien hospitalier
6 ETP
1 indemnité de suggestion 24h/24
8 ETP infirmier diplômé d'état
8 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 1 468 635 €

3) 2 lignes de garde et un nombre de passage compris entre 2 500 et 4 000

6 ETP praticien hospitalier
4 ETP
2 indemnité de suggestion 24h/24
10 ETP infirmier diplômé d'état
10 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 2 139 270 €

4) 4 lignes de garde

12 ETP praticien hospitalier
8 ETP
4 indemnité de suggestion 24h/24
20 ETP infirmier diplômé d'état
20 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 4 278 540 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CH'ABBEVILLE	1 281 595,00	186 741,00		1 468 635,00

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
Existe-t-il un SMUR pédiatrique au sein de votre ES ?						
Nombre total de sorties SMUR						
Nombre de sorties SMUR terrestres						
Nombre de sorties "transport IDE"						
Nombre de sorties pédiatriques						
Montant de la facturation issue des transports secondaires						
Autres recettes, à préciser :						
Observations, remarques :						

Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en gériatrie	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
ETP Personnel médical ⁽¹⁾						
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾						
ETP autres personnels ⁽¹⁾						
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾						
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾						
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾						
(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année						
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée						
Observations, remarques :						

Autres, divers	
Description de l'organisation du SMUR dans le cadre du pôle de rattachement (nb de ligne de garde 24h/24) :	
Description des mutualisations mises en place avec :	
- le service de médecine d'urgence :	
- le SAMU :	
- la réanimation-surveillance continue :	
Observations, remarques :	
Le dimensionnement des MIG doit permettre de compenser le coût de fonctionnement de chaque équipe SMUR. Dans ces conditions, les établissements ne peuvent pas facturer les transports secondaires, que pour la partie correspondant aux coûts de logistique liés aux déplacements des véhicules de transport.	

Objectifs :	Développement des transports infirmiers Régionalisation et optimisation des transports hélicoptés
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Intervention d'équipes mobiles en GERIATRIE**

Base réglementaire : Circulaire N°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
Circulaire N°2007-117 du 28 mars 2007 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

Rappel des missions : Participer à la prise en charge gériatrique la plus précoce possible en développant l'accès de la personne âgée à une expertise gériatrique notamment par la réalisation de consultations, de diagnostics et d'évaluations globales pluridisciplinaires gérontologiques.
Développer des coopérations
Promouvoir une logique de recours à l'équipe mobile de gériatrie
Diffuser les bonnes pratiques auprès des professionnels

Périmètre de la mission : L'EMG intervient à la demande :
- des services d'accueil des urgences dès qu'un patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation est admis
- de l'ensemble des services hospitaliers auprès de patients hospitalisés ou de consultations externes
- auprès d'établissements partenaires (ES ou structures médico sociales)

Financement forfaitaire proposé :

0,6 ETP praticien hospitalier
1 ETP infirmier diplômé d'état
0,5 ETP aide soignant
0,5 secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 166 760 €

1 ETP praticien hospitalier
2 ETP infirmier diplômé d'état
0,5 ETP aide soignant
0,5 secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 262 900 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CH ABBEVILLE	176 535,00	9 773,00		166 762,00

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
L'EMG est-elle intégrée dans la filière gériatrique ?						
Existe-t-il un court séjour gériatrique dans votre ES ?						
Le médecin gériatre est-il partagé avec d'autres services ?						
Existe-t-il une mutualisation des moyens avec un service de court séjour ou une unité de médecine ?						
Existe-t-il une convention avec d'autres établissements ?						
Liste des établissements concernés par une convention						
Quel est le territoire couvert, distance ?						
Délai moyen d'intervention						
Montant des recettes T2A issues des consultations						
Autres recettes, à préciser :						
Observations, remarques :						

Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en gériatrie	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Praticien hospitalier ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP aide soignant ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Praticien hospitalier ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP aide soignant ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				
(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année				
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée				
Observations, remarques :				

Autres, divers	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
Nombre de consultations facturées				
Nombre d'interventions auprès des patients hospitalisés et/ou aux urgences				
Nombre d'interventions extra hospitalières				
Délai d'intervention en intra hospitalier				
Délai moyen :				
Borne basse :				
Borne haute :				
Délai d'intervention en extra hospitalier				
Délai moyen :				
Borne basse :				
Borne haute :				
Observations, remarques :				

Objectifs : Développer les interventions auprès des établissements partenaires et des structures médico sociales pour éviter les ré-hospitalisations et limiter les passages aux urgences
Evaluer le cas échéant les renforcements nécessaires pour parvenir à cet objectif

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les réseaux de télésanté, notamment la télémedecine**

Base réglementaire :	Art. L.6316-1 du CSP Art. 78 de la loi HPST recommandant la télémedecine comme une activité médicale à part entière Décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	<p>Seuls les établissements de santé ou GCS ayant signé un contrat spécifique ou comportant une mention sur le déploiement de la télémedecine dans leur CPOM peuvent bénéficier de ce financement.</p> <p>En outre, à des fins d'éligibilité, l'établissement de santé doit pouvoir attester d'un projet de télémedecine faisant l'objet d'une convention entre les opérateurs en conformité du décret du 21 octobre 2010 relatif à l'activité de télémedecine.</p> <p>Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou en cas de non respect du projet de télémedecine)</p> <p>En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements éligible à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.</p>
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La dotation MIG couvre les dépenses non financées par d'autres recettes, notamment les recettes d'activité. A ce titre, elle finance la mise en place et l'organisation de l'activité de télémedecine (infrastructures, matériel, prestataires de service et personnel ETP dédié).
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Le montant de la dotation doit correspondre aux dépenses occasionnées par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission. En somme, ce montant correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en œuvre de la mission, auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement (frais liés à l'entretien du local et du matériel dédié, inhérent aux problématiques de télémedecine pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel).</p> <p>En sus, ce montant comprend aussi certains frais liés au financement de prestataires de service.</p> <p>Le calcul de ses frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.</p> <p>Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	
CH ABBEVILLE	40 309,00	40 309,00		0,00

Evaluation annuelle

Activité		2011	2012	Evolution 2011/2012	
				En nombre	En pourcentage
	Nombres de nouvelles implantations				
	Nombres d'actes de télémedecine réalisés				
Observations, remarques :					

Objectifs :	<p>L'objectif de cette mission est de favoriser le déploiement des activités de télémedecine sur les territoires de santé. Pour rappel, la télémedecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications. C'est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant.</p> <p>L'article R. 6316-1 CSP dispose que relèvent de la télémedecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémedecine :</p> <p>1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;</p> <p>2° La télé expertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels de santé ;</p> <p>3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données de surveillance médicale ;</p> <p>4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé ;</p> <p>5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6311-1 du CSP ;</p>
--------------------	--

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

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 VIH

Mesure FIR à compter de mars 2012

Base réglementaire :	<p>Art L 6111-1 et L 6112-1 du CSP Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges et à la composition du dossier de demande d'autorisation Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient Circulaire DHOS/DGS n°2002/215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé Circulaire DHOS n°2007/216 du 14 mai 2007 relative au développement de l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques Circulaire DHOS/ MT2A n°2008/236 du 16 juillet 2008 relative au financement de la mission d'intérêt général « actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques » et portant sur la mise en place d'un suivi de l'activité d'ETP dans les établissements de santé</p>
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	<p>En application de l'article 84 de la loi du 21 juillet 2009 ainsi que des décrets du 2 août 2010, les actions développées au titre de l'ETP doivent répondre à une procédure d'autorisation spécifique par les ARS. Toutes les actions d'ETP autorisées n'ouvrent néanmoins pas droit à financement.</p> <p>La circulaire N°DHOS/MT2A/2008/236 du 16 juillet 2008 propose aux ARS de dimensionner la MIG ETP en fonction du nombre de patients entrant dans un programme d'éducation dès lors que ce programme répond aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø un programme structuré d'éducation thérapeutique dont les résultats sont évalués (satisfaction des patients, acquisition de compétences, autonomie, qualité de vie, état de santé...); Ø un programme d'éducation thérapeutique élaboré et mis en œuvre par des professionnels de santé formés; Ø un programme d'éducation thérapeutique organisé en lien avec le médecin traitant pour l'orientation initiale et le suivi des patients à la sortie de l'hôpital. <p>Les financements ainsi alloués sont précisés dans l'avenant MIGAC du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou incompatible avec ledit cahier des charges)</p> <p>En cas d'offre insatisfaisante ou inférieure au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements éligibles à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>La MIG ETP inclut les programmes d'ETP développés sur un mode ambulatoire. Sont exclues en revanche de son périmètre les actions de prévention et d'éducation réalisées pour des patients hospitalisés y compris en hôpital de jour.</p> <p>Les actions visées sont relatives aux maladies chroniques entendues au sens large et ne se limitent pas aux pathologies citées dans le libellé de la MIG.</p>
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Le calcul du montant à notifier est basé sur le nombre de patients entrant dans le programme d'éducation (dispositions de la circulaire DHOS/MT2A du 16 juillet 2008).</p> <p>Un programme peut comporter plusieurs séances, individuelles ou collectives, dépendant de la pathologie, de la situation du patient, des données du diagnostic éducatif initial. Il est estimé que la prise en charge d'un patient entrant dans un tel programme est, en moyenne, de l'ordre de 250 euros toutes séances confondues. Ainsi, la prise en charge, en une année, de 200 patients par exemple, pour un programme d'éducation thérapeutique répondant aux conditions minimales de qualité énumérées ci-dessus, justifierait d'un financement de 50 000 euros, hors missions spécifiques (recours, formation, etc.).</p> <p>Ne sont considérés ici que les programmes d'éducation thérapeutique développés sur un mode ambulatoire. Les activités d'éducation assurées au cours d'une hospitalisation sont couvertes par les tarifs de GHS et n'entrent pas dans le champ de la MIG. Il est rappelé que l'utilisation de l'hôpital de jour pour des séances d'éducation va à l'encontre des textes sur les activités « frontières » entre activité ambulatoire et activité d'hospitalisation</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R 16/04/2012
		R	JPE	
GH ABBEVILLE	308 413,00	308 413,00	51 402,00	0,00

Evaluation annuelle

Activité			Evolution 2011/2012	
	2011	2012	En nombre	En pourcentage
File active de patient entrant dans le programme d'éducation				
Observations, remarques :				

Objectifs :	<p>Développer les actions d'éducation thérapeutique proposées aux patients atteints de maladies chroniques dans un cadre d'activités ambulatoires.</p> <p>Les actions d'ETP se distinguent de la simple information délivrée aux patients. Elles consistent en un ensemble de méthodes et d'outils développés dans un cadre pluridisciplinaire, destinés à rendre le malade plus autonome dans la gestion de sa maladie et ainsi à restreindre ou à retarder la survenue d'éventuels incidents ou complications permettant de limiter le recours aux soins.</p> <p>Ces actions peuvent être réalisées sous des formes très variées : consultations pluridisciplinaires, séances éducatives individuelles ou de groupe, réunions d'information, livrets d'information, réunions de suivi post-hospitalisation, etc.</p>
--------------------	--

Détail des bases AC

Etablissement : CH ABBEVILLE

		Bases + Mesures Nouvelles 2012						
Typologie des AC dans ARBUST MIGAC	Libellé de la mesure notifiée	Base AC R au 01 01 2012	Débasage crédits Investissements	Débasage mesures divers (ajustement des bases)	Base + MN R 2012	Sécurité et qualité des soins(CREX)	MN NR 2012	Total AC R-NR au 18/04/2012 (BP)
		R	R	R		NR		
I Développement activité								
1	Obstétrique/périnatalité							
	Périnat consultation 4ème mois							
	Périnat : mise aux normes							
	Ajustement mise aux normes périnat							
III Amélioration de l'offre de soins existante								
1	Actions de coopérations							
2	Soutien à la démographie des professionnels de santé							
	EAP SPE							
	SPE multi sites							
	SPE							
	multi sites							
	postes prioritaires							
	Transfo PAC en PH							
	Soutien formation apprentis préparateurs en pharmacie							
	Postes assistants partagés ARS							
IV Restructuration et soutien aux Ets déficitaires								
2	Restructurations (hors PRE)							
3	Soutien aux étab déficitaires (hors PRE)/mes ponctuelles	178 461		-178 461				
V Investissements								
2	Mesures régionales d'investissement	1 359 373	-1 359 373					
VI Autres								
2	Divers							
	Indemnisation des responsables de pôles							
	Effort d'économies (efficacité des structures)							
	Débasage écoles							
	Expertise et recours région rhumatologie							
	Radiologie GIE							
	Ecoles - charges nouvelles							
	Réserve AC 15 %							
	Redéploiement interrégional AC							
Total		1 537 834	-1 359 373	-178 461		8 684	8 684	8 684

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-113 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier d'Albert pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800000036

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-12 à L.162-22-15, L.174-1, L.174-1-1, L.174-5, L.174-6, D.162-6 à D.162-8, R.162-29-3, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4 et R.174-2 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles concernant l'organisation financière des établissements de santé publics L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment l'article 33 modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié, relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié, portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et de la famille (partie réglementaire) ;

Vu le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié, portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment l'article 4 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 2010 modifié, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu la circulaire interministérielle n° DHOS/F4/DSS/1A/DGCP/5C/2008/11 du 16 janvier 2008 relative aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce, et l'évaluation de leur mise en œuvre effectuée en 2011 ;

ARRETE

Article 1 : Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels au Centre Hospitalier d'Albert, sont fixés, pour l'année 2012, aux articles 2 et 3 du présent arrêté.

Article 2 : DAF

Le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale est fixé à **1 427 918 €**, € au titre de la DAF SSR ;

Article 3 : MIGAC

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **7 950 €** au titre des missions d'intérêt général,

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ce montant.

Article 4 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Centre Hospitalier d'Albert, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 5 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex.

Article 6 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le **18 AVR. 2012**

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,

P/S



Céline VIGNÉ

La Sous Directrice
de l'Hospitalisation

Etablissement évalué :	GH ALBERT
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr 12

**CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDES)**

Base réglementaire :	Art L. 6112-1 et suivant du CSP Art L. 162-22-15 du CSS
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PDES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, la non éligibilité au titre de la PDES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La PDES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PDES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDES.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Compensation des indemnités versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de l'enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire. La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics : 2/12ème de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG - 3/12ème de la dotation annuelle sous forme d'une dotation FIR - Pour les établissements de santé privé : 2/12ème de la dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PDES signé par l'établissement en janvier 2012,
------------------------------------	---

Mesure	Mesures nouvelles 2012		Période couverte
	R	NR	
MIG		7 950,00	Jan. à Fév. 2012
FIR	0,00		Mar. à Mai 2012

Evaluation annuelle

Activité
Observations, remarques : Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PDES et des crédits y afférant.

Objectifs :	La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (la nuit à partir de 18h30 et jusqu'à 8h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés
--------------------	--

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-114 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800000044

N° FINESS : 800006264 USLD

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-12 à L.162-22-15, L.174-1, L.174-1-1, L.174-5, L.174-6, D.162-6 à D.162-8, R.162-29-3, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4 et R.174-2 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11, R.1435-16 à R.1435-36 et les articles concernant l'organisation financière des établissements de santé publics L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment l'article 33 modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié, relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié, portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et de la famille (partie réglementaire) ;

Vu le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié, portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment l'article 4 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 2010 modifié, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2012 fixant le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional pour l'année 2012 ;

Vu la circulaire interministérielle n° DHOS/F4/DSS/1A/DGCP/5C/2008/11 du 16 janvier 2008 relative aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la circulaire n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce, et l'évaluation de leur mise en œuvre effectuée en 2011 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre de la mise en œuvre de la mission relative à la permanence des soins en établissement de santé, mission financée par le fonds d'intervention régional conformément aux dispositions des articles L.1435-8 et R.1435-16 du code de la santé publique ;

ARRETE

Article 1 : Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels au Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens, sont fixés, pour l'année 2012, aux articles 2 à 6 du présent arrêté.

Article 2 : FORFAITS

Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L.162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés à **5 553 013 €** dont :

4 557 477 € pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences ;

438 612 € pour le forfait annuel relatif à l'activité de prélèvement d'organes ;

556 924 € pour le forfait annuel relatif à l'activité de transplantation d'organes et de greffe de moelle osseuse.

Article 3 : DAF

Le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale est fixé à **13 010 807 €**, dont :

11 251 969 € au titre de la DAF SSR ;

1 758 838 € au titre de la DAF PSY ;

Article 4 : USLD

Le forfait annuel de soins, mentionné à l'article L.174-5 du code de la sécurité sociale, relatif à l'activité de soins de longue durée, est fixé à **5 640 516 €**.

Article 5 : MIGAC

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **71 968 818 €**, dont :

48 201 035 € au titre des missions d'intérêt général,

23 767 783 € au titre de l'aide à la contractualisation.

Les fiches annexées au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

Article 6 : FIR

Le montant de la somme attribuée au titre du fonds d'intervention régional, en application du 1° de l'article L. 1435-8 et du 3° de l'article R. 1435-16 du code de la santé publique, en vue du financement de la permanence des soins en établissement de santé, est fixé à **1 176 373 €**, pour la période du 1^{er} mars au 31 mai 2012 ;

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ce montant.

Article 7 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 8 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex.

Article 9 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le **18 AVR. 2012**

 Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,


Céline VIGNON

**La Sous Directrice
de l'Hospitalisation**

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Intervention d'équipes pluridisciplinaire en ADDICTOLOGIE**

Base réglementaire : Code de la santé publique.
Circulaire du 10 septembre 1996 relative à la création d'équipe en alcoologie
Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives
Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie
Circulaire du 16 mai 2007 sur l'organisation de l'addictologie

Rappel des missions : Travail de liaison : formation des équipes, élaboration de protocoles de soins
Intervention : aux urgences, pendant d'hospitalisation, en consultations externes
Partenariat avec les acteurs et coordination
Actions de prévention
L'activité de liaison de ces équipes ne doit pas se confondre avec l'activité en charge en hospitalisation ou en consultations de patients dépendants. Ne relève pas d'un financement MIG de l'activité prise en charge par un GHS.

Financement forfaitaire proposé :

1) Base de financement 3 000 consultations et plus

0,8 ETP Praticien hospitalier
3 ETP Personnel non médical
Frais de structure
Financement forfaitaire : 241 780 €

2) Base de financement entre 2 000 et 3 000 consultations

0,6 ETP Praticien hospitalier
2 ETP Personnel non médical
Frais de structure
Financement forfaitaire : 168 960 €

3) Base de financement entre 1 000 et 2 000 consultations

0,4 ETP Praticien hospitalier
1,5 ETP Personnel non médical
Frais de structure
Financement forfaitaire : 121 880 €

4) Base de financement moins de 1 000 consultations

0,2 ETP Praticien hospitalier
1 ETP Personnel non médical
Frais de structure
Financement forfaitaire : 72 820 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	438 762,00	-134 883,00		303 879,00

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
1) Travail de liaison :						
Formation des équipes						
Elaboration de protocoles de soins						
Actions de prévention						
2) Type d'activités :						
Tabac						
Alcool						
Drogue						
Médicament						
Autres (préciser						
3) Interventions :						
Aux urgences						
Pendant l'hospitalisation						
En consultations externes						
4) Existe-t-il une mutualisation des moyens ?						
Avec la consultation hospitalière d'addictologie						
Avec un autre service d'hospitalisation et/ou consultation en médecine						
Montant des recettes T2A issues des consultations						
Autres recettes, à préciser :						

Observations, remarques :

Effectifs dédiés aux Equipes pluridisciplinaires en addictologie

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Praticien hospitalier ⁽¹⁾				
ETP psychiatre ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP psychologue ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Praticien hospitalier ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP Psychiatre ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP Psychologue ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
Nombre de consultations :				
Internes (intervention auprès d'un patient hospitalisé)				
Externes (consultations de suivis facturés)				
Aux urgences (interventions auprès d'un patient)				
Extra-hospitalier (préciser s'il est facturé une mise à disposition de personnel des ES)				
Nombre de patients hospitalisés pour un sevrage à la suite d'une consultation				
Nombre d'actions de formation auprès des personnels (détail de ces formations à préciser dans les remarques)				

Observations, remarques :

Objectifs : Développer le travail en intra et un extra hospitalier
Développer les actions de coopération avec les structures médico sociales ou de ville afin de renforcer la structuration de la filière

Établissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les services mobiles d'urgence et de réanimation mentionnés à l'article R.6123-10 CSP / SMUR

Base réglementaire : Décret N°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)
 Décret N°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)

Financement forfaitaire proposé :

1) 1 ligne de garde et un nombre de passage inférieur à 1 500

3 ETP praticien hospitalier
2 ETP
1 indemnité de suggestion 24h/24
5 ETP infirmier diplômé d'état
5 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 1 069 635 €

2) 1 ligne de garde, 1 jour et un nombre de passage compris entre 1 500 et 2 500

2 ETP praticien hospitalier
6 ETP
1 indemnité de suggestion 24h/24
8 ETP infirmier diplômé d'état
8 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 1 468 635 €

3) 2 lignes de garde et un nombre de passage compris entre 2 500 et 4 000

6 ETP praticien hospitalier
4 ETP
2 indemnité de suggestion 24h/24
10 ETP infirmier diplômé d'état
10 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 2 139 270 €

4) 4 lignes de garde

12 ETP praticien hospitalier
8 ETP
4 indemnité de suggestion 24h/24
20 ETP infirmier diplômé d'état
20 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 4 278 540 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	5 051 424,00	-113 637,00		4 937 787,00

Le montant de la dotation tient compte des spécificités suivantes : Existence d'un SMUR pédiatrique, dotation ECMO (Oxygénateur extracorporel à membrane), le CESU (Centre d'enseignement aux soins d'urgences) à hauteur de 250 K€

Evaluation annuelle

Activité

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
Existe-t-il un SMUR pédiatrique au sein de votre ES ?						
	2011		2012		Evolution 2011/2012	
Nombre total de sorties SMUR						
Nombre de sorties SMUR terrestres						
Nombre de sorties "transport IDE"						
Nombre de sorties pédiatriques						
Montant de la facturation issue des transports secondaires						
Autres recettes, à préciser :						

Observations, remarques :

Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en gériatrie

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Personnel médical ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année

(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

Description de l'organisation du SMUR dans le cadre du pôle de rattachement (nb de ligne de garde 24h/24) :

Description des mutualisations mises en place avec :

- le service de médecine d'urgence :

- le SAMU :

- la réanimation-surveillance continue :

Observations, remarques :

Le dimensionnement des MIG doit permettre de compenser le coût de fonctionnement de chaque équipe SMUR. Dans ces conditions, les établissements ne peuvent pas facturer les transports secondaires, que pour la partie correspondant aux coûts de logistique liés aux déplacements des véhicules de transport.

Objectifs : Développement des transports infirmiers
 Régionalisation et optimisation des transports hélicoptés

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les transports SMUR hélicoptés**

Base réglementaire : Décret N°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)
Décret N°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)

Financement forfaitaire proposé :
Base de calcul théorique du coût de la location annuelle (année de référence 2010)
Coût moyen à la minute : 47€
Temps moyen d'une intervention 46 minutes
Utilisation annuelle de 43 120 minutes
Soit un coût annuel de 2 100 000 €

Financement forfaitaire : 480 000 €

Le financement forfaitaire tient compte de la part des transports secondaires dans le coût total, des aides allouées et de la MIG SMUR terrestre.

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS		243 000,00		243 000,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
Nombre d'appels régulés par le SAMU				
Nombre d'indisponibilité (météo, équipes...)				
Nombre de recours à un autre moyen hélicopté				
Nombre d'interventions primaires total				
Nombre d'interventions primaires pédiatriques				
Nombre d'intervention secondaires total				
Nombre d'intervention secondaires pédiatrique				
Temps d'intervention total (y compris sans patient)				
Temps passé aux côtés du patients (transport et hors transport)				
Nombre de transports pour le gain de temps (optimisation du temps médical)				

Lieux d'intervention et la destination :

Gravité (CCMU a priori pour les primaires) :

Observations, remarques :

Effectifs dédiés au SMUR hélicopté

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Personnel médical ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

Dysfonctionnements rencontrés (matériels, informations...) :

Le dimensionnement des MIG doit permettre de compenser le coût de fonctionnement de chaque équipe SMUR. Dans ces conditions, les établissements ne peuvent pas facturer les transports secondaires, que pour la partie correspondant aux coûts de logistique liés aux déplacements des véhicules de transport.

Observations, remarques :

Objectifs : Développement des transports infirmiers
Régionalisation et optimisation des transports hélicoptés

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les centres périnataux de proximité / CPP
Mesure FIR à compter de mars 2012

Base réglementaire : Article R. 6123-50 du Code de la Santé Publique

Financement forfaitaire proposé :

0,3 ETP médical
1 ETP Sage femme
Frais de structures et logistique médicale
Financement forfaitaire : 99 550 €

Base du financement pour : file active de 300 patientes et 1 500 consultations et passages

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	JPE	
CHU AMIENS	498 702,00	-317 702,00	-181 000,00	30 167,00
				0,00

Le cahier des charges a été validé par le COTER périnatalité en 2011

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
File active de parturientes				
Nombre de consultations prénatales facturées				
Nombre de consultations pédiatriques facturées				
Nombre de séances d'entretien prénatal précoce				
Nombre de séances de préparation à l'accouchement				
Nombre de préparation à la naissance et à la parentalité				
Montant des recettes T2A issues des consultations				
Autres recettes, à préciser :				

Observations, remarques :

Effectifs dédiés au CPP	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
ETP Personnel médical ⁽¹⁾				
ETP Sage femme ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP Sage femme ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre d'heure d'ouverture hebdomadaire				
Participation au réseau Périnatal de Picardie				
Convention avec E.P.S.				
Actions de santé publique réalisées				

Observations, remarques :

Objectifs : Assurer une prise en charge au plus près du domicile des parturientes
Atteindre une file active de patientes de 250 par an

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

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

Critères d'éligibilité :	<p>C'est une dotation dont l'attribution est fixée au niveau national sur la base d'un modèle de financement mis en place en 2009, qui a ensuite évolué en 2010 et nécessite aujourd'hui quelques aménagements.</p> <p>Selon le dernier modèle de financement, établi en 2010, l'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMUC/AME dépasse le seuil fixé à 10,5%. S'il s'avère après ce premier calcul que la somme allouée est inférieure au seuil de 40 000€, alors il n'y a pas de dotation pour l'établissement pour éviter le saupoudrage des sommes. Le reliquat ainsi obtenu est réparti de nouveau sur l'ensemble des établissements.</p> <p>Si la méthode de calcul est la même pour les secteurs ex-OQN et ex-DG, chaque secteur est considéré de façon distincte. Par ailleurs, l'APHP, l'APHM et les HCL sont chacun considérés comme un unique établissement.</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>La dotation MIG précarité sert à financer les surcoûts structurels et organisationnels générés par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires au sein de la population prise en charge dans l'établissement de santé. Il s'agit majoritairement de frais de personnel dédié et de factures impayées.</p> <p>Afin d'être le plus juste et pertinent possible dans l'attribution des dotations, il est souhaitable que les ARS informent à l'avance le niveau national, le cas échéant, de la fermeture des établissements privés.</p>
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Sur la base d'une estimation des frais occasionnés spécifiquement pour la prise en charge de patients en situation de précarité, au niveau national, un montant total de 150 M€ à répartir a été défini en 2010 (100 M€ en 2009). L'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMUC/AME dépasse un seuil fixé à 10,5%. On parle ici de séjours complets, hors urgences.</p> <p>Chaque établissement reçoit un pourcentage de la somme totale. Comme indiqué dans les critères d'éligibilité, un seuil « plancher » à 40 000€ est fixé comme minimum de la dotation accordée. Le reliquat étant réparti de nouveau sur l'ensemble des établissements bénéficiaires de la dotation. Ces paramètres sont identiques pour les deux secteurs.</p> <p>Tous les établissements dotés en 2009, non éligibles au modèle 2010 (taux de CMU/AME/CMUC) inférieur à 10,5% ne reçoivent pas de dotation en 2010.</p> <p>Les établissements dotés en 2009, éligibles au modèle 2010 mais perdant une partie de leur dotation perçoivent une compensation exceptionnelle et limitée à l'année 2010 afin que le montant de 2009 soit conservé à minima.</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	JPE	
CHU AMIENS	0,00	1 371 456,00	

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre de patients concernés				
Observations, remarques :				

Objectifs :	<p>Pour les établissements recevant beaucoup de patients en situation de précarité (à savoir beaucoup de séjours CMU/CMUC/AME), la MIG précarité vise à compenser les surcoûts organisationnels et structurels générés par l'accueil de ces populations.</p>
--------------------	--

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie**

Base réglementaire :	Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé Mesure 19-2 du plan cancer 2009-2013
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non finançables au titre des MIG soit 881 établissements publics et privés
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	Les actions financées au titre de cette mission sont les suivantes : - Le développement des dispositifs d'annonce - Les réunions de coordination pluridisciplinaire - Les soins de supports La dotation MIGAC finance donc les personnels (ainsi que les frais de fonctionnement) dédiés à la mise en œuvre de ces actions.
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Cette MIG a fait l'objet d'une forfaitisation en 2011 et d'une allocation fléchée par établissement, de manière à rendre son allocation plus transparente, en fonction des missions et de la file active des établissements.</p> <p>Cette forfaitisation a été élaborée par l'ATIH en fonction des travaux conduits (ATIH/DGOS/INCa) au niveau national. En 2010, une enquête détaillée avait été conduite auprès des ARS, afin d'identifier très précisément les financements mobilisés et leur attribution, d'éliminer les financements croisés et d'évaluer la part respective des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) et du compartiment dispositif d'annonce+réunion de concertation pluridisciplinaire +soins de support dans la MIG unique.</p> <p>Le modèle d'allocation de cette enveloppe a été réalisé par l'ATIH et prend en compte les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attribution d'un socle par établissement (20 000 € par établissement, avec prise en compte du caractère multi-site de l'AP-HP) - File active de patients : forfait par tranche de 50 patients supplémentaires identifié sur la base des remontées d'activité 2009 (chaque patient compte une seule fois quel que soit son nombre de séances ou de séjours), d'environ 3 152 € pour le - Nombre de modalités de l'activité autorisées (2 modalités : +25% ; 3 modalités: +50%) - Surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie, c'est-à-dire en pratique les CHU (+ 8 - Prise en compte du coefficient géographique. - Abattement de 25% du socle et de la valeur des tranches dans le secteur ex-OQN au titre de la non intégration des hono
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
CHU AMIENS	0,00		521 131,00	

Evaluation annuelle

Qualité	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
			Enquête ad-hoc auprès des ARS	
Suivi et évaluation des mesures du plan cancer				

Observations, remarques :

Objectifs :	Cette MIG a vocation à financer l'accès pour tous les patients atteints de cancer au dispositif d'annonce, à la pluridisciplinarité et aux soins de support au sein de tous les établissements de santé autorisés aux pratiques de traitement du cancer suivantes : chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie.
--------------------	---

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
 Délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI)**

Base réglementaire :

Circulaire n° DGOS/PF4/2011/329 du 29 juillet 2011 relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique

Critères d'éligibilité

L'éligibilité à la MIG est basée sur la réussite aux appels à projets nationaux de la DGOS. Toutes les catégories d'établissements de santé peuvent sous réserve de l'atteinte de certains seuils faire l'objet d'un financement de DRCI.

Périmètre de financement

L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.

Les DRCI sont des structures dédiées à la recherche clinique. Elles ne génèrent pas de recettes d'activité.

Les établissements perçoivent des recettes sur projets de par leur participation à des essais tant institutionnels qu'industriels, qui entrent dans le plan de financement de ces structures.

Parfois, compte tenu de leur importance stratégique pour un site hospitalier, ces structures bénéficient de soutiens institutionnels divers et notamment de subvention des collectivités territoriales. Dans ce cas, ces soutiens doivent apparaître dans le compte de résultat de la structure. Il convient donc de prendre en compte ce financement dans le calcul des dotations afin de ne pas surcompenser l'établissement.

Critères de compensations

Les crédits MERRI sont essentiellement destinés à financer des ressources humaines correspondant aux métiers spécifiques de la promotion d'essais cliniques (membres des directions de recherche clinique et innovation, datamanagers, biostatisticiens, pharmacovigilants, chefs de projet, ARC moniteurs, etc.).

Les établissements peuvent également avoir recours à ces financements MERRI pour acquérir des outils tels que des logiciels liés à la promotion d'essais cliniques.

Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel. Il appartient cependant aux établissements de santé de définir le niveau de comptabilisation des charges indirectes de ces structures étant entendu que les financements MERRI constituent des financements structurants qui doivent contribuer directement au soutien à la promotion et à l'investigation à côté des financements sur projets que perçoit l'établissement.

La dotation doit notamment évoluer sous l'effet d'indicateurs de performance notamment le nombre et le type d'essais cliniques en cours promus par l'établissement et la réussite aux appels à projets nationaux de la DGOS sur les trois dernières années.

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE
CHU AMIENS	0,00	810 949,00

Evaluation annuelle

L'évaluation annuelle sera assurée par la DGOS

Objectifs :

Les DRCI sont identifiées et financées dans les établissements de santé qui assurent la promotion d'essais cliniques et qui justifient d'un niveau d'activité significatif en recherche clinique.

L'organisation des DRCI est laissée à la libre appréciation des établissements même si la plupart ont choisi d'identifier une coordination bicéphale : coordination médico-scientifique d'une part, coordination administrative d'autre part. Dans tous les cas, les DRCI sont sous la responsabilité du représentant légal de l'établissement, qui assume la responsabilité juridique de la promotion des essais cliniques.

Elles ont en charge :

- l'ensemble des opérations liées à la promotion d'essais cliniques, notamment l'expertise méthodologique et scientifique des projets de recherche clinique ainsi que le montage technico-réglementaire et financier des projets
- la validation et le dépôt des projets aux appels à projets nationaux, y compris pour les établissements non pourvus de DRCI.

Selon des organisations internes propres à chaque établissement, les DRCI réunissent des compétences de haute technicité et garantissent la prise en compte des obligations réglementaires qui incombent au promoteur par appui sur des fonctions de monitoring, vigilance des essais cliniques, biostatistique, datamanagement et par le déploiement d'une démarche qualité en recherche.

Elles participent également à l'animation de la politique scientifique de l'établissement concerné, en articulation avec les autres instances compétentes en recherche.

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Programme Hospitalier de Recherche Clinique National (PHRCN)**

Base réglementaire : Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale

Critères d'éligibilité : Peuvent être porteurs de projets les praticiens des établissements de santé. Les projets sont déposés sous la responsabilité du représentant légal de l'établissement de santé et transmis à la DGOS après validation par les DRCI (Évaluation des projets par des experts et par un jury).

Périmètre de financement : Les financements du PHRCN sont destinés à financer les ressources engagées spécifiquement pour la conduite du projet. Les dépenses éligibles peuvent concerner :
 - des ressources humaines, objectivées en ETP pour les besoins propres du projet pour la durée de ce dernier. Dans tous les cas, le financement du PHRCN vise à compenser une charge pour la seule durée du projet ;
 - des dépenses de fonctionnement autres que les dépenses de personnel (petit matériel médical, consommables, médicaments, documentation, frais de déplacement, etc.)
 Les crédits PHRCN excluent le financement de dépenses générant de l'amortissement (travaux ou aménagement de locaux, équipements lourds, etc.).
 Les crédits sont destinés à l'usage exclusif des établissements de santé concernés par le projet. Le reversement de tout ou partie de ces crédits à d'autres structures, organismes ou personnes morales ou physiques ne peut être autorisé que dans le cas de prestations et dans l'hypothèse où l'établissement de santé ne possède pas, en interne, les compétences nécessaires à la bonne réalisation dudit projet. Dans ce cas de figure, il est demandé un respect strict des règles de mise en œuvre.
 Les crédits sont délégués à l'établissement de santé "gestionnaire", employeur du porteur principal du projet. Le promoteur
 En outre, un projet financé au PHRCI ne peut pas faire l'objet d'une demande simultanée de financement au PHRCN ou à t

Critères de compensations : Le budget prévisionnel du projet financé par les crédits du PHRCN doit intégrer :
 - l'ensemble des dépenses liées au projet, à l'exclusion de charges indirectes qui ne peuvent être imputées aux dépenses sur projet ;
 - l'ensemble des recettes liées au projet. En complément du financement du PHRCN, les porteurs de projets bénéficient parfois de cofinancements, institutionnels ou industriels. Quand ils existent, ces cofinancements doivent être mentionnés dans le plan de financement du projet ;
 Pour les établissements bénéficiant par ailleurs d'une dotation MERRI DRCI, seules les dépenses directement liées à la réalisation du projet sont éligibles au financement des programmes de recherche. La dotation DRCI vise à couvrir les frais de promotion non rattachables directement au projet.
 Pour information, l'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée.
 Les crédits liés au PHRCN font l'objet de versements en quatre tranches annuelles de 25% chacune, sous condition de mise en œuvre effective des projets et en fonction de leur niveau d'avancement.

Établissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE
CHU AMIENS	0,00	116 000,00

Evaluation annuelle

Activité
 Observations, remarques :
 Suivi assuré par la DGOS. La mise en œuvre effective des projets conditionne le versement des tranches successives du financement accordé.

Qualité	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
le démarrage effectif de l'étude (réalisation des formalités auprès des autorités compétentes, date de la première inclusion)				
le déroulement de l'étude (respect du timing de l'étude, adéquation entre les inclusions théoriques / réalisées)				
le niveau de consommation des crédits				
la valorisation de l'étude (publications).				

Objectifs : Le PHRC finance des projets de recherche clinique, c'est-à-dire une recherche effectuée chez l'homme et dont la finalité est l'amélioration de sa santé par le diagnostic et la thérapeutique.
 Ainsi, les projets de recherche déposés doivent avoir, en fonction des résultats attendus, un impact direct sur la prise en charge du patient. Les projets de recherche fondamentale (à visée uniquement cognitive) n'entrent pas dans le champ du PHRC. Les projets doivent privilégier l'évaluation de l'impact de ces stratégies et des pratiques de soins, essentiellement au moyen d'essais comparatifs interventionnels. La comparaison des stratégies thérapeutiques doit permettre d'identifier le soin de meilleure qualité sur le plan médical et le soin le moins coûteux sur le plan économique (à qualité de soin équivalente).
 Les orientations et les modalités du PHRC national (PHRCN), notamment les thématiques prioritaires fixées par le Ministère de la Santé, sont décrites dans une annexe à la circulaire annuelle de lancement des appels à projets de la DGOS.

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Programme Hospitalier de Recherche Clinique Interrégional (PHRCI)**

Base réglementaire :	Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	<p>Peuvent être porteurs de projets les praticiens des établissements de santé. Les projets sont déposés sous la responsabilité du représentant légal de l'établissement de santé et transmis à la DGOS après validation par les DRCI (Sélection par appel à projets avec modalités définies et mises en œuvre par les GIRCI. La DGOS vérifie la conformité des projets sélectionnés en Inter-région aux orientations du PHRCI). Tous les établissements de santé de l'Inter-région sont éligibles.</p> <p>La gestion du PHRCI est confiée aux inter-régions de recherche clinique et d'innovation constituées en Groupements Interrégionaux de Recherche Clinique et d'Innovation (GIRCI). Une inter-région qui n'aurait pas constitué de GIRCI ne percevra pas les financements du PHRCI.</p>
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	<p>Les financements du PHRCI sont destinés à financer les ressources engagées spécifiquement pour la conduite du projet. Les dépenses éligibles peuvent concerner :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des ressources humaines, objectivées en ETP pour les besoins propres du projet pour la durée de ce dernier. Dans tous les cas, le financement du PHRCI vise à compenser une charge pour la seule durée du projet ; des dépenses de fonctionnement autres que les dépenses de personnel (petit matériel médical, consommables, médicaments, documentation, frais de déplacement, etc.) - Les crédits du PHRCI excluent le financement de dépenses générant de l'amortissement (travaux ou aménagement de locaux, équipements lourds, etc.). <p>Les crédits sont destinés à l'usage exclusif des établissements de santé concernés par le projet. Le reversement de tout ou partie de ces crédits à d'autres structures, organismes ou personnes morales ou physiques ne peut être autorisé que dans le cas de prestations et dans l'hypothèse où l'établissement de santé ne possède pas, en interne, les compétences nécessaires à la bonne réalisation dudit projet. Dans ce cas de figure, il est demandé un respect strict des règles de mise en œuvre.</p> <p>Les crédits sont délégués à l'établissement de santé "gestionnaire", employeur du porteur principal du projet. Le promoteur</p>
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Le budget prévisionnel du projet financé par les crédits du PHRCI doit intégrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'ensemble des dépenses liées au projet, à l'exclusion de charges indirectes qui ne peuvent être imputées aux dépenses sur projet ; - l'ensemble des recettes liées au projet. En complément du financement du PHRCI, les porteurs de projets bénéficient parfois de cofinancements, institutionnels ou industriels. Quand ils existent, ces cofinancements doivent être mentionnés dans le plan de financement du projet ; <p>La procédure de gestion du PHRCI établie par les GIRCI peut prévoir la comptabilisation de frais de gestion dans le plan de financement des projets. Dans tous les cas, les frais de gestion doivent bénéficier au projet concerné et non au fonctionnement du GIRCI. Le taux de frais de gestion par établissement ne peut être supérieur au taux appliqué pour le PHRC national.</p> <p>Pour les établissements bénéficiant par ailleurs d'une dotation MERRI DRCI, seules les dépenses directement liées à la réalisation du projet sont éligibles au financement des programmes de recherche. La dotation DRCI vise à couvrir les frais de promotion non rattachables directement au projet.</p> <p>Pour information, l'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission con</p> <p>Les crédits liés au PHRCI font l'objet de versements en quatre tranches annuelles de 25% chacune PHRCI, sous condition</p>
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE
CHU AMIENS	0,00	48 000,00

Evaluation annuelle

Activité
Observations, remarques : Suivi assuré par la DGOS

Qualité	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
le démarrage effectif de l'étude (réalisation des formalités auprès des autorités compétentes, date de la première inclusion)				
le déroulement de l'étude (respect du timing de l'étude, adéquation entre les inclusions théoriques / réalisées)				
le niveau de consommation des crédits				
la valorisation de l'étude (publications)				

Objectifs :	<p>Le PHRCI finance des projets de recherche clinique, c'est-à-dire une recherche effectuée chez l'homme et dont la finalité est l'amélioration de sa santé par le diagnostic et la thérapeutique.</p> <p>Ainsi, les projets de recherche déposés doivent avoir, en fonction des résultats attendus, un impact direct sur la prise en charge du patient. Les projets de recherche fondamentale (à visée uniquement cognitive) n'entrent pas dans le champ du PHRCI. Les projets doivent privilégier l'évaluation de l'impact de ces stratégies et des pratiques de soins, essentiellement au moyen d'essais comparatifs interventionnels. La comparaison des stratégies thérapeutiques doit permettre d'identifier le soin de meilleure qualité sur le plan médical et le soin le moins coûteux sur le plan économique (à qualité de soin équivalente).</p> <p>Le PHRCI interrégional répond aux mêmes règles que le PHRC national. Cependant, le choix des thématiques et les modalités de sélection des projets sont délégués en partie aux 7 inter-régions de recherche clinique. Les projets sélectionnés sont soumis pour validation à la DGOS qui vérifie la conformité des projets aux orientations du PHRCI.</p> <p>Le but du PHRCI est de faire émerger ou de soutenir des projets de recherche correspondant à une politique interrégionale. Les orientations et les modalités du PHRCI sont décrites dans une annexe à la circulaire annuelle de lancement des appels</p>
--------------------	--

Établissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 CSS à l'exception des activités d'hygiène hospitalière et des typages HLA effectués dans le cadre de l'activité de greffe

Base réglementaire :	Articles L162-1-7, L162-1-7-1 et L321-1 du CSS Circulaire du 23 décembre 2009 relative aux règles de facturation des actes de biologie et d'anatomo-pathologie non inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale.
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	<p><u>Établissements concernés :</u> Seuls les établissements de santé, publics et privés, peuvent bénéficier d'une dotation MERRI au titre des actes HN. Cette dotation leur permet de financer les actes HN qu'ils réalisent au profit de leurs patients qu'ils ne peuvent leur facturer. Les laboratoires privés ne sont pas éligibles à la dotation MERRI mais peuvent facturer les actes HN à leurs patients, conformément à la convention nationale organisant les rapports entre les directeurs de laboratoire et l'assurance maladie.</p> <p><u>Actes HN concernés :</u> Le référentiel des actes de biologie maintenu par le CHU de Montpellier est une grille de hiérarchisation des actes de biologie et d'anatomo-pathologie hors nomenclature (HN). Plusieurs types d'actes sont présents dans cette grille :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des actes qui ont vocation à rejoindre la NABM et ou la CCAM ; • Des actes en BHN relevant du recours (ex : typage de leucémie aigüe), faisant l'objet d'un compte-rendu d'analyse signé par un praticien ; • Des actes en BHN issus de la recherche, relevant de l'innovation, pour lesquels l'intérêt clinique reste à préciser et faisant l'objet d'un compte-rendu d'analyse signé par un praticien. Le but est de faire la différence entre d'une part un acte médical innovant, potentiellement <p>Le référentiel a été mis à jour le 1/01/11 afin de prendre en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'une part, les observations de la CNAM concernant les actes dont la présence ne se justifie pas en raison de leur inscription à la NABM • D'autre part, les actes d'anatomo-pathologie intégrés à la CCAM. A noter que cette intégration aura une incidence sur le coût des séjours <p>Par ailleurs, deux variables ont été ajoutées afin d'identifier les actes couverts ou non par la dotation MERRI (exemples des actes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un code « 0 » au regard des actes non éligibles à la dotation MIG HN ; • Un code « 1 » au regard des actes éligibles. <p>Les établissements ex DG doivent recueillir ces actes dans l'outil FICHSUP mis en ligne sur le site de l'ATIH, lequel recense :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre, par code, d'actes réalisés pour les patients de l'établissement ou d'autres établissements et laboratoires ; • Le montant total des actes facturés à l'encontre d'un autre établissement ou d'un laboratoire • Les montants payés par les établissements demandeurs.
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	La dotation MERRI « HN » est destinée à financer les charges qu'un établissement engage en réalisant des actes hors nomenclature pour ses patients hospitalisés ou consultants externes. Elle exclut donc les recettes obtenues en paiement des factures émises à l'encontre d'autres établissements ou laboratoires privés demandeurs de ces actes, dans le cadre de prestations inter établissements ; elle exclut également les subventions ou autres produits.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Le montant de la dotation doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des actes ou prestations HN, déduction faite des recettes éventuelles obtenues par ailleurs (facturation des prestations inter établissements, subventions éventuelles...). Ces surcoûts peuvent être déterminés sur la base des tarifs calculés à partir de la comptabilité analytique. Étant allouée dans le cadre d'une enveloppe nationale, elle peut-être évaluée soit au prorata du total des charges nettes majorées des établissements (cf. retraitement comptable), soit au prorata de l'activité décrite par les établissements ex DG dans FICHSUP.
------------------------------------	---

Établissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
CHU AMIENS	0,00		2 228 010,00	

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
charges prises en compte et recettes déduites, nombre d'actes réalisés...				
Observations, remarques :				

Objectifs :	Les actes ou prestations réalisés par les professionnels de santé sont pris en charge par l'assurance maladie s'ils figurent sur les nomenclatures prévues à cet effet : la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les actes dentaires, la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) pour les examens de biologie et la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes d'anatomo-cyto-pathologie (ACP). Les actes n'y figurant pas sont dits « hors nomenclature (HN) » ;
--------------------	---

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

L'emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer

Base réglementaire :	<p>circulaire DHOS/OPRC/n°346 du 22 juillet 2004 : relative à un appel à projets en vue du renforcement des personnels de recherche clinique en oncologie (Technicien de recherche clinique ou d'étude clinique).</p> <p>circulaire N°DHOS/OPRC/2005/252 du 26 mai 2005 relative à l'organisation de la recherche clinique et au renforcement des personnels de recherche clinique (assistant de recherche clinique)</p> <p>Circulaire DHOS-INCa-MOPRC n°2006/475 du 7 novembre 2006 relative au soutien apporté par l'Institut national du Cancer à l'organisation des essais cliniques en oncologie</p> <p>Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 03 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé</p>
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	<p>Les établissements sont éligibles suite à un appel à projet national (appel à projet DHOS en 2004 et appel à projet INCa/DHOS en 2008). Les résultats des appels à projets sont disponibles sur le site de l'INCa.</p>
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	<p>Le périmètre de la MIG est le financement des postes d'ARC et de TRC au sein des établissements à des fins de recherche clinique (à promotion institutionnelle mais aussi observationnelle) sur des projets de cancérologie. Les établissements demandeurs devront s'engager à réaliser le renforcement demandé et à apporter leur concours à d'autres établissements du réseau régional en cancérologie éventuellement impliqués dans des essais cliniques. A ce titre la mobilité des équipes spécifiques ainsi constituées est obligatoire pour répondre aux nécessités des essais.</p> <p>De même les établissements s'engagent à fournir les éléments nécessaires à une évaluation des soutiens accordés en lien avec l'Institut National du Cancer. Elle s'attachera notamment à l'analyse de l'objet, et du lieu des essais, au rythme des inclusions, au respect des critères de qualité, à la mise à disposition des données et à l'implication des comités de patients.</p>
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Le montant de la dotation correspond aux coûts engendrés par la mise à disposition d'ETP d'ARC et de TRC sur des projets de cancérologie.</p> <p>C'est aux agences qu'il revient de calibrer l'effectif nécessaire, in fine de fixer le nombre d'ETP nécessaire en fonction du besoin exprimé dans les cahiers des charges (cf. supra) et des capacités propres à chaque établissement.</p> <p>Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant auxdits frais de personnels.</p>
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	JPE	
CHU AMIENS	0,00		109 977,00	0,00

Evaluation annuelle

Activité	
Observations, remarques :	Suivi ad hoc de l'INCa (réalisation d'essais, collaboration avec d'autres établissements),

Objectifs :	<p>L'institution de cette MIG vise à renforcer les moyens humains déjà mobilisés par la recherche sur le cancer. La dotation attribuée au titre de cette MIG permet le financement d'assistants de recherche clinique (ARC) et/ou de technicien de recherche clinique (TRC).</p> <p>Il est convenu à ce titre, que l'assistant de recherche clinique (dénommé aussi parfois attaché de recherche clinique) assure les fonctions de monitoring, de conseil, de coordination et de contrôle de qualité des essais.</p> <p>Le technicien de recherche clinique (dénommé aussi parfois technicien d'étude clinique), assure une compétence de proximité et assiste l'investigateur.</p>
--------------------	---

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les services d'aide médicale urgente mentionnés à l'art. L.6112-5 CSP y compris les centres
d'enseignements aux soins d'urgents / SAMU**

Base réglementaire : Décret N° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)
Décret N°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)

Critères de compensation : 1 front de garde pour 63 000 appels (DRM)
1 front de garde supplémentaire pour 10 500 appels (DRM) supplémentaires
Prise en compte de la régulation libérale
Financement des effectifs et indemnisation PDES

Rappel :

Objectifs	2,5 fronts de garde
Régulation libérale	0,44 front de garde
Financement MIG	2,06 fronts de garde
Activité DRM	102 679

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	2 395 340,00	-180 145,00		2 215 195,00

Evaluation annuelle

Activité

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
Nombre de carrences ambulancières				
Nombre de coordonateurs				
Nombre de DRM réalisés par urgentiste hospitalier				
Nombre de DRM réalisés par régulateur libéral				
Nombre de DRM pris en charge entre 0h00 et 8h00 ⁽¹⁾				
Autres recettes, à préciser :				

⁽¹⁾ : Dossier ouvert à partir de 0h00

Observations, remarques :

Effectifs dédiés au SAMU

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Personnel médical ⁽¹⁾				
ETP PARM ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP PARM ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

⁽¹⁾ : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année

⁽²⁾ : Eléments attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Coordonateurs des transports ambulanciers privés, description de l'organisation, des horaires de présence sur une base hebdomadaire :

Observations, remarques :

Autres, divers

Observations, remarques :

Objectifs : Limiter les carrences ambulancières

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
PART FIXE DES MERRI**

Critères d'éligibilité :	Les établissements bénéficiant d'une part fixe sont ceux qui sont historiquement inscrits dans le modèle MERRI.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	<p>Ce socle a vocation à couvrir les surcoûts liés aux missions concernées au titre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du temps médical hospitalier non affecté aux soins et affecté aux missions universitaires (hors temps des hospitalo-universitaires sur leur « temps » universitaire) ; - et du recours aux éléments de plateau technique, au regard des arguments suivants : <ul style="list-style-type: none"> plus forte « densité » des explorations techniques par patient, recours au plateau technique plus fréquent et plus coûteux dans le cadre de la recherche biomédicale.
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Lors de sa création, les charges que devait couvrir la part fixe correspondaient à</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25% des dépenses de personnel médical HU et non HU pour les CHU et 20% pour les autres catégories d'établissement - 15% du coût des plateaux techniques dédiés : laboratoires, imagerie, radiothérapie, explorations fonctionnelles - quote-part des charges générales (dont DRCI) : 1% de l'ex budget MCO hors médicament pour les CHU et 0,5% pour les autres établissements <p>En 2011, la quote-part pour les charges générales -160,9 M€) a été retirée de la part fixe pour abonder la part modulable (60,5 M€) et pour abonder la part variable (70,2M€ pour financer les DRCI et 30,2 M€ pour financer les appels à projets en matière de recherche et d'innovation).</p> <p>L'évolution non réactualisée de ces charges et l'érosion successive de la part fixe ne permettent plus de corrélérer le niveau de financement aux charges initialement identifiées.</p>
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE			
CHU AMIENS	0,00	10 721 289,00			

Objectifs :	<p>La MERRI part fixe a été introduite en 2008 par scission du socle fixe de 2005 en deux parts (fixe et modulable). Lors de sa création, la part fixe avait vocation à couvrir des charges minimales nécessaires pour assurer les missions de recherche, d'enseignement, de référence et d'innovation en établissements de santé.</p> <p>Son objectif est donc de garantir aux établissements un socle minimal de fonctionnement pour développer ces missions spécifiques.</p> <p>Une décote de la part fixe a été introduite afin que des établissements qui produisent peu en matière de recherche ne perçoivent pas une part fixe à 100%. A fil du temps les critères et les modalités d'application de cette décote ont évolué. En 2011, la décote s'appliquant à tous les établissements en fonction du ratio : montant de la part modulable / montant de la part fixe.</p>
--------------------	---

Établissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
PART modulable DES MERRI**

Critères d'éligibilité :	Les établissements bénéficiant d'une part modulable sont ceux qui sont historiquement inscrits dans le modèle MERRI. Au cours du temps, des établissements nouveaux ont été inclus dans la part modulable au regard de leur implication dans les missions de recherche et d'enseignement.
---------------------------------	---

Critère de compensation :	<p>L'enveloppe dévolue à la part modulable est répartie entre les établissements pour lesquels les indicateurs sont disponibles au prorata de leur participation à ces indicateurs. Les inducteurs sont remis à jour chaque année.</p> <p>En 2011 les 4 indicateurs utilisés étaient</p> <p>Les publications scientifiques (57,5 % de la part modulable) :</p> <p>Sont comptabilisées les publications scientifiques signées par un praticien de l'établissement de santé publiées dans des revues à comité de lecture référencées dans la base de données internationales PubMed. Les publications sont comptabilisées pendant 4 ans (n-2 à n-6 par rapport à l'année de financement) afin de lisser les variations annuelles.</p> <p>L'indicateur correspond à un score quanti-qualitatif utilisé pour pondérer chaque publication</p> <ul style="list-style-type: none"> - qualité de la revue de A à E (facteur d'impact de la revue ramené à la discipline) - position des signataires (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, Dernier Auteur) <p>C1= 8 points si revue de catégorie A ; 6 si revue B ; 4 si revue C ; 3 si revue D ; 2 si revue E ; 1 si revue Non Classé (sans IF).</p> <p>C2= 4 point pour le 1^{er} auteur ; 3 pour 2nd ou dernier auteur ; 2 pour 3^{ème} auteur ; 1 pour autres positions</p> <p>Score relatif aux publications = C1 x C2 (le score varie de 1 à 32 pour une publication)</p> <p>Les essais cliniques (11,5% de la part modulable) divisé en 3 sous indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le score relatif au nombre d'essais cliniques comptabilise les recherche biomédicale auxquels participe l'établissement (5% de la part modulable) durant l'année n-1. Ce nombre est pondéré de la façon suivante <p>S1 = Essais institutionnels établissement promoteur Essais Multicentriques x10 ; Monocentriques x5 ; Phases I/II x2</p> <p>S2 = Essais institutionnels établissement investigateur Essais x1 ; Phases I/II x2</p> <p>S3 = Essais industriel (nouveaux EC) Essais x1 ; Phases I/II x2</p> <p>Pour S1 et S2, seuls les essais avec au moins une inclusion dans l'année sont comptabilisés.</p> <p>Le score relatif au nombre d'essais = S1 + S2 + S3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le score relatif aux <i>inclusions promoteur</i> (3,5% de la part modulable) comptabilise toutes les inclusions dans les essais dont l'établissement est promoteur. Ces inclusions sont pondérées (inclus x1 ; inclus dans les phases I/II x2). - Le score relatif aux <i>inclusions investigateur</i> (3% de la part modulable) comptabilise toutes les inclusions réalisées par l'établissement dans les essais promus soit par un établissement de santé, soit par un industriel du médicament. Ces inclusions sont pondérées (inclus x1 ; inclus dans les phases I/II x2). <p>Une décote progressive (par tranche) est introduite afin de limiter l'impact des grands essais (avec beaucoup d'inclus).</p> <p>L'enseignement (29% de la part modulable) :</p> <p>Cet indicateur, qui valorise l'effort de l'établissement dans la mission d'enseignement, prend en compte le nombre d'étudiants accueillis et rémunérés par l'établissement de santé. Les étudiants concernés sont les suivants</p> <p>DCEM 2, 3 et 4 ; DCEO 2, 3 et 4 ; 5^{ème} année de pharmacie</p> <p>Les brevets (pour 2% de la part modulable) :</p> <p>Cet indicateur comptabilise le nombre de brevets déposés par l'établissement et bénéficiant d'une licence d'exploitation signée avec un industriel. Les brevets sont comptabilisés sur une période de 10 ans. Les brevets déposés les 2 dernières années (et faisant déjà l'objet d'une licence d'exploitation) comptent double.</p>
----------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>La part modulable vient compléter le socle fixe pour couvrir les charges auxquelles font face les établissements pour la réalisation des missions de recherche et d'enseignement en établissements de santé.</p> <p>La dotation MERRI couvre les surcoûts non financés par d'autres recettes comme les recettes d'activité (tarifs pris en charge par l'assurance maladie, ticket modérateur, forfait journalier).</p>
-----------------------------------	---

Établissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
CHU AMIENS	0,00	13 929 723,00		

Evaluation annuelle

<p>Niveau de production mesuré par les indicateurs au regard de la production scientifique globale</p> <p>Evolution des indicateurs dans le temps</p>

Objectifs :	<p>La MERRI part modulable a été introduite en 2008 par scission du socle fixe de 2005 en deux parts (fixe et modulable).</p> <p>La part modulable a vocation à couvrir des charges nécessaires pour la réalisation des missions de recherche et</p>
--------------------	--

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les centres de ressources biologiques et tumorothèques

Base réglementaire :	Art. R1235-7 et 1235-8 du CSP relatifs aux autorisations d'activité d'importation et/ou d'exportation d'organes et de cellules du corps humain et de leurs dérivés à des fins scientifiques Décret n°2007-1220 du 10 août 2007 relatif au prélèvement, à la conservation et à la préparation à des fins scientifiques du corps humain Norme NF S96-900 sur le management de la qualité des CRB
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Actuellement, les établissements éligibles à une dotation MERRI CRB sont ceux ayant déclaré une activité de CRB et fait remonter les coûts associés dans le cadre du RTC 2004. Seuls les CRB des établissements de santé assurant la conservation d'échantillons biologiques humains sont éligibles à ce financement. Une réflexion sera engagée en vue de revoir les critères de financement des CRB. Par exemple, l'obtention d'une certification pourrait devenir obligatoire pour l'éligibilité aux financements MERRI.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée. Les financements sont limités à la prise en charge des coûts de conservation et de gestion des collections conservées. Les dépenses présentées par les établissements devront être expertisées afin d'en exclure celles portant sur le fonctionnement courant (activité d'exams et d'analyses...) des laboratoires gérant des collections. Devront également être déduites les recettes issues, le cas échéant, de la cession d'échantillons conservés et les éventuelles subventions
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	Le financement MERRI permet de financer des charges en personnel technique pour la gestion des échantillons (technicien de laboratoire, technicien d'études cliniques) mais également les infrastructures de conservation (congélateurs, équipements pour le techniquage) et de gestion (outils informatiques). Les frais de fonctionnement peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel Les CRB ne génèrent pas de recettes d'activité, mais peuvent apporter de par leur activité de cession ou de mise à disposition des recettes sur projets, qui doivent être intégrées au compte de résultat de la structure et donc pris en compte dans le calcul de la dotation.
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE
CHU AMIENS	0,00	660 016,00

Evaluation annuelle

Le suivi des CRB est assuré par la DGOS
 Le suivi des tumorothèques est assuré par la DGOS et l'INCa

Objectifs :	<p>Les centres de ressources biologiques (CRB), appelés également "bio banques" ou "biothèques", rassemblent des collections d'échantillons biologiques de toutes natures (cellules, sang, urine, acides nucléiques, des protéines, etc.) et des données cliniques associées (nature de l'échantillon, conditions de prélèvement et de conservation, informations relatives à l'état de santé du donneur, voire des traitements réalisés, etc.) utilisées dans le cadre de programmes de recherche.</p> <p>Les tumorothèques sont des structures identifiées par l'INCa, destinées à conserver et à fournir des échantillons biologiques, assortis d'annotations biologiques, anatomopathologiques et cliniques utiles pour la réalisation d'analyses en cancérologie. Elles ont une double vocation sanitaire et scientifique. La conservation d'échantillons tumoraux à visée scientifique a pour objectif de pourvoir les programmes de recherche avec des éléments du corps humain essentiels à une meilleure compréhension et caractérisation des processus biomoléculaires spécifiques de chaque type de cancérisation, et in fine de développer de nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques.</p> <p>Les CRB et les tumorothèques disposent d'une gouvernance scientifique et doivent bénéficier d'un soutien administratif, notamment financier.</p> <p>Les CRB possèdent des équipements spécifiques permettant la conservation des échantillons ainsi que le traitement informatique des données.</p> <p>Dans tous les cas, l'organisation du CRB doit permettre d'assurer la qualité de la conservation des échantillons et la parfaite traçabilité. Les CRB doivent satisfaire à la réglementation spécifique qui s'applique au prélèvement, à la conservation et à la préparation. Cette réglementation prévoit également les modalités de consentement ou recueil de non opposition du patient selon le cas.</p>
--------------------	--

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
 Les Contrats Hospitaliers de Recherche Translationnelle**

Base réglementaire : Appels à candidatures diffusés par la DGOS et AVIESAN

Critères d'éligibilité :

In fine, l'éligibilité est basée sur une procédure d'appel à candidatures (avec la participation d'un comité de sélection selon les modalités du cahier des charges).
 La sélection des candidats est fondée sur :
 -la qualité scientifique du projet personnel présenté par le candidat et son implication,
 -cursus du candidat, travaux de recherche et publications,
 -adéquation du projet au laboratoire d'accueil,

L'avis motivé de l'établissement de santé montrant comment la candidature s'inscrit dans le projet de l'établissement et l'accord du chef de laboratoire sont indispensables.

La sélection des candidats comporte un examen du dossier de candidature et une audition par un comité ad hoc.

Périmètre de financement : Le financement des CHRT s'assimile à une indemnité versée au chercheur dont le montant et la durée sont indiqués dans le contrat.

Critères de compensations : La compensation est égale au financement partiel du temps du praticien investi dans l'unité de recherche. Le montant découle donc directement des dispositions contractuelles.

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
CHU AMIENS	0,00	23 000,00		

Evaluation annuelle

Observations, remarques :
 Un état d'avancement des travaux est demandé au terme de chaque année échue du contrat ainsi qu'un rapport en fin de contrat.

Objectifs :

La DGOS et l'Alliance nationale pour les Sciences de la Vie et de la Santé (AVIESAN) organisent un appel à candidatures pour le financement des **Contrats Hospitaliers de Recherche Translationnelle (CHRT)** qui s'adressent aux chercheurs et ingénieurs de recherche des établissements publics scientifiques et technologiques membres d'AVIESAN, amenés à consacrer tout ou partie de leur temps à la recherche dans les établissements de santé concernés.
 Le CHRT finance une indemnité versée au chercheur à hauteur de 23K€ brut annuels pendant la durée du contrat.

Les CHRT sont à distinguer des contrats d'interface hospitaliers. Ces derniers sont des contrats qui permettent à des médecins, pharmaciens ou odontologistes hospitaliers de consacrer tout ou partie de leur temps à la recherche dans les unités Inserm.

Dans ce cadre, l'établissement de santé perçoit un financement partiellement compensatoire du temps du praticien investi dans l'unité de recherche.

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les stages de résidents de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer

Base réglementaire :	<p>Arrêté du 29 juillet 2009 modifiant l'arrêté du 19 novembre 2004 relatif à la formation, aux missions et aux conditions d'intervention de la personne spécialisée en radiophysique médicale</p> <p>Arrêté du 17 mars 2010 modifiant l'arrêté du 8 juillet 2008 portant création d'un comité national de suivi des mesures nationales pour la radiothérapie</p> <p>Circulaire DHOS-F2/DSS-1A/2004 n°579 du 6 décembre 2004 relative à la campagne budgétaire pour 2004 des établissements sanitaires financés par dotation globale</p> <p>Circulaire N°DHOS/F2/DSS/1A/2005/473 du 18 octobre 2005 relative à la fixation des dotations régionales destinées aux établissements de santé</p> <p>Circulaire N°DHOS/F2/F3/DSS/1A/2007/410 du 15 novembre 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 des établissements de santé.</p> <p>Circulaire N°DHOS/F2/F3/DSS/1A/2008/356 du 08 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé</p> <p>Circulaire N°DHOS/RH1/2009/164 du 17 juin 2009 relative à l'accueil des stagiaires dans le cadre de la formation initiale préparant le diplôme de qualification en physique radiologique et médicale (DQPRM)</p> <p>Circulaire DGOS/R1 no 2010-465 du 27 décembre 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé</p>
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	<p>Peut bénéficier de ce financement tout établissement accueillant des stagiaires en radiophysique médicale. In fine, ce sont donc tous les établissements qui ont été reconnus comme service central validant (SCV) par la Société Française de Physique Médicale (SFPM)</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>Ce financement intègre deux volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rémunération des stages de radiophysique médicale : <p>Au total la promotion 2010-2011 accueillait 95 stagiaires répartis dans 45 centres, dont 40 établissements hospitalo-universitaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La valorisation des établissements de santé pour le temps dédié à l'encadrement des stagiaires et la participation à l'enseignement du diplôme de qualification en physique radiologique et médicale. <p>La nécessité que les CHU/CLCC accueillent au moins 2 stagiaires par établissement et par an a été rappelée par circulaire DGOS du 17 juin 2009. Cet encadrement nécessite du temps dédié, nouvellement valorisé à travers cette mesure.</p>
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Il est proposé un calibrage de la mission de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rémunération des stages de radiophysique médicale : <p>Chaque stagiaire doit être rémunéré à hauteur de 34 000€. La dotation notifiée à l'établissement, ayant vocation à compenser les surcoûts supportés par l'établissement, a donc vocation à prendre en compte cette donnée, et la multiplier par le nombre de stagiaires accueilli. A noter que la promotion 2010-2011 a intégré 25 nouveaux stagiaires supplémentaires. Cette mesure a bénéficié d'un financement d'un montant de 850 000 € qui correspond aux nouvelles affectations des étudiants sur la base de 34 000 € par stagiaire (montant réévalué en 2010 de 31 500 € à 34 000 €).</p> <ul style="list-style-type: none"> - La valorisation des établissements de santé pour le temps dédié à l'encadrement des stagiaires et la participation à l'enseignement du DQPRM dépendra du nombre d'étudiants accueillis dans chaque établissement <p>En 2010, cette valorisation a été calculée sur la base de 70 000 € par ETP encadrant avec un fléchage précis pour chaque établissement effectué au réel (Montant global : 1,84 M€)</p>
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE
CHU AMIENS	0,00	33 416,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Observations, remarques :	Nombre et liste des établissements accueillant des stagiaires transmise par l'INSTN avant chaque rentrée.			

Qualité	OUI	NON	Remarques	
Suivi de chaque promotion des étudiants rentrant dans la pratique ou rentrant en thèse (Groupe de suivi du Comité National de la radiothérapie).			2011	2012

Objectifs :	<p>La MIG a pour objet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettre l'indemnisation des stagiaires en radiophysique médicale et valoriser les équipes encadrant ces stagiaires ; - Renforcer l'attractivité de la filière et favoriser le recrutement des radiophysiciens dont les effectifs sont insuffisants. <p>Cette mission est essentielle pour consolider l'attractivité de cette filière et prendre en compte l'investissement des établissements de santé dans cette démarche.</p> <p>L'augmentation des effectifs d'étudiants entrant en formation ne permettra pas d'atteindre, en 2011, l'objectif ministériel de 600 radiophysiciens en exercice dédiés à la radiothérapie. Si la tendance actuelle se poursuit, il est prévu de l'atteindre au plus tôt fin 2012, début 2013.</p>
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les réseaux de télésanté, notamment la télémedecine**

Base réglementaire :	Art. L.6316-1 du CSP Art. 78 de la loi HPST recommandant la télémedecine comme une activité médicale à part entière Décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé ou GCS ayant signé un contrat spécifique ou comportant une mention sur le déploiement de la télémedecine dans leur CPOM peuvent bénéficier de ce financement. En outre, à des fins d'éligibilité, l'établissement de santé doit pouvoir attester d'un projet de télémedecine faisant l'objet d'une convention entre les opérateurs en conformité du décret du 21 octobre 2010 relatif à l'activité de télémedecine. Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou en cas de non respect du projet de télémedecine) En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements éligibles à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La dotation MIG couvre les dépenses non financées par d'autres recettes, notamment les recettes d'activité. A ce titre, elle finance la mise en place et l'organisation de l'activité de télémedecine (infrastructures, matériel, prestataires de service et personnel ETP dédié).
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Le montant de la dotation doit correspondre aux dépenses occasionnées par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission. En somme, ce montant correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en œuvre de la mission, auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement (frais liés à l'entretien du local et du matériel dédié, inhérent aux problématiques de télémedecine pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel.) En sus, ce montant comprend aussi certains frais liés au financement de prestataires de service. Le calcul de ses frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives. Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).
------------------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	713 214,00	-713 214,00		16/04/2012 0,00

Evaluation annuelle

Activité			Evolution 2011/2012	
	2011	2012	En nombre	En pourcentage
Nombres de nouvelles implantations				
Nombres d'actes de télémedecine réalisés				
Observations, remarques :				

Objectifs :	<p>L'objectif de cette mission est de favoriser le déploiement des activités de télémedecine sur les territoires de santé. Pour rappel, la télémedecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications. C'est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant.</p> <p>L'article R. 6316-1 CSP dispose que relèvent de la télémedecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémedecine :</p> <p>1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;</p> <p>2° La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs autres professionnels de santé ;</p> <p>3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données relatives à l'état de santé d'un patient ;</p> <p>4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé ;</p> <p>5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6311-1.</p>
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les centres mémoires de ressources et de recherche**

Base réglementaire : Circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Critères d'éligibilité : Peuvent bénéficier de ce financement, les CMRR implantés au sein d'un centre hospitalo-universitaire, disposant de places en hospitalisation de jour de médecine et remplissant les missions prévues dans le cahier des charges de 2011. Il est conseillé aux ARS de procéder à une labellisation (limitée dans le temps) pour les établissements remplissant les dites conditions.

Périmètre de financement : Les actions financées au titre de la MIG sont les suivantes :
 - activité de recherche clinique et de formation.
 - animation et structuration du dispositif régional de consultations mémoires
 - Traitement de l'ensemble des questions éthiques posées par la maladie d'Alzheimer

Il convient de différencier ce périmètre avec celui de la MIG relative aux consultations mémoires dont l'objet est d'affirmer le trouble amnésique, diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence et proposer un suivi aux personnes atteintes.

Il conviendra en outre de minorer de la dotation les éventuelles recettes issues des hôpitaux de jour impactant les actions financées au titre de la MIG.

Critères de compensations : Pour réaliser les missions prévues par le cahier des charges (cf. supra), l'équipe du CMRR se décompose de la façon suivante (la dotation est donc calibrée comme telle)[1] :

	ETP
PUPH	1
PH	1
IDE	0,5
Psychologue	1
Psychologue si	0,4
ASE	0,5
ADJOINT AD	1
TEC	1

A titre indicatif, la composition et le montant peuvent être ajustés par l'ARS,

A ces coûts de personnels se rajoutent les coûts de structures (20%) aboutissant à un montant moyen de 402 042€.

Si la file active est inférieure à 2000 patients, il est conseillé de minorer la dotation de 46 000€-soit un montant total moyen de 356042€.

Il est nécessaire de noter que ces éléments ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne constituent en aucune mesure une modélisation de la mission universellement applicable. C'est aux agences qu'il convient de définir l'équipe adaptée à l'établissement, de calibrer l'effectif nécessaire dans chaque équipe. Les données présentées ne sont que des données types, à titre indicatif.

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
CHU AMIENS (CMRR)	0,00	586 163,00		
CHU AMIENS (Soutien except ERR)	0,00	40 000,00		

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre d'inclusions dans les essais thérapeutique				

Observations, remarques :
Le Rapport annuel d'activité de la consultation mémoire (extrait des données de la BNA) est utile à des fins de mobilisation.

Objectifs : Les missions des CMRR ont été définies par la circulaire du 16 avril 2002 puis précisées dans la circulaire susvisée. Ces structures ont une triple mission
 - assurer les missions d'une consultation mémoire pour le secteur géographique
 - être un recours pour les consultations mémoire et les spécialistes pour les diagnostics complexes, atypiques qui requièrent une expertise ;
 - développer des travaux de recherche au niveau national et international et organiser, dynamiser et coordonner la recherche clinique au niveau régional.

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (Corevih)

Base réglementaire :	Art L.1114-1 CSP / Art L.162-22-13 CSS Instruction du 23 avril 2009 relative au financement des COREVIH
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	<p>L'arrêté ministériel d'implantation des COREVIH prévoit un total de 28 COREVIH au niveau national. Le territoire retenu est le plus souvent la région à l'exception des situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corse, Poitou-Charentes, Limousin et Champagne-Ardenne pour lesquelles il n'y a pas de COREVIH en propre. Ces régions sont respectivement rattachées au COREVIH des régions PACA, Centre, Midi Pyrénées et Lorraine. Les simulations présentées tiennent compte de ces regroupements. - PACA et Île-de-France pour lesquelles il y a plusieurs COREVIH (respectivement 2 et 5) - Inter région Sud Est ou groupe des régions Rhône-Alpes et Auvergne comprenant 3 COREVIH <p>In fine, les critères d'éligibilités sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation à la coordination des prises en charge - Suivi épidémiologique en lien avec l'INSERM (DOMEVIH) - favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé; - participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge - procéder à l'analyse des données épidémiologiques.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	<p>Le financement MIGAC est attribué à l'établissement siège du COREVIH mais a vocation à financer des personnels pouvant être affectés dans des établissements non sièges de COREVIH dans le cadre de conventions entre établissements.</p> <p>A noter que l'activité de recueil des données épidémiologiques ne relève pas de la MIG COREVIH mais de la MIG relative aux registres à caractère épidémiologique.</p>
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Le calcul de la dotation est basée sur :</p> <p>Remboursement des frais de personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0,3 ETP administratif ou médical de coordination ; - 1 ETP de secrétariat ; - 2 ETP de techniciens d'études cliniques ; - 1 ETP d'adjoint des cadres hospitaliers. <p>Remboursement des frais de structure :</p> <p>A ces charges de personnel est ajouté un montant permettant de couvrir les charges de « structure » à hauteur de 20 à 30% du total des charges de personnel.</p> <p>Ces informations permettent donc de calibrer un forfait de base pour chaque COREVIH.</p> <p>Celui-ci s'établit en moyenne à 265 252€ (mise à jour pour 2008).</p> <p>La circulaire précise également que les moyens alloués aux COREVIH doivent être corrélés à l'importance de la population suivie, au sein de la région. Il est donc proposé de tenir compte de l'importance des files actives suivies par chaque COREVIH. Au delà des premiers 750 patients suivis, il est proposé d'ajouter 1 TEC par tranche de 500 patients.</p> <p>Par ailleurs, il est admis que les COREVIH couvrant une zone géographique importante, ont des frais de structure et de transports supérieurs aux autres. Au delà des 10 000 premiers km² couverts, il est proposé d'ajouter un montant de 51 600€.</p> <p>Il est nécessaire cependant de noter que ces éléments ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne constituent en aucune mesure. L'ARS sera susceptible d'ajuster la dotation en fonction de l'évolution de l'activité,</p>
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE
CHU AMIENS	0,00	261 176,00

Evaluation annuelle

Activité			Evolution 2011/2012	
		2011	2012	En nombre / En pourcentage
Nb de publication				
Nb de groupe thématique engagé dans la lutte contre le VIH et IST				
File active territoriale				
<p>Observations, remarques :</p> <p>Les rapports d'activité des COREVIH permettent un contrôle a posteriori de la mise en application des missions. En sus des données médico-épidémiologiques, le COREVIH devra rendre compte de ses actions de formation, d'information, de communication auprès des acteurs de terrain (hospitalisation, soins de ville, associations de patients...). Ce rapport permettra de vérifier que le fonctionnement et l'activité du COREVIH correspondent aux orientations générales et à celles qu'il s'est fixé.</p>				

Objectifs :	<p>L'article D. 3121-35 mentionne que le « comité de coordination » est chargé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ; - participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ; - procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques mentionnées à l'article R. 3121-36 CSP. <p>La circulaire DHOS/DGS du 19 décembre 2005 précise les missions qui doivent être remplies par ces structures, ainsi que les moyens mis en œuvre pour chaque COREVIH, soit « au minimum, un local identifié, un temps de secrétariat, un temps administratif et/ou médical de coordination, du temps de technicien d'études cliniques ».</p>
--------------------	--

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage**

Base réglementaire :	Circulaire DHOS N°2001-209 du 4 mai 2001 Circulaire N° DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS)
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	Peuvent bénéficier d'un financement MIGAC les structures labellisées "centres de référence pour le diagnostic et la prise en charge médicale des troubles spécifiques du langage oral et écrit" au sein des secteurs pédiatriques des CHU (cf. circulaire du 4 mai 2001).
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	Les centres de référence n'ont pas vocation à prendre en charge l'ensemble des enfants concernés, mais doivent pouvoir intervenir en recours sur des situations difficiles ou pour lesquelles les premières mesures mises en œuvre ne sont pas efficaces. Les travaux en cours du groupe de travail sur le « parcours de soins des enfants atteints de troubles des apprentissages » mis en place en juin 2011 dans le cadre de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant CNNSE (cf. décret n°2010-1407 du 12 novembre 2010), devraient contribuer à une meilleure identification et organisation des filières de soins des enfants atteints des troubles de l'apprentissage ainsi qu'à une mobilisation l'ensemble des professionnels et établissements de santé de proximité concernés.
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre des activités d'évaluation des troubles, de prise en charge en rééducation intensive voire en scolarité spécialisée, auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement inhérents à tout centre de référence.</p> <p>En outre, le calcul de la dotation doit prendre en compte le cas échéant les coûts de mise en place des actions de coordination de soins et de projet thérapeutique, l'animation de projets dans le domaine de la recherche et la promotion d'actions de formation/conseil.</p> <p>In fine, est donc financé la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire sous l'égide d'un neuropédiatre ou neuropsychiatre.</p> <p>Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel. Le calcul de ses frais peut aussi se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre en fonction de la population desservie. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.</p> <p>Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un</p> <p>A noter que, comme tout crédit MIG, devront donc être déduites des dépenses présentées, les recettes perçues au titre de</p> <p>Les travaux du groupe de travail CNNSE précités devraient permettre d'affiner pour 2013 la modélisation des critères d'at</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
CHU AMIENS	0,00	262 105,00		

M

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Observations, remarques :				
<p>Un rapport d'activité doit être remis à l'ARS, dans lequel est mis en exergue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le délai de premier rendez-vous, - Le nombre et type de diagnostic, - La file active en hospitalisation complète ou de jour, - Les actions de coordination territoriale, de formation, de recherche et d'épidémiologie. <p>En outre, l'évaluation peut se baser sur le développement de partenariats actifs avec les différents acteurs du domaine médical (autre structure de pédiatrie, secteur libéral), médicosocial et éducatif (notamment médecins et infirmiers de l'éducation nationale).</p> <p>A noter en outre que le centre doit avoir développé une politique d'auto-évaluation.</p>				

Objectifs :	<p>Le dispositif des centres de référence a été mis en place à partir de 2001 dans le cadre du plan interministériel pour les enfants atteints de troubles spécifiques du langage (action n°7). Il existe depuis 2004 un centre par région en France métropolitaine. Les centres sont attachés à des équipes hospitalières universitaires.</p> <p>Les centres de référence ont pour vocation de permettre de préciser l'évaluation des troubles présentés par les enfants dans les situations complexes, et de les prendre en charge en rééducation intensive et en scolarité spécialisée. Les centres, constitués d'équipes pluridisciplinaires de consultations, assurent en outre des actions de coordination de soins et de projet thérapeutique, de formation, de conseil et de recherche</p>
--------------------	--

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les centres de référence sur l'hémophilie

Base réglementaire :	Loi de santé publique du 9 août 2004 (art 32) ; Arrêté du 9 août 2004 portant labellisation de centres de référence pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares Circulaire DGS/DH/DSS n° 97/142 du 24 février 1997 relative à l'organisation des soins aux hémophiles et aux patients atteints d'autres troubles héréditaires de la coagulation Circulaire DGS/DHOS n° 2001-413 du 22 août 2001 relative au suivi national des personnes atteintes de maladies hémorragiques dues à des déficits héréditaires en protéines coagulantes et à l'organisation des centres de traitement de l'hémophilie
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Bénéficient d'un financement MIG les CRTH listés dans la circulaire du 20 février 1997 et intégrés dans les établissements hospitaliers. Ne peuvent donc en bénéficier les structures qui accueillent des patients hémophiles, même en proportion importante mais qui ne disposent pas du label CRTH.
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	Chaque CRTH est le centre de ce réseau constitué avec les services ou établissements susceptibles de prendre en charge les personnes hémophiles ou atteintes d'autres troubles héréditaires de la coagulation et a une mission de coordination et d'information auprès de l'ensemble du système de santé en assurant les prestations suivantes : 1) la prise en charge thérapeutique (diagnostic du trouble de la coagulation, surveillance biologique, mise au point des protocoles de traitement et responsabilité directe du suivi des thérapeutiques des personnes hémophiles, accueil et réponse aux urgences 24 heures sur 24) ; 2) l'information des autres structures de soins. Cette information concerne : - les soins spécifiques et traitements que requièrent les hémophiles selon la nature de leur affection (hémophilie A ou B, forme sévère ou non), elle doit être différenciée en fonction des possibilités de prise en charge des différents acteurs de santé - les CRTH eux-mêmes, leurs adresses et numéro de téléphone, leurs missions, les prestations assurées par chacun d'eux, et enfin la liste de ceux des centres qui peuvent être joints téléphoniquement 24h/24 3) l'enseignement, l'information, le conseil aux hémophiles et à leurs familles. - Éducation sanitaire des malades et de leurs familles - Enseignement et suivi de l'auto-traitement à domicile - Conseil génétique et dépistage prénatal en relation avec les consultations de conseil génétique et les laboratoires de biologie - Information sur la maladie et les risques de contamination virale - Information sur les mesures sociales La dotation MIGAC finance les surcoûts liés à l'exercice de ces missions de coordination et d'information du CRTH (la prise en compte des surcoûts de fonctionnement des centres de référence). L'ARS sera susceptible d'ajuster la dotation en fonction de l'évolution de l'activité.
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	Le calcul de la dotation MIGAC doit se baser sur les coûts de mise en place et de coordination d'un projet médical, l'animation de projets dans le domaine de la recherche et de l'épidémiologie, la promotion d'actions d'enseignement. Outre le cas échéant des frais de fonctionnement, ces crédits sont destinés à financer le personnel médical et non médical dédié à la coordination du centre de référence et à la mise en œuvre de ses missions. A titre d'information, les médecins en équivalent temps plein (affectés spécifiquement au centre ou auxquels le centre a régulièrement recours sont les suivants : - Hématologues - Hémobiologistes - Pédiatres - Orthopédistes - Rhumatologues En outre, les moyens en autres personnels en équivalent temps plein (affectés spécifiquement au centre ou auxquels le centre a régulièrement recours sont les suivants : - Infirmiers - Secrétaires - Assistantes sociales - Kinésithérapeutes - Psychologues Il revient à l'ARS de calibrer une équipe type. Ce calibrage pourra évoluer chaque année en fonction des indicateurs relevés (voir ci-dessous). Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel. Le centre doit être en mesure de présenter à l'ARS d'isolier précisément ces surcoûts afin de dégager un montant de financement adéquat. A noter que les actes hors nomenclature, les médicaments sous ATU, les DMI devront être exclus d'un financement au titre de la mission de référence.
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE
CHU AMIENS	0,00	132 766,00

Evaluation annuelle

Activité				Evolution 2011/2012	
		2011	2012	En nombre	En pourcentage
nombre de patients et de consultants annuel,					
File active					
Observations, remarques : Les ARS devront être destinataire des rapports d'activité de ces structures.					

Qualité			Remarques	
	OUI	NON	2011	2012
Action de coordination et d'épidémiologie				

Objectifs :	En application de la circulaire susvisée, ont été mis en place des centres régionaux de traitement de l'hémophilie (CRTH) dénommés aussi centres de référence sur l'hémophilie, structures intégrées soit dans les établissements hospitaliers, soit dans les établissements de transfusion sanguine. Les CRTH doivent, dans leur zone d'attraction, constituer avec l'ensemble des services intervenant dans la prise en charge des hémophiles un véritable réseau pluridisciplinaire et en assurer la coordination.
--------------------	--

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose**

Base réglementaire :	Arrêté du 4 juin 2004 portant désignation des centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose (CRCM) (Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 2004/27 p. 137-140) ; Circulaire DHOS/DGS N°2001-502 du 22 octobre 2001 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose.
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	Sont éligibles les établissements désignés par l'arrêté du 4 juin 2004 précité.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	Les centres sont financés pour les surcoûts liés à l'activité de recours, de coordination et d'animation du réseau de prise en charge des patients atteints de mucoviscidose. L'activité de consultation est quant à elle financée à l'activité et donc non intégrée dans le périmètre de la MIG.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre des activités de recours, de coordination et d'animation du réseau de ces structures, auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement inhérent à tout centre de ressources.</p> <p>Au minimum, le financement doit intégrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un équivalent temps plein médical correspondant obligatoirement à deux médecins seniors référents pour la mucoviscidose qui doivent avoir un statut hospitalier temps plein et dont l'un est le responsable du centre ; • un équivalent temps plein d'infirmier(e) coordinateur(trice) dévolu à la mucoviscidose dont il faut souligner le rôle essentiel dans la coordination des soins et l'accueil des familles ; • un équivalent temps plein de kinésithérapeute spécialisé. <p>Les professionnels suivants : diététicienne, psychologue, assistante sociale jouent un rôle très important dans la prise en charge et leur temps de présence dans le centre doit être adapté aux besoins et au nombre de patients. Leur activité indispensable doit pouvoir être facilement identifiable. Le cas échéant, en cas d'identification, la MIG peut donc financer la part de leur rémunération correspondant à leur activité dans le centre.</p> <p>Par ailleurs, le CRCM doit pouvoir faire état de collaborations précises avec des spécialités diverses : diabétologie, nutrition, génétique. Un généticien clinicien doit assurer les consultations de conseil génétique des familles des enfants atteints dans le délai que le centre de ressources et de compétences sur la mucoviscidose se propose de garantir.</p> <p>Il revient à l'ARS de calibrer une équipe type. Ce calibrage pourra évoluer chaque année en fonction des indicateurs relevés. Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel. Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant de financement correspondant à ces surcoûts.</p> <p>A noter par ailleurs que les MIG ayant un objet connexe à cette mission (éducation thérapeutique, laboratoires de génétique notamment), ne peuvent participer au financement des actions financés par la MIG « centre de ressources et de compétences sur la mucoviscidose ». Le risque serait de faire apparaître une surcompensation financière. L'ARS sera susceptible d'ajuster la dotation en fonction de l'évolution de l'activité.</p>
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE
CHU AMIENS	0,00	247 017,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre de patients et de consultant annuels				
File active				
Actions de coordinations, de recherche, de formation et d'épidémiologie				

Observations, remarques :
Les ARS devront être destinataires des rapports d'activité de ces structures.

Objectifs :	Ces structures constituées d'équipes pluridisciplinaires, outre une capacité d'hospitalisation, offrent un plateau technique et assurent une activité de consultation, des actions de coordination des soins et de projet thérapeutique, d'éducation thérapeutique, de formation, de conseil et de recherche.
--------------------	---

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson**

Base réglementaire :	Circulaire DGS/DH/225/2B du 14 mars 1986 relative à la prise en charge par les établissements d'hospitalisation publics des problèmes posés par la mort subite du nourrisson circulaire n°919 du 23 décembre 1987 Recommandations de l'HAS, Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans), 2007
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	La liste des centres de référence a été établie dans la circulaire n°919 du 23 décembre 1987
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	La dotation MIG doit permettre de participer à la prise en charge des surcoûts induits par la mission et non pris en compte par des sources de financement existantes. Il peut notamment s'agir des frais non supportés par les parents (transport, analyses...voir en ce sens les recommandations de l'HAS en date du 24 mai 2007 disponibles sur le site internet de l'HAS : « Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson »). L'ARS sera susceptible d'ajuster la dotation en fonction de l'évolution de l'activité.
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Le calcul de la dotation doit se baser sur le financement d'une équipe pluridisciplinaire (personnel médical et non médical, notamment en tant que de besoin du personnel de secrétariat) dont l'objectif est avant tout de jouer un rôle de coordination (animation/appui technique/diffusion de bonnes pratiques). Au regard des missions des centres, les ETP financés ne sont pas des ETP dédiés entièrement à la structure.</p> <p>Le cas échéant, le calcul de la dotation peut prendre en compte les frais de structure inhérent au fonctionnement de tout centre de référence. Ces frais peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel. Leur calcul peut aussi se fonder sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.</p> <p>En sus, certains frais spécifiques peuvent être compensés dans le cadre du calcul de la dotation, notamment les frais liés à la surveillance par monitoring à domicile (coût de maintenance) ainsi que les frais liés à la réalisation d'outils à des fins de diffusion de bonnes pratiques (organisation de formations/publicité) et ceux engagés par les familles.</p> <p>Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un r</p>
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE			
CHU AMIENS	0,00	167 922,00			

Evaluation annuelle

Activité		2011	2012	Evolution 2011/2012	
				En nombre	En pourcentage
Nombre de corps transférés					
Nombre de nouvelles familles suivies					
Observations, remarques : La remise d'un rapport annuel d'activité à l'ARS peut être exigée, permettant d'analyser la pertinence du volume des crédits alloués.					

Qualité		OUI	NON	Remarques	
				2011	2012
Actions de prévention					

Objectifs :	<p>Les Centres de Référence Régionaux ont pour mission de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - jouer un rôle d'animation en matière de soins, de recherche et d'enseignement, - apporter un appui technique aux équipes et professionnels de santé confrontés à ce problème, - diffuser auprès des équipes hospitalières et du corps médical toute information utile, - organiser une surveillance par monitoring à domicile lorsque celle-ci s'avère nécessaire et évaluer son efficacité ; - accompagner les familles endeuillées (immédiatement après le décès et à l'occasion d'un nouveau projet parental). <p>Grâce aux campagnes de prévention, le nombre de décès a sensiblement diminué depuis une vingtaine d'années.</p>
--------------------	--

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les centres de ressources sur les maladies professionnelles**

Critères d'éligibilité :	<p>La délégation doit s'effectuer en respectant des règles de transparence et de stricte égalité entre établissements de santé afin d'éviter toute discrimination. Dans cette optique, le choix de l'établissement accueillant le centre de ressource doit faire l'objet d'une objectivation préalable.</p> <p>Il est recommandé aux ARS d'établir un cahier des charges reprenant les objectifs et actions assignés à chaque centre de ressources. Sur la base de ce cahier des charges, dont la publicité devra être assurée, l'ARS pourra labelliser le(s) CRMP de sa région. Si les circonstances régionales l'exigent (ex : retrait de label), le choix d'un nouvel opérateur devra s'effectuer par appel à candidature sur la base dudit cahier.</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>Est compris dans le périmètre de financement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les consultations pouvant comprendre des examens cliniques et complémentaires ; - les activités d'information et de conseil sous forme de réponses téléphoniques ou par courrier et par l'organisation de réunions à destination des médecins et par publications ; - la réalisation d'études-actions de courte durée et de portée immédiate à destination des entreprises ou des acteurs de prévention ; - la saisie d'informations pertinentes sur l'activité.
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Le montant de la dotation accordée à un CRMP doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission (cf. périmètre de financement), déduction faite par conséquent des recettes éventuelles obtenues par ailleurs. Concrètement, ces surcoûts se concrétisent par le financement d'une équipe composé d'ETP en secrétariat, praticien hospitalier, et attaché.</p> <p>Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel. Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels. L'ARS sera susceptible d'ajuster la dotation en fonction de l'évolution de l'activité</p>
------------------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	JPE			
CHU AMIENS	0,00	52 714,00			

Evaluation annuelle

Activité				Evolution 2011/2012	
		2011	2012	En nombre	En pourcentage
nombre de patients					
nombre total de consultations					
rapport annuel	OUI/ NON				
Observations, remarques :					

Objectifs :	<p>Les centres de ressource sur les maladies professionnelles (CRMP) ont pour vocation de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - proposer des services de qualité en santé au travail avec l'aide des moyens médicaux et techniques d'un établissement de santé ; - former les futurs médecins du travail ; - participer aux recherches visant à mieux connaître les pathologies générées par le milieu du travail ; - contribuer à la prévention des pathologies professionnelles en offrant aux médecins, notamment aux médecins du travail, un dispositif spécialisé de conseil et d'aide à la recherche de l'origine et de la cause professionnelle de pathologies constatées. <p>Cette vocation fait des centres de ressources sur les maladies professionnelles les partenaires naturels des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, des organismes sociaux et en particulier des services de prévention des CRAM avec lesquels ils coopèrent au développement de la prévention des altérations de la santé au travail.</p> <p>In fine, le salarié bénéficie gratuitement d'une consultation de spécialiste en pathologie professionnelle et de tous les examens cliniques et complémentaires nécessaires à l'élaboration du diagnostic. A la demande du CRMP, ces examens pe Le médecin traitant dispose d'un avis d'expert pour étayer son diagnostic.</p> <p>Le médecin du travail bénéficie des conseils du CRMP pour orienter le salarié et l'entreprise en matière de prévention et de Sur un problème complexe, l'avis du CRMP permet au médecin du travail d'optimiser ses conseils à l'entreprise en matière</p>
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal**

Base réglementaire : Art L2131-1, L2131-2, L2131-5 et 2213-1, R2131-10 et suivants du CSP
Arrêté du 6 août 2008 fixant le contenu des rapports annuels d'activité des établissements publics de santé ou des laboratoires d'analyses de biologie médicale autorisés à pratiquer des activités de cytogénétique et de biologie en vue d'établir un diagnostic prénatal, des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal
circulaire n°DGS/SP2/99/307 du 27 mai 1999 relative à l'agrément des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal

Critères d'éligibilité : Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal agréés par le ministre chargé de la santé selon la procédure prévue à l'article R.2131-13 du Code de la santé publique sont éligibles aux crédits MIG en fonction de deux critères :

- Autorisation du centre ;
- Agrément des praticiens.

Périmètre de financement :

La MIG des CPDPN a vocation à couvrir 3 catégories d'activité mobilisant du temps de personnel médical (gynécologue obstétricien et sage femme) et non médical dans des proportions variables au-delà de la durée des actes standardisés valorisés dans la CCAM et la T2A :

- L'adjonction au suivi normal de la grossesse d'événements spécifiques concernant sa prise en charge et en rapport direct avec la démarche de diagnostic prénatal, selon 3 parcours types correspondant à 3 niveaux de sollicitation des personnels médicaux et non médicaux (classés ci-après du moins au plus mobilisant):
 - o 1-Prise en charge de pathologies dont le diagnostic et le pronostic sont assez bien codifiés quelle qu'en soit l'issue (exemple : trisomie 21-13-18, anencéphalie, maladies génétiques...),
 - o 2-avis à distance sans prise en charge (naissance et/ou interruption Médicale de grossesse hors centre),
 - o 3-Prise en charge de pathologies complexes, au pronostic incertain, mobilisant fortement les ressources humaines et matérielles (exemple : ventriculomégalie, laparoschisis, anomalies gonosomiques, pathologies nécessitant un traitement in utéro...) avec naissance dans le centre
- L'accompagnement pré-péri et post natal de l'IMG
- Les réunions de concertation pluridisciplinaires.

Ne relèvent pas d'un financement MIGAC, les activités techniques en médecine fœtale financées en acte externe par la CCA

De même, l'activité de consultation génétique prénatale ne relève pas de la MIG CPDPN mais de la MIG consultations hosp

Critères de compensations :

L'activité des CPDPN étant corrélée au nombre des naissances, l'enveloppe MIG CPDPN initiale, calibrée en fonction du périmètre de financement décrit ci-dessus, a été répartie entre les régions accueillant au moins un CPDPN, au prorata du nombre d'accouchements recensés dans la base SAE au cours des années 2003 à 2005.

L'enveloppe MIG CPDPN a été abondée en 2011, à l'appui des remontées ARBUST, au prorata du nombre d'accouchements recensés dans la SAE au cours des années 2006-2008 et en prenant en compte l'augmentation des coûts (19,1 €/naissance au regard des données ARBUST 2010 et de l'abondement 2011, contre 17,65€/naissance dans l'enveloppe initiale). La même clef de répartition peut être utilisée en infrarégional par les ARS pour l'allocation de la MIG entre les CPDPN. Cette répartition peut toutefois être pondérée au regard des rapports d'activité des CPDPN.

La MIG CPDPN vient en complément des recettes T2A et CCAM perçues par ailleurs par la structure.

Il appartient à l'ARS de veiller à ce que l'addition de la MIG CPDPN, des recettes d'activité du CPDPN, de la MIG consultations hospitalières de génétique n'aboutisse pas à une surcompensation des charges afférentes à l'activité clinique et in fine, chaque centre est composé d'une équipe constituée d'au moins six praticiens (quatre exerçant dans l'établissement et

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
CHU AMIENS	0,00	195 403,00		

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombres de réunions pluridisciplinaires				
Nombre de dossiers discutés				
Nombres de couples venus consultés				
Nombre d'avis émis				

Observations, remarques :

Le rapport annuel d'activité du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal doit être transmis à l'ARS et l'ABM. Il présente un bilan de l'activité technique en médecine fœtale de l'établissement ainsi qu'un bilan du centre : nombre de réunions pluridisciplinaires, nombre de dossiers discutés dans l'année par catégorie de motif, nombre de couples venus consulter spontanément le centre, devenir des grossesses pour lesquelles le centre a été consulté. Respect des bonnes pratiques définies par l'ABM (2010)

Collaboration avec le réseau Périnatalité local (dépistage combiné de la trisomie 21, formation en médecine fœtale et en échographie...).

Objectifs : Les missions des centres sont définies à l'article R.2131-10-1 CSP : favoriser l'accès au diagnostic prénatal, donner des avis et conseils en matière de diagnostic et de thérapeutique et organiser des actions de formation.

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique

Base réglementaire :
 Plan Cancer 2009-2013, mesure 21, Garantir un accès égal aux traitements et aux innovations, action 21.2 : Développer les plateformes de génétique moléculaire des cancers et l'accès aux tests moléculaires
 Plan national maladies rares 2011-2014
 Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique
 Liste des laboratoires d'oncogénétique

Critères d'éligibilité :
Concernant l'oncogénétique : plateformes reconnues dans le cadre des différents appels à projets INCa / DGOS. Une labellisation est donc nécessaire pour obtenir le financement
Concernant la génétique moléculaire / Cytogénétique / Neurogénétique : nécessité pour les laboratoires d'une autorisation de l'Agence Régionale de Santé avec avis de l'Agence de la Biomédecine pour la réalisation des examens des caractéristiques génétiques à des fins médicales et pour les praticiens d'agrément délivrés par l'ABM. L'éligibilité au financement renvoie donc à ces conditions.

Périmètre de financement :
 L'établissement de santé bénéficiant de la dotation MERRI (part variable) doit la flécher sur la mission concernée. Les financements MERRI sont essentiellement destinés à financer les infrastructures de laboratoires spécialisées (y compris des travaux pour l'aménagement de locaux), à l'exclusion des actes de biologie eux-mêmes (B, BHN et des ressources affectées au volant clinique de l'activité de génétique (centres de référence, consultations de génétique).
 Les financements peuvent couvrir des dépenses d'équipements et de personnels.
 Cette dotation ne doit pas être confondu avec celle ayant trait au financement des actes hors nomenclatures (dite MIG BHN). Si l'on prend en compte dans le périmètre de financement de la mission l'ensemble des charges de la structure (personnel et fonctionnement), il convient donc de déduire le cas échéant de cette dotation celle attribuée au titre de la MERRI BHN (finançant une part des ETP des laboratoires pratiquant des actes dentaires, de biologie et d'anatomo-cyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du CSS). A défaut, il y aurait un double financement potentiel de la structure.

Critères de compensations :
 Les recettes liées à l'activité des laboratoires (B, BHN) ou à la couverture de charges de structures pour les plateaux techniques spécialisés (part fixe des MERRI) doivent être prises en compte, la dotation MERRI en part variable ne devant couvrir que les surcoûts liés au fonctionnement des laboratoires de génétique.
 La dotation MIGAC doit donc être calculée en fonction du personnel mis à disposition du laboratoire, ainsi que des frais de structure (peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel) auquel il convient de soustraire la dotation relative à la MIG BHN. Il revient néanmoins aux ARS établissements de santé de définir le niveau de comptabilisation des charges indirectes de ces structures étant entendu que les financements MERRI constituent des financements structurants qui doivent contribuer directement au soutien à la promotion et à l'investigation à côté des financements sur projets que perçoit l'établissement.

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
CHU AMIENS	0,00	1 404 935,00		

Evaluation annuelle

Activité

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Volumes d'actes				
File active				

Observations, remarques :
 Suivi assuré par la DGOS
 Pour l'oncogénétique, suivi assuré par la DGOS en partenariat avec l'INCa.

Qualité

	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
Existence d'une labellisation / autorisation				

Objectifs :
 Les tests génétiques concernent à la fois des personnes malades (cas index) et des membres non malades de leur famille (apparentés). L'accès aux tests de prédisposition génétique à certaines pathologies suppose donc d'une part une activité de consultation clinique (voir MIG consultations hospitalières de génétique) et d'autre part une activité de biologie spécialisée.
 Ces analyses spécialisées concernent aussi bien la génétique moléculaire, l'oncogénétique, la cytogénétique et la neurogénétique.
 La loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique a modifié le régime juridique applicable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques à des fins médicales d'une personne et à son identification par empreintes génétiques. Le décret n°2008-321 du 4 avril 2008 est venu préciser les conditions d'autorisation et de renouvellement des laboratoires et d'agrément des praticiens et précise les compétences de l'Agence de la Biomédecine dans ce domaine.
 En matière de cancérologie, l'accès aux tests moléculaires prédictifs déterminant l'accès aux thérapies ciblées se déploie dans les plateformes de génétique moléculaire, soutenues par l'INCa et la DGOS depuis 2006 (en avril 2011 : 107 sites de

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Observatoires régionaux et interrégionaux des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique**

Base réglementaire :	Art D.162-16 du CSS Décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 : Circulaire n° DHOSIE2IDSS/IC/2006/30 du 19 janvier 2006
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Un observatoire régional doit se constituer auprès de l'agence régionale de santé regroupant notamment des représentants des établissements de santé de la région ayant conclu un contrat de bon usage, dont un établissement autorisé à pratiquer une activité d'hospitalisation à domicile. Le choix de l'établissement support (qui héberge l'OMEDIT) doit être objectif et se faire au regard des missions principales des observatoires et de la capacité d'un établissement à les assumer. Si un ou plusieurs établissements ressortent positivement de cette analyse, il est conseillé de recourir à un appel à candidature qui devra faire l'objet d'une publication.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	Le financement MIGAC est le seul et unique mode de financement de l'OMEDIT dont les objectifs sont déclinés en programme d'action avec des modalités de mise en œuvre ainsi que des indicateurs de suivi, Le périmètre de financement est donc égal aux missions déléguées aux OMEDIT (cf. supra).
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	Pour la mise en œuvre de ces missions, l'OMEDIT dispose d'un coordonnateur entouré d'une structure de coordination. Le coordonnateur a recours à des groupes experts régionaux. Il s'appuie sur un groupe de travail régional. La dotation MIGAC, allouée à un établissement support, est utilisée par la structure de coordination et contribue à financer la mise à disposition d'ETP de praticien hospitalier, d'ETP d'assistant spécialiste et d'ETP d'agent administratif, ainsi que des frais de structure (peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel - avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux divers frais...) Il revient à l'ARS de calibrer une équipe type. Ce calibrage pourra évoluer chaque année en fonction des indicateurs relevés.
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	21 150,00	-21 150,00		0,00

Evaluation annuelle

Activité				
Se baser sur le rapport annuel d'activité de l'OMEDIT				
	2011	2012	Remarques	
			2011	2012
Actions de contractualisation : nombre de CBUMPP signés, nombre de lits MCO				
Actions d'évaluation : nombre de rapports d'étape annuel évalués, suivi des consommations, ciblage des établissements dans le cadre du programme gestion du risque, audit au sein d'établissements de santé (thème, méthode, nombre d'établissements impliqués / période, nombre de visites sur site pour un audit ou une évaluation)				
Actions de formation ; thème, personne par journée				
Actions de communication : publication : nombre par catégorie (Articles parus dans des revues avec comité de lecture, communications orales, posters, rapports, bulletin d'information), site internet : Nombre de visites ou de sessions / nombre de visiteurs / an, Titre de la « page à succès », Liste de diffusion (nombre d'abonnés, nombre de messages adressés /an)				
Actions d'animation : Assemblée annuelle : nombre de participants, nombre de réunions, journées régionales : nombre de journées, nombre de participants, lieux, commissions spécialisées : nombre de commissions, nombre de participants.				
Observations, remarques :				

Objectifs :	<p>L'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) est une structure régionale ou interrégionale d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique placée auprès de l'agence régionale de santé. Cette structure est chargée de l'animation d'une politique coordonnée de bon usage des produits de santé et de bonnes pratiques en termes de qualité, sécurité et d'efficacité.</p> <p>Leurs missions principales portent sur la qualité, la sécurité des soins et l'efficacité par un appui et un éclairage:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De l'ARS sur l'élaboration et l'analyse des contrats relatifs aux produits de santé (Contrat de Bon Usage des Médicaments et des Produits et Prestations (CBUMPP), rapports d'étape annuel, accords cadre locaux ville / hôpital, Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), ainsi que les Contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins(CRAQS) le cas échéant. - Des acteurs de santé du secteur sanitaire et médico-social par la participation au développement de la politique de bon usage, d'efficacité et de gestion des risques liés aux produits de santé et à la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. <p>Les observatoires assurent donc un suivi et une analyse des pratiques de prescription observées au niveau régional. Ils organisent, notamment sur la base de ces travaux, des échanges réguliers sur les pratiques relatives à l'usage des médicaments et des produits et prestations, notamment ceux figurant sur la liste visée à l'article L. 162-22-7 CSS (liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans s'agissant des produits et prestations, ceux visés à la dernière phrase du premier alinéa ainsi qu'au quatrième alinéa de l'article L. 162-22-7 CSS).</p> <p>Les observatoires procèdent au référencement des protocoles thérapeutiques se rapportant notamment aux médicaments et</p>
--------------------	---

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
ANTENNE REGIONALE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

Base réglementaire :	Article L.6111-1 CSP Arrêté du 3 août 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales (LIN) ; Arrêté du 3 mai 2002 portant nomination de responsables de centres interrégionaux de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales Arrêté du 17 mai 2006 (JO du 02 septembre 2006) relatif aux antennes régionales de CCLIN
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	Bénéficient d'un financement MIGAC les antennes régionales de LIN labellisées par l'arrêté du 17 mai 2006. Chaque région dispose d'une antenne y compris pour les régions siège de CCLIN. Ces structures sont obligatoirement implantées dans un établissement de santé.
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	Ces structures ont pour mission, en lien avec le CCLIN, le conseil, l'assistance aux établissements de santé, aux EPHAD et en matière de lutte contre les infections associées aux soins dont les infections nosocomiales, l'animation de réseaux d'établissements et de surveillance épidémiologique, la réalisation d'audits et d'investigation, l'évaluation des pratiques, l'organisation de sessions de formation Les programmes annuels d'activité doivent être cohérents avec le programme national de lutte contre les infections nosocomiales (LIN), les besoins exprimés par les établissements de la région, la politique de l'ARS en matière de LIN. Les antennes régionales de LIN doivent coordonner leur action avec celle des cellules interrégionales d'épidémiologie, des centres régionaux de pharmacovigilance et des centres régionaux d'hémovigilance. Malgré des objectifs communs, le périmètre des ARLIN doit être différencié de celui des CCLIN. En effet, le rôle des CCLIN est de coordonner le travail des ARLIN mais aussi d'assurer un niveau expertise supérieur (de par leurs masses critiques).
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Le principe directeur de la modélisation est la corrélation entre le financement accordé au titre des antennes et, d'une part, le nombre total de lits existants dans la région couverte par l'antenne, toutes catégories de lits confondus (MCO, SSR, psychiatrie y compris les lits d'EHPAD) ; d'autre part, la superficie de la région, les temps de déplacement pouvant être sensiblement différents selon les régions. La structure de base est la suivante (base du forfait): - 0,5 ETP de PH ; - 1 ETP de cadre infirmier ; - 1 ETP de secrétariat médical ; - et 10% de frais de structures. Il revient cependant à l'ARS d'adapter cette structure selon les spécificités régionales rencontrées. En outre, ce forfait de base est majoré d'un coefficient équivalent au coefficient géographique. Afin de tenir compte du nombre de lits et notamment de l'intégration des lits d'EHPAD dans le champ d'intervention des antennes, il est conseillé d'ajouter un demi-forfait entre 13000 et 20000 lits d'EHPAD et un forfait au-delà de 20000 lits couverts. Afin de tenir compte de la superficie couverte, il est ajouté 0,25 ETP de cadre infirmier au-delà de 40000 km ² couvert. C'est aux agences qu'il convient de définir l'équipe adaptée à l'établissement, de calibrer l'effectif nécessaire dans chaque
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	317 207,00			317 207,00

Evaluation annuelle

Qualité		OUI		NON		Remarques	
Basé sur le rapport annuel de l'ARLIN						2011	2012
• communication, information	A préciser						
• documentation	A préciser						
• animation	A préciser						
• formations	A préciser						
• prévention	A préciser						
• expertise	A préciser						
• signalement	A préciser						
• surveillance	A préciser						
• évaluation	A préciser						
• publications	A préciser						

Observations, remarques :

Objectifs :	Dans chaque région, il est créé une antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales. Chaque antenne est chargée d'assurer un relais de proximité des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales auprès des établissements de santé
--------------------	---

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance

Base réglementaire :	Articles R. 5121-167 à R. 5121-169 (CRPV) du CSP Articles R. 5132-97 à R. 5132-116 (CEIP) du CSP Arrêté du 28 avril 2005 relatif aux bonnes pratiques de pharmacovigilance
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	<p>CEIP : La création et l'organisation des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, les conditions dans lesquelles ils exercent leurs missions ainsi que les modalités de leur représentation au comité technique font l'objet de conventions conclues entre le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et les établissements de santé dans lesquels les centres sont situés.</p> <p>CRPV : Les centres sont agréés, sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, par arrêté du ministre chargé de la santé. L'arrêté agréant un centre détermine son territoire d'intervention.</p> <p>Pour être agréés, les centres sont constitués au sein d'une structure de pharmacologie, de pharmacologie clinique ou de toxicologie clinique d'un établissement public de santé, sous la forme d'une unité fonctionnelle ou, si l'établissement a fait usage de la faculté prévue par l'article L. 6146-8, d'une unité distincte.</p>
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	<p>Les CRPV remplissent les missions définies à l'art. R. 5121-167 et R. 5121-168 du CSP : recueil de déclarations ou de signalement d'effets indésirables des médicaments par les professionnels de santé, les établissements de santé, les centres anti-poisons et transmission à l'AFSSAPS, expertise, formation et information en matière de pharmacovigilance. Les CEIP remplissent les missions définies à l'art. R. 5132-112, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recueil et évaluation des données cliniques concernant les cas constatés de pharmacodépendance et d'abus des substances, plantes, médicaments et autres produits mentionnés à l'article R. 5132-98 auprès des professionnels de santé ou des autres professionnels concernés, des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et des établissements de santé, notamment auprès des centres antipoison, des centres régionaux de pharmacovigilance et des structures des urgences ; - contribuent au développement de l'information sur le risque de pharmacodépendance et d'abus de ces substances, plantes, médicaments ou autres produits, notamment en renseignant les différents professionnels concernés et en participe
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Les critères suivants ont été retenus afin de calculer économiquement le montant à notifier à l'établissement éligible :</p> <p>Pour les CEIP :</p> <p>Données démographiques générales et médicales ainsi que le nombre de centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Ces indicateurs ont permis de déterminer 3 groupes de CEIP.</p> <p>CEIP des groupes 1 et 2 :</p> <p>Personnels :</p> <p>-PM : 1 ETP PH</p> <p>Frais de structure : 15%</p> <p>Soit un montant forfaitaire de 122 133€</p> <p>NB : même si le financement assurance maladie est identique pour les groupes 1 et 2, le groupe de travail a maintenu la distinction en 3 groupes, les financements AFSSAPS variant pour chacun des 3 groupes.</p> <p>CEIP du groupe 3 :</p> <p>Personnels :</p> <p>-PM : 1,25 ETP PH</p> <p>frais de structure : 15%</p> <p>Soit un montant forfaitaire de 152 667€ (mis à jour 2008)</p> <p>Pour les CRPV :</p> <p>Données démographiques générales.</p> <p>Ces indicateurs ont permis de déterminer 4 groupes de CRPV.</p> <p>CRPV des groupes 1 et 2 :</p> <p>Personnels :</p> <p>-PM : 1,5 ETP PH</p> <p>-PNM : 0,5 ETP secrétaire</p> <p>frais de structure : 15%</p> <p>Soit un montant forfaitaire de 207 078€ (mis à jour 2008)</p> <p>CRPV des groupes 3 et 4 :</p> <p>Personnels :</p> <p>-PM : 2,5 ETP PH</p> <p>-PNM : 1 ETP secrétaire</p>
------------------------------------	---

Paramètres de définition du coût standard des MIG CEIP/CRPV

CEIP					
Classification	Part fixe ETP PH	Part variable ETP PH		Total ETP	Structures correspondantes
Groupe 1	1			1	Grenoble, Lyon, Montpellier, Nantes, Toulouse
Groupe 2	1			1	Bordeaux, Caen
Groupe 3	1	0,25		1,25	Marseille, Nancy, Paris
CRPV					
Classification	ETP Responsable PH	ETP PH	ETP Secrétaire	Total ETP	
Groupe 1	0,5	1	0,5	2	Besauçon, Caen, Clermont-Ferrand, Grenoble, Limoges, Paris-PSL, Paris-SVP, Reims, Rennes, Saint Etienne
Groupe 2	0,5	1	0,5	2	Amiens, Angers, Brest, Dijon, Nantes, Nice, Paris-HEGP, Paris-SA, Poitiers, Rouen, Strasbourg, Tours
Groupe 3	0,5	2	1	3,5	Marseille, Nancy, Montpellier, Paris-FV, Paris-HM, Toulouse
Groupe 4	0,5	2	1	3,5	Bordeaux, Lille, Lyon

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	NR	au 16/04/2012
CHU AMIENS	69 164,00			69 164,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Pour les CEIP : suivi des actions de santé publique (nombre de demandes de renseignement, de formations assurées).				
Pour les CRPV (nombre d'effets indésirables recueillis, de demandes de renseignement, d'expertises de formations)				
Observations, remarques :	Transmission des rapports annuels d'activités			

Objectifs :	<p>La pharmacovigilance a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain mentionnés à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.</p> <p>La pharmacodépendance est la surveillance des cas d'abus et de dépendance liés à la prise de toute substance ayant un effet psychoactif, qu'elle soit médicamenteuse ou non, à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac.</p> <p>Cette surveillance repose sur un réseau national de centres chargés de recueillir et d'évaluer ces cas.</p>
--------------------	---

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance**

Base réglementaire :	Art. R-1221-30 à R-1221-39 du CSP
-----------------------------	-----------------------------------

Critères d'éligibilité :	<p>Le financement est attribué à l'établissement de santé employeur, dans la région concernée, du coordinateur régional d'hémovigilance (désigné par l'Agence nationale de sécurité du médicament).</p> <p>A noter que le contexte régional peut nécessiter le financement de plusieurs CRH. Cela est objectivé par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'incidents déclarés par région, par exemple : <p>Nombre d'effets indésirables receveurs (EIR) déclarés par région et son évolution / Nombre d'incidents graves (IG) déclarés par région et son évolution</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'effets indésirables graves donneurs (EIGD) déclarés par région et évolution <p>Progression de l'informatisation des dépôts de sang dans la région (sur les aspects gestion et traçabilité, et échange d'informations avec les sites EFS)</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>L'activité des CRH comprend les missions listées dans le décret 2006-99 relatif à l'Établissement Français du Sang et à l'Hémovigilance, et dans les articles R 1221-32 à 34 du Code de la santé publique.</p> <p>La MIG finance les rémunérations des CRH sur la base d'un PH et de leur secrétariat le cas échéant. En revanche, les crédits de sécurité transfusionnelle ne sauraient prendre en compte les frais de gardes et d'astreintes. Les frais de mission et de déplacement seront pris en charge selon les modalités définies localement.</p> <p>Il est recommandé de rechercher l'association de deux activités mi-temps en un seul ETP entre deux régions limitrophes, le cas échéant.</p>
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Le montant notifié à un établissement au titre de la MIG CRH (et donc <i>in fine</i> le nombre de CRH) est défini selon deux critères essentiels, à savoir le nombre d'établissements de santé transfuseurs, et le volume de produits sanguins labiles (PSL) distribués dans la région.</p> <p>Un seul CRH est nommé par région sauf dans les régions listées ci-dessous :</p> <p>IDF : 2.5 ETP, Aquitaine : 1.5 ETP, Corse : 0.5 ETP, Rhône Alpes : 2 ETP, PACA : 2 ETP, NPDC : 2 ETP</p> <p>Schéma de répartition actuelle des postes :</p> <table border="1"> <tr> <td>Nombre d'ETP</td> <td>Nombre d'établissements de santé transfuseurs/ région</td> <td>Volume de PSL distribué/an/région</td> </tr> <tr> <td>0.5</td> <td>Entre 0 et 15</td> <td>Moins de 100 000</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Entre 16 et 100</td> <td>100 000 à 200 000</td> </tr> <tr> <td>1.5 à 2</td> <td>Entre 101 et 200</td> <td>200 000 à 400 000</td> </tr> <tr> <td>2.5</td> <td>Plus de 200</td> <td>Plus de 400 000</td> </tr> </table> <p>Le montant de la dotation doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission, déduction faite par conséquent des recettes éventuelles obtenues par ailleurs. Ce surcoût peut notamment être obtenu par le biais du « total des charges nettes majorées » figurant dans le retraitement comptable des établissements</p>	Nombre d'ETP	Nombre d'établissements de santé transfuseurs/ région	Volume de PSL distribué/an/région	0.5	Entre 0 et 15	Moins de 100 000	1	Entre 16 et 100	100 000 à 200 000	1.5 à 2	Entre 101 et 200	200 000 à 400 000	2.5	Plus de 200	Plus de 400 000
Nombre d'ETP	Nombre d'établissements de santé transfuseurs/ région	Volume de PSL distribué/an/région														
0.5	Entre 0 et 15	Moins de 100 000														
1	Entre 16 et 100	100 000 à 200 000														
1.5 à 2	Entre 101 et 200	200 000 à 400 000														
2.5	Plus de 200	Plus de 400 000														

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	JPE	
CHU AMIENS	126 169,00	-126 169,00	126 950,00	0,00

Evaluation annuelle

Activité Observations, remarques : Rapport annuel du CRH

Objectifs :	<p>Le coordonnateur régional d'hémovigilance est placé dans chaque région auprès du directeur général de l'ARS. Il est chargé, en liaison avec les correspondants d'hémovigilance des établissements de santé et des établissements de transfusion sanguine de sa région, de veiller à la mise en œuvre, par tous ces établissements, des règles d'hémovigilance ainsi que des directives en la matière. Il a accès aux données obligatoirement recueillies par les établissements de sa région. Il peut exécuter ou faire exécuter toutes les recherches relevant de sa mission. Il veille à la qualité, la fiabilité et la cohérence des informations relatives au dispositif d'hémovigilance dans sa région. Il est tenu d'informer de son activité, par un rapport annuel, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament (nouveau nom de l'AFSSAPS).</p> <p>Le CRH est médecin praticien hospitalier, ou possédant des qualifications équivalentes, doté d'une expérience en matière de transfusion sanguine; il est nommé pour une durée de 3 ans renouvelable par décision du directeur général de l'agence régionale de santé après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament.</p>
--------------------	---

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'Intérêt générale :
CENTRES DE COORDINATIONS CANCEROLOGIE (3C)**

Base réglementaire :
 Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.
 Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A/2005/N°119 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale
 Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA 357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie
 Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé
 Référentiel national des 3C en cours de finalisation (INCa) pour préciser et actualiser le « cahier des charges » de l'annexe 5 de la circulaire du 22.02.2005

Critères d'éligibilité :
 C'est une dotation dont l'attribution est fixée au niveau national sur la base d'un modèle de financement.
 Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non finançables au titre des MIG soit environ 800 établissements publics et privés.
 Chaque établissement de santé peut obtenir une autorisation de traitement pour une ou plusieurs des trois modalités de traitement concernées (la chirurgie des cancers, la radiothérapie externe, la chimiothérapie et traitements médicaux des cancers).

Périmètre de financement :
 La mission du 3C est d'assurer la qualité en cancérologie, pour ce faire il :
 - Participe à l'identification et à l'organisation générale des différents processus pour l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer
 - Organise les RCP, veille à leur fonctionnement et les évalue
 - Diffuse les recommandations de pratique clinique pour les professionnels de santé
 - Élabore et conduit des évaluations Qualité selon des méthodes régionales (issues des RRC) et/ou nationales (ex. indicateurs Qualité IPAQSS)
 - Recueil et produit de l'information en cancérologie (ex. tableau de bord transmis au RRC)
 - Communique vers les professionnels de santé, les patients et les proches
 La dotation MIGAC finance donc les personnels dédiés à la réalisation de ces missions.

Critères de compensations :
 Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en place du 3C, auxquels s'ajoutent le cas échéant certains frais de fonctionnement inhérent à tout centre (notamment si le 3C dispose de son propre local) humains et matériels (par ex. locaux, outils informatiques) pour le fonctionnement du 3C
 In fine, est donc financé la mise en place d'une équipe opérationnelle composée a minima d'un temps coordonnateur (il n'est pas nécessairement médecin, il peut-être infirmier, cadre de santé, qualificateur, etc.) d'un temps secrétariat et d'un temps de personnel formé à la qualité (il peut s'agir d'un (des) responsable(s) qualité des établissements de santé partenaires du 3C).
 Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel. Le calcul de ces frais peut aussi se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.
 Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	330 215,00			330 215,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'une RCP avant la mise en route du primo traitement (Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié d'une RCP / Nombre total de nouveaux patients)				
Taux annuel de dossiers de patients des établissements enregistrés en RCP comportant une fiche RCP informatisée (Nombre de fiches RCP informatisées / nombre total de dossiers patients enregistrés en RCP)				
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'un dispositif d'annonce tel que défini dans les recommandations INCa/Ligue contre le cancer (Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié d'un dispositif d'annonce / nombre total de nouveaux patients)				
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'une remise de PPS (Nombre de patient ayant bénéficié d'un PPS au décours de l'annonce du diagnostic / Nombre total de patients ayant bénéficié du dispositif d'annonce)				
Observations, remarques :				

Qualité	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
Existence d'un programme annuel des actions du 3C				
Remplissage du tableau du bord annuel et transmission au RRC				

Objectifs :
 Le centre de coordination en cancérologie (3C) est une cellule qualité transversale des établissements de santé et des cabinets libéraux de radiothérapie autorisés à l'activité de soins de traitement du cancer.
 La mutualisation de cette cellule qualité entre les établissements d'un territoire est aujourd'hui logique et devrait constituer la référence organisationnelle.
 Le 3C a pour objet de proposer, de mettre en œuvre et de coordonner les actions relatives à la qualité des prises en charge des patients atteints de cancer. Il a pour rôle premier d'assurer l'accompagnement et l'appui des établissements autorisés concernant les 6 conditions transversales de qualité (concertation pluridisciplinaire, dispositif d'annonce, respect des référentiels de bonne pratique, remise du programme personnalisé de soins - PPS - accès aux soins de support, accès aux innovations et à la recherche clinique).
 Le 3C n'a pas vocation à être effecteur de soins et ne concourt à aucune prise en charge directe de patients

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
 Equipes mobiles de soins palliatifs / EMSP**

Base réglementaire : Ordonnance du 4 septembre 2003
 Circulaire N°DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, dont le point fort est représenté par la mise en place généralisée de réseaux de soins palliatifs connectés à des équipes mobiles de soins palliatifs
 Circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs
 Plan de santé publique, programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 inscrit dans la circulaire N°DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé

Financement forfaitaire proposé :

1) Base de financement : File active de plus de 400 patients

2 ETP personnel médical
3 ETP infirmier diplômé d'état
1 ETP psychologue
1 ETP secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 493 900 €

2) Base de financement : File active entre 250 et 400 patients

1,5 ETP personnel médical
3 ETP infirmier diplômé d'état
0,75 ETP psychologue
1 ETP secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 419 100 €

3) Base de financement : File active de moins de 250 patients

1 ETP personnel médical
1 ETP infirmier diplômé d'état
0,75 ETP psychologue
0,5 ETP secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 238 700 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	1 007 946,00			1 007 946,00

Evaluation annuelle

Activité

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Nombre d'interventions totales de l'EMSP au cours de l'année :						
Nombre d'interventions de l'EMSP :						
en intra-hospitalier :						
en extra-hospitalier :						
en HAD :						
à domicile :						
Nom des structures où intervient l'EMSP :						
Nombre de patients pris en charge :						
Montant des recettes T2A issues des consultations						
Autres recettes, à préciser :						

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
Existe-t-il une collaboration avec des réseaux de soins palliatifs ?						
Si oui, préciser la liste dans "observations, remarques"						
Existe-t-il une collaboration avec les unités de soins palliatifs ?						
Cette collaboration est-elle formalisée ?						
Existe-t-il une collaboration avec les ES ayant des LISP ?						
Cette collaboration est-elle formalisée ?						
Existe-t-il une collaboration avec une HAD ?						
Cette collaboration est-elle formalisée ?						
Existe-t-il une collaboration avec des structures médico sociales ?						
Si oui, sont-elles formalisées ?						
Existe-t-il d'autres collaborations ?						
Si oui, sont-elles formalisées ?						
L'EMSP intervient-elle au domicile de patients ?						
Ces interventions sont-elles formalisées ?						

Observations, remarques :

Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en soins palliatifs

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
ETP Personnel médical ⁽¹⁾						
ETP Psychologue ⁽¹⁾						
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾						
ETP autres personnels ⁽¹⁾						
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾						
Charges de personnel des ETP Psychologue ⁽²⁾						
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾						
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾						
Existe-t-il une mutualisation des effectifs avec une unité d'hospitalisation ?						
Existe-t-il une mutualisation des effectifs avec un réseau (équipe partagée) ?						

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année

(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandé

Observations, remarques :

Autres, divers

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Délai moyen d'intervention de l'EMSP après sollicitation initiale						
en hospitalisation :						
dans un autre établissement :						
Nombre de séances de formation continué réalisées						
au sein de l'établissement :						
en dehors de l'établissement :						
Autres activités d'enseignement :						

Observations, remarques :

Objectifs : Développer la culture de la prise en charge des soins palliatifs au milieu sanitaire et dans les établissements médico sociaux

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
LES EQUIPES DE CANCEROLOGIE PEDIATRIQUES**

Base réglementaire :	<p>Décrets du 21 mars 2007, relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et</p> <p>Critères d'agrément pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18 ans</p> <p>Circulaire du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique</p> <p>Les décisions portant identification d'une organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 mars 2010 (Groupe Ouest des cancers de l'enfant) - 9 mars 2010 (Réseau interrégional d'oncologie pédiatrique de la région Nord Ouest de la France) - 22 juin 2010 (Auvergne-Rhône Alpes) - 22 juin 2010 (Grand Est-Hémato-oncologie-Pédiatrique) - 22 juin 2010 (ONCOSOLEIL) - 22 juin 2010 (Interrégion Sud-ouest contre les cancers et leucémies de l'enfant) - 24 septembre 2010 (CANPEDIF)
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	<p>Les établissements de santé éligibles sont ceux répondant aux critères d'agrément pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18 ans (voir en ce sens le décret précité du 21 mars 2007) dont notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> * la qualité de membre d'une organisation interrégionale de recours en oncologie pédiatrique (critère d'agrément n°3) * une activité minimale de 12 nouvelles mises en traitement annuelles pour la radiothérapie des patients de moins de 16 ans, hors traitements palliatifs et irradiations corporelles totales (critère d'agrément n°17)
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>Relève du périmètre de financement de la MIG :</p> <p>1. Les missions d'un centre spécialisé en cancérologie pédiatrique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre, de manière spécifique et adaptée à l'âge, les mesures qualité transversales en cancérologie (dispositif d'annonce, pluridisciplinarité, remise du Projet Personnalisé de Soins, accompagnement psychologique et - Apporter l'environnement pédiatrique adapté à l'âge et au contexte d'une maladie grave (projet socio-éducatif, accueil et hébergement de la famille et la fratrie). - Organiser et coordonner la prise en charge du patient en lien avec les intervenants de proximité (CH, HAD, prestataires de soins à domicile) <p>2. La mise en œuvre des missions de l'organisation interrégionale de recours en oncologie pédiatrique (OIR)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participer à la RCP interrégionale pédiatrique au cours de laquelle sont discutés l'ensemble des dossiers de patients de moins de 18 ans de l'interrégion - Organiser les 5 filières de prise en charge spécifiques (tumeurs osseuses, tumeurs cérébrales, greffes de cellules souches hématopoïétiques, radiothérapie, mise en œuvre des essais précoces) suivant les ressources et l'expertise - Contribuer à l'amélioration des connaissances concernant l'activité de recherche clinique des établissements de l'interrégion
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Le montant de la dotation accordée à l'établissement doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission (cf. périmètre de financement), déduction faite des recettes éventuelles par des dotations finançant d'autres missions d'intérêt général.</p> <p>Concrètement, ces surcoûts se composent du financement d'une équipe pluridisciplinaire et le cas échéant, des frais de structures (notamment coût lié au fonctionnement des locaux pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel.)</p> <p>Pour information, cette équipe est composée d'ETP (mis partiellement à disposition) de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pédiatre - hors interne Pédopsychiatre - IDE - Puéricultrice - Aides Puéricultrice - Psychologue - secrétaire - Personnel de Recherche - travailleurs sociaux. <p>Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager le montant correspondant à ces frais.</p>
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	53 750,00			au 16/04/2012 53 750,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
- Nombre de nouveaux patients pris en charge				
- Nombre de pratiques thérapeutiques exercées par l'établissement (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie)				
- Nombre de dossiers de patients discutés en RCP interrégionale pédiatrique (cf. rapport d'activité des OIR)				
Nombre de patients pris en charge pour les 5 filières spécifiques (cf. rapport d'activité des OIR)				
Observations, remarques :				

Objectifs :	Assurer et coordonner la prise en charge spécifique des enfants et adolescents de moins de 18 ans atteints de cancer et permettre l'équité d'accès à l'expertise pour tous les patients par la discussion de l'ensemble des dossiers en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) interrégionale pédiatrique.
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
LACTARIUMS**

Base réglementaire :
 Art L.2323-1 CSP/ Art L.164-1 et R.164-1 du CSS
 Décret n° 2010-805 du 13 juillet 2010 relatif aux missions, à l'autorisation et aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des lactariums notamment son article 2 (JO du 16 juillet 2010)
 Arrêté du 18 mars 2009 relatif aux tarifs de cession et tarif de remboursement du lait maternel
 Arrêté du 25 août 2010 relatif aux tests de dépistage réalisés pour les dons de lait maternel et à leurs conditions de
 Décision du 3 décembre 2007 du directeur de l'AFSSAPS définissant les règles de bonnes pratiques prévues à l'article L. 2323-1 du code de la santé publique
 Instruction n°DGOS/R3/2010/459 du 27 décembre 2010 relative à l'autorisation et à l'organisation des lactariums
 Élaboration de bonnes pratiques- AFSSAPS

Critères d'éligibilité
 Sont éligibles au financement, les établissements de santé MCO gérant les lactariums (Existence d'une activité - quantités de lait collectés, traités et distribués > 0) et autorisés comme tel par décision du DG d'ARS. En outre, les résultats de l'inspection de l'AFSSAPS doivent être positifs.
 Les lactariums gérés directement par des collectivités territoriales ou des organismes sans but lucratif (associations, fondations) sont exclus d'un financement MIGAC.

Périmètre de financement
 Relèvent du financement de la MIG les actions de collecte, de préparation, de qualification, de distribution et de délivrance du lait maternel, produit à finalité sanitaire dès lors qu'il est prescrit par un médecin pour un nourrisson.
 Le financement est limité aux seuls surcoûts non couverts par les tarifs de cession et tarif de remboursement du lait maternel (arrêté du 18 mars 2009). Sont également déduites les éventuelles subventions perçues (collectivités territoriales, associations).

Critères de compensations
 Le montant de la dotation accordée à un établissement au titre de cette MIG doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des obligations soit la collecte, la préparation, la qualification, la distribution et la délivrance de lait maternel, déduction faite des tarifs de cession et de remboursement du lait maternel ainsi que des éventuelles subventions perçues. Sont donc financés uniquement les surcoûts occasionnés par ces actions.
In fine, la MIG participe donc au financement du médecin chargé de l'organisation et du fonctionnement du lactarium pour le site principal et pour ses antennes, ainsi que d'une sage-femme ou d'un cadre de santé ou d'un infirmier de puériculture chargés, notamment pour les lactariums à usage intérieur et extérieur, de la coordination de l'activité de collecte et des liens avec les établissements de santé sièges des antennes de collecte du lait maternel.
 En outre, la MIG participe au financement (frais de fonctionnement/amortissement) du matériel et des locaux (aménagés pour respecter la chaîne du froid). Ces frais peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel. Avec l'aide d'outils de retraitements comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et le cas échéant aux frais de structure.

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	247 456,00			247 456,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Volume de collecte				
Production				
Cession				
Observations, remarques :				

Qualité	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
Mise au norme				
Personnel affectés				
Équipement				
Fonctionnement				
Respect des règles de bonnes pratiques				
Respect des référentiels en vigueur				

Objectifs :
 L'activité des lactariums répond à un besoin de santé publique reconnu sur les avantages du lait maternel à court terme comme l'amélioration de la tolérance digestive et la réduction du risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante et à long terme (développement neurosensoriel). Ces bénéfices concernent notamment le nouveau-né prématuré et les indications médicales d'un traitement du lait en raison des risques d'ordre infectieux qu'un allaitement direct peut représenter pour les nouveau-nés grands prématurés dont le terme est inférieur à 32 semaines ou le poids à la naissance est inférieur à 2 kilogrammes. Le lait traité fait alors l'objet d'une prescription médicale.
 Les lactariums participent à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel auprès des équipes des maternités et notamment de celles qui prennent en charge des nouveau-nés prématurés et mènent des campagnes d'information sur le don de lait.

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

Les 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

Base réglementaire :	Art L.1244-1, R.1244-1 et suivants du CSP Art L.2142-1, R.2142-1 et suivants du CSP (régime d'autorisation)
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	A l'exception de l'insémination artificielle et de la stimulation ovarienne, les activités, tant cliniques que biologiques, d'assistance médicale à la procréation sont soumises à autorisation.
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>Relèvent d'un financement au titre de cette MIG, les surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don de gamètes et de la préservation de la fertilité non couverts par les tarifs (GHS, CCAM).</p> <p>Cela concerne le coût des activités connexes à la prise en charge des couples en AMP, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'organisation et la planification des tentatives, - les réunions d'information des couples, - les entretiens individuels avec des professionnels, - les staffs pluridisciplinaires intervenant au cours des cycles, - le suivi des grossesses et la participation au recueil de données du registre national des FIV. <p>Sont donc financés uniquement les surcoûts occasionnés par l'activité d'AMP de don d'ovocytes et de spermatozoïdes, d'accueil d'embryon et de préservation de la fertilité. In fine, sont donc financés du personnel médical, soignant, voire administratif pour les frais de recueil et de traitement, ainsi que des frais de fonctionnement (voire d'amortissement) pour les frais liés à la conservation.</p>
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Le montant de la dotation accordée à un établissement au titre de cette MIG doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission (cf. périmètre de financement), déduction faite par conséquent des recettes éventuelles obtenues par ailleurs, notamment tarifaire, liées à l'AMP.</p> <p>Pour une ponction, une modélisation est proposée à hauteur de 192 €</p> <p>Pour le don d'ovocytes, cela correspond au coût de la prise en charge de la donneuse y compris l'indemnisation des frais engagés par celle-ci (transport...). Le coût complet est estimé à 5000 €. Le coût pris en charge dans la MIG est de 2206 € par donneuse (5000 € moins la valeur du GHS majoré à 1500 € en 2012, les actes et médicaments pris en charge à 100% par l'assurance maladie).</p> <p>Pour le don de sperme, cela correspond également au coût complet déduction faite des recettes d'activités (tarifs CCAM, NABM et tarif par paillette fixé par arrêté ministériel), soit 177 € par paillette en 2012.</p> <p>Pour l'accueil d'embryon, le coût humain est estimé à 400 € pour prendre en charge un couple donneur et de 265 € pour un couple receveur.</p> <p>Comme cette activité est financée exclusivement via l'enveloppe MIG, il est nécessaire de compléter les moyens humains p</p> <p>Par ailleurs, l'AMP en contexte viral génère également des surcoûts cliniques et biologiques. Les temps d'entretien avec les o 164 € de surcoût biologiques non pris en compte dans la MIG BHN ou dans la NABM (dans l'attente d'une éventuelle futur o 193 € de surcoût clinique.</p> <p>Enfin la mesure 21.3 du plan cancer poursuit l'objectif d'améliorer l'accès à la préservation de la fertilité des personnes atteintes de cancer. Les crédits et afférents relèvent également de cette MIG.</p> <p>L'ARS sera susceptible d'ajuster la dotation en fonction de l'évolution de l'activité</p>
------------------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012 au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	185 384,00	15 692,00		201 076,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Volume d'activité d'AMP				
Volume de dons d'ovocytes recueillis				
Volume de dons de sperme recueillis				
Nombre d'embryons accueillis				
Volume d'activité réalisée en contexte viral				
Volume d'activité de préservation de la fertilité des personnes atteintes de cancer				
Observations, remarques :				

Objectifs :	<p>L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel. Il s'agit de l'ensemble des méthodes cliniques et biologiques destinées à pallier l'infertilité d'un couple et comportant une intervention médicale directe sur les ovules et/ou les spermatozoïdes provenant du couple ou, dans certains cas, de tiers donneurs. Les activités d'assistance médicale à la Procréation, d'après le Décret N° 95560 du 6 Mai 1995 comprennent :</p> <p>Les activités médicales suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recueil par ponction d'ovocytes - recueil par ponction de spermatozoïdes - transfert des embryons en vue de leur implantation. <p>Les activités biologiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recueil et traitement du sperme en vue d'une assistance médicale à la procréation - traitement des ovocytes - fécondation in vitro sans micromanipulation - fécondation in vitro par micromanipulation - conservation des gamètes - conservation des embryons en vue de transfert. <p>La MIG en question a pour objet la prise en charge des surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don de gamètes et de</p>
--------------------	--

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Permanence d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 CSP**

Base réglementaire :	La loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 : relative à la lutte contre les exclusions prévoit la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Art L.6112-6 du CSP
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	<p>L'éligibilité à cette dotation s'inscrit dans le cadre de l'attribution de la mission de service public (MSP) relative à la « lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination » (9° de l'article L.6112-1).</p> <p>L'attribution de la MSP est basée notamment sur le respect des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respect des bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation; - Niveau de besoins du territoire, tels que définis dans PRAPS et PRSP ; - Niveau de l'offre de soins associatifs et publics offerts sur le territoire ; <p>Concernant l'attribution précise de la MSP, il convient de se référer à l'annexe 4 du présent guide.</p> <p>In fine, seuls les établissements attributaires de la MSP peuvent se voir verser cette dotation finançant la MIG.</p>
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	<p>Relèvent du financement les activités de facilitation de l'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement, hors hospitalisations et consultations facturables, de patients en situation de précarité. Sont intégrées également dans le financement le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences.</p> <p>L'intitulé de la MIGAC cible les PASS.</p> <p>Mais est également financée l'activité des services recevant une part importante de patients précaires (exemple de la réalisation d'examen radiographiques pour des patients en difficultés et non facturés, etc.). Dans la mesure où ces services bénéficient également d'un financement par une tarification à l'activité, il convient d'identifier et de prendre en compte uniquement les surcoûts qui rentrent dans le périmètre de financement de la mission.</p> <p>Enfin il faut rappeler que le financement MIGAC est limité au secteur MCO, les équipes mobiles précarité en psychiatrie relèvent d'un autre financement (dotation annuelle de financement ou objectif quantifié national).</p>
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Le montant de la dotation correspond pour l'essentiel aux surcoûts associés aux moyens dédiés en ressources humaines (l'équipe est <i>a minima</i> composée d'un ETP d'infirmière et un ETP d'assistant social) auquel s'ajoutent les frais de structure de l'entité (pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel). Dans des cas particuliers (PASS buccodentaires, policlinique mobilisant régulièrement les services d'examen radiologiques, etc.) un coût d'examen est intégré dans le budget.</p> <p>Dans le cas où l'équipe agit à l'extérieur de l'établissement, des frais spécifiques, comme les frais de transport pourront être intégrés. Il convient alors de démêler ce qui relève du sanitaire (ce que la MIG doit financer) et du social dans les dépenses générées, puisque le travail s'effectue le plus souvent en étroite coopération avec le secteur associatif.</p> <p>Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels ou le cas échéant aux frais de structure</p>
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	46 613,00			46 613,00

Evaluation annuelle

Activité				
Pour évaluer la pertinence de la PASS dans l'accomplissement de cette mission, trois types d'indicateurs méritent d'être intégrés dans cette évaluation. Ils portent sur :				
	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
l'activité réalisée dans les PASS mesurée en nombre de patients pris en charge et/ou en nombre d'actes effectués (entretiens, démarches...);				
Les moyens effectivement présents dans le dispositif en termes de personnel dédié ;				
Observations, remarques :				
Qualité				
	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
Le respect des bonnes pratiques de fonctionnement et d'intégration dans l'environnement social et sanitaire (par exemple : installation et fonctionnement du comité de pilotage, réalité et nombre de partenariats formalisés, etc.).				

Objectifs :	<p>Les PASS sont des dispositifs adaptés aux personnes en situation de précarité, qui visent à leur faciliter l'accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.</p> <p>L'article L6112-6 précise que dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogonie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.</p>
--------------------	---

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDSSES)**

Base réglementaire :	Art L. 6112-1 et suivant du CSP Art L. 162-22-15 du CSS
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PDSSES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDSSES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, la non éligibilité au titre de la PDSSES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDSSES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La PDSSES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PDSSES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDSSES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDSSES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDSSES.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Compensation des indemnités versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de l'enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire. La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics : 2/12ème de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG - 3/12ème de la dotation annuelle sous forme d'une dotation FIR - Pour les établissements de santé privé : 2/12ème de la dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PDSSES signé par l'établisse
------------------------------------	--

Mesure	Mesures nouvelles 2012			Période couverte
	R	NR		
MIG		784 248,00		Jan. à Fév. 2012
FIR	1 176 373,00			Mar. à Mai 2012

Evaluation annuelle

Activité
Observations, remarques : Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PDSSES et des crédits y afférant.

Objectifs :	La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (la nuit à partir de 18h30 et jusqu'à 8h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés
--------------------	--

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Consultations destinées à effectuer la présentation, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH / CDAG
Mesure FIR à compter de mars 2012

Base réglementaire :
 Article L.3121-2 du Code de la Santé Publique
 Article D.3121-21 du Code de la Santé Publique
 Arrêté du 3 octobre 2000 (J.O. du 20 octobre 2000)

Financement forfaitaire proposé :

0,3 ETP Personnel médical
0,3 ETP Infirmier Diplômé d'Etat
0,3 secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 66 585 €

Détermination du coefficient lié à l'activité :

Si 3 000 consultations et plus, application d'un coefficient de : 1,5
 Entre 1 000 et 3 000 consultations, application de la base de financement
 Si moins de 1 000 consultations, application d'un coefficient de : 0,5

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	JPE	
CHU AMIENS	99 877,00	-99 877,00	16 646,00	0,00

Evaluation annuelle

Activité

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre de consultations				
Nombre de personnes dépistées				
Nombre de dépistages VIH réalisés				
Nombre de dépistages VIH positifs				
Montant des recettes T2A issues des consultations				
Autres recettes, à préciser :				

Observations, remarques :

Effectifs dédiés au CDAG

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
ETP Personnel médical ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année

(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage

Observations, remarques :

Objectifs :

Facilité l'accès au dépistage
 Renforcement des actions de préventions

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

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 VIH

Mesure FIR à compter de mars 2012

Base réglementaire :	<p>Art L 6111-1 et L 6112-1 du CSP Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges et à la composition du dossier de demande d'autorisation Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient Circulaire DHOS/DGS n°2002/215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé Circulaire DHOS n°2007/216 du 14 mai 2007 relative au développement de l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques Circulaire DHOS/ MT2A n°2008/236 du 16 juillet 2008 relative au financement de la mission d'intérêt général « actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques » et portant sur la mise en place d'un suivi de l'activité d'ETP dans les établissements de santé</p>
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	<p>En application de l'article 84 de la loi du 21 juillet 2009 ainsi que des décrets du 2 août 2010, les actions développées au titre de l'ETP doivent répondre à une procédure d'autorisation spécifique par les ARS. Toutes les actions d'ETP autorisées n'ouvrent néanmoins pas droit à financement.</p> <p>La circulaire N°DHOS/MT2A/2008/236 du 16 juillet 2008 propose aux ARS de dimensionner la MIG ETP en fonction du nombre de patients entrant dans un programme d'éducation dès lors que ce programme répond aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø un programme structuré d'éducation thérapeutique dont les résultats sont évalués (satisfaction des patients, acquisition de compétences, autonomie, qualité de vie, état de santé...); Ø un programme d'éducation thérapeutique élaboré et mis en œuvre par des professionnels de santé formés ; Ø un programme d'éducation thérapeutique organisé en lien avec le médecin traitant pour l'orientation initiale et le suivi des patients à la sortie de l'hôpital. <p>Les financements ainsi alloués sont précisés dans l'avenant MIGAC du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou incompatible avec ledit cahier des charges)</p> <p>En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements éligible à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.</p>
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	<p>La MIG ETP inclut les programmes d'ETP développés sur un mode ambulatoire. Sont exclues en revanche de son périmètre les actions de prévention et d'éducation réalisées pour des patients hospitalisés y compris en hôpital de jour. Les actions visées sont relatives aux maladies chroniques entendues au sens large et ne se limitent pas aux pathologies citées dans le libellé de la MIG.</p>
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Le calcul du montant à notifier est basé sur le nombre de patients entrant dans le programme d'éducation (dispositions de la circulaire DHOS/MT2A du 16 juillet 2008).</p> <p>Un programme peut comporter plusieurs séances, individuelles ou collectives, dépendant de la pathologie, de la situation du patient, des données du diagnostic éducatif initial. Il est estimé que la prise en charge d'un patient entrant dans un tel programme est, en moyenne, de l'ordre de 250 euros toutes séances confondues. Ainsi, la prise en charge, en une année, de 200 patients par exemple, pour un programme d'éducation thérapeutique répondant aux conditions minimales de qualité énumérées ci-dessus, justifierait d'un financement de 50 000 euros, hors missions spécifiques (recours, formation, etc.).</p> <p>Ne sont considérés ici que les programmes d'éducation thérapeutique développés sur un mode ambulatoire. Les activités d'éducation assurées au cours d'une hospitalisation sont couvertes par les tarifs de GHS et n'entrent pas dans le champ de la MIG. Il est rappelé que l'utilisation de l'hôpital de jour pour des séances d'éducation va à l'encontre des textes sur les activités « frontières » entre activité ambulatoire et activité d'hospitalisation</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	JPE	
CHU AMIENS	858 456,00	-858 456,00	143 076,00	0,00

Evaluation annuelle

Activité			Evolution 2011/2012	
		2011	2012	En nombre En pourcentage
File active de patient entrant dans le programme d'éducation				
Observations, remarques :				

Objectifs :	<p>Développer les actions d'éducation thérapeutique proposées aux patients atteints de maladies chroniques dans un cadre d'activités ambulatoires.</p> <p>Les actions d'ETP se distinguent de la simple information délivrée aux patients. Elles consistent en un ensemble de méthodes et d'outils développés dans un cadre pluridisciplinaire, destinés à rendre le malade plus autonome dans la gestion de sa maladie et ainsi à restreindre ou à retarder la survenue d'éventuels incidents ou complications permettant de limiter le recours aux soins.</p> <p>Ces actions peuvent être réalisées sous des formes très variées : consultations pluridisciplinaires, séances éducatives individuelles ou de groupe, réunions d'information, livrets d'information, réunions de suivi post-hospitalisation, etc.</p>
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les consultations mémoires**

Base réglementaire : Circulaire N°DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Critères d'éligibilité : Peuvent bénéficier de ce financement les consultations mémoire rattachées à un établissement de santé MCO qui répondent au cahier des charges annexé à la circulaire d'octobre 2011.
Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou incompatible avec ledit cahier des charges) suite à une procédure de labellisation.
En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à candidature permettant à l'ARS de choisir les établissements éligible à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.

Périmètre de financement :

Au titre de l'intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies, les consultations mémoire sont financées par la ladite dotation.
Relèvent d'un financement MIGAC les surcoûts des structures de diagnostic de la maladie d'Alzheimer respectant le cahier des charges figurant dans la circulaire de 2011. Ces consultations mémoires constituent le premier niveau du dispositif gradué de diagnostic de la maladie d'Alzheimer.
Le second niveau constitué des centres mémoires de ressource et de recherche relèvent d'un financement MIG mais au titre d'une autre MIG.

Dans ce cadre, l'établissement de santé ne peut facturer à l'assurance maladie qu'une seule consultation spécialisée (CS) lorsque la consultation est assurée par un médecin spécialiste ainsi que des consultations cotées C2, C2, 5 et C3 concernant des avis ponctuels.
L'établissement ne peut facturer d'acte technique codé ALQP006 (bilan cognitif), ces derniers étant, dans le cadre des consultations mémoire, réalisés par des neuropsychologues financés sur les crédits MIG attribués

Critères de compensations :

Pour une file active annuelle de 150 nouveaux patients et une file active comprise entre 200 et 400 patients référencés dans la Banque Nationale Alzheimer, il est proposé le calibrage suivant :

- un mi- temps de gériatre ou/et neurologue, avec la possibilité de faire appel à un psychiatre - 0,7 ETP de PH
- des compétences de neuropsychologie, psychologue ou orthophoniste formé à la psychométrie et aux tests neuropsychologiques validés, aux modalités de réadaptation et au soutien des patients et des aidants
- un temps de secrétariat chargé de l'accueil et du recueil des données d'activité pour la Banque Nationale Alzheimer - 1 ETP agent administratif

Si le nombre de bilans neuropsychologiques demandés par les consultations mémoire libérales tracé dans la BNA est supérieur à 50 par an : ajouter au modèle 0,2 psychologue soit 1,2 ETP.
Les frais de structure sont estimés à 20% des frais de personnel.
Le forfait de base atteint donc 188 160 € .
Ce forfait est minoré par les recettes de titre 2 si la file active est de 300 patients (300*23€)=6900€.
Au total, le montant moyen est de 181 260€.

In fine, pour réaliser les missions prévues (cf. périmètre de fonctionnement), il convient de calibrer la dotation de la man

	ETP	Coût moyen structure
PH	0,7	65 800
Agent administratif	1	5 000
Psychologue	1	56 000
Total personnels		156 800
20% structure		31 360
Montant de base		188 160
Recettes titre 2 file active 300 patients		6 900
Total compensation		181 260

Bilan neuro psy extérieurs demandés par la ville dépasse les 50 bilans	ETP	Coût moyen structure
ETP Psychologue supplémentaire si bilan neuro psy extérieurs demandés par la ville dépasse les 50 bilans	0,2	11 200
Total compensation		192 460

Ces éléments ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne constituent en aucune mesure une modélisation de la mission. C'est aux agences qu'il revient de définir l'équipe adaptée à l'établissement et de calibrer l'effectif nécessaire.
L'ARS devra en fonction de l'évaluation, ajuster les bases MIG correspondantes.

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	5 836,00			5 836,00

Evaluation annuelle

Elle sera basée sur :
Rapport annuel d'activité de la consultation mémoire extrait des données de la BNA

Observations, remarques :

Objectifs : Les consultations mémoire créées par le premier plan Alzheimer 2001-2004 sont des consultations pluridisciplinaires dont les missions principales consistent à diagnostiquer le trouble amnésique, diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence et proposer un suivi aux personnes atteintes de la maladies d'Alzheimer ou de maladies apparentées .Leurs missions sont décrites dans un cahier des charges annexé à la circulaire de 2011

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les consultations hospitalières d'addictologie**

Base réglementaire :	Circulaire DHOS/O2/DGS/SD6B n°460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins pour les personnes ayant une conduite addictive. Circulaire DHOS/O2 n°299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	<p>Afin d'objectiver le choix des établissements attributaire de la MIG, il convient de souligner les critères d'éligibilité des établissements à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Établissements dotés d'un service d'urgence ; - Établissements impliqués dans la prise en charge des addictions (personnels formés et structures de recours, intersecteurs d'addictologie notamment). <p>Par ailleurs le choix de l'établissement doit s'établir au regard d'une cohérence territoriale, c'est-à-dire que devra être pris en considération l'offre déjà présente sur le territoire dans la prise en charge des addictions.</p> <p>Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou incompatible avec ledit cahier des charges)</p> <p>En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à candidature permettant à l'ARS de choisir les établissements éligible à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>Au préalable il convient de différencier cette mission (et donc les actions financées à ce titre) de la mission « équipe de liaison en addictologie ». Cette dernière ne porte que sur la formation et l'assistance aux soignants, et n'attrait pas aux prises en charge directe des patients.</p> <p>La dotation MIG contribue au financement des surcoûts incompressibles non financés par les tarifs des GHS, ou par les subventions éventuellement reçues. Elle exclut les dépenses ne relevant pas d'activités dispensées dans le champ MCO.</p> <p>Doit donc être pris en compte dans le calcul de la compensation les frais de personnel (la mise à disposition d'une équipe pluridisciplinaire) ainsi que les coûts de structure inhérent à la mission, déduction faite des recettes tarifaires issus des consultations.</p>
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Les critères permettant de calculer le montant des crédits à notifier sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coût unitaire de personnel décomposé de la manière suivante : <ul style="list-style-type: none"> - 1 ETP PH - 1 ETP IDE - 1 ETP psychologue - 1 ETP assistant social - 0,5 ETP diététicien - 1 ETP secrétaire médicale - Coût unitaire de fonctionnement : 20 à 30% du coût unitaire de personnel. <p>Ces éléments ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne constitue en aucune mesure une modélisation de la mission. C'est aux agences qu'il convient de définir l'équipe adaptée à l'établissement, de calibrer l'effectif nécessaire dans chaque équipe. Les données présentées ne sont que des données types, à titre informatif.</p> <p>En effet, la taille de l'équipe doit être adaptée à la capacité de l'établissement, aux données épidémiologiques de la région et aux nombres de consultations déclarées.</p> <p>Par ailleurs, les recettes tarifaires issues des consultations (facturation des C) doivent être prises en compte (et donc soustraite le cas échéant du calcul), la MIG n'ayant vocation qu'à financer des surcoûts.</p>
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS (CHA)	12 000,00			12 000,00
CHU AMIENS (addiction de type jeux en ligne)	0,00	51 380,00		51 380,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
file active				
délai moyen pour un premier rendez-vous,				
délai moyen pour un rendez vous en urgence				
nombre de consultations individuelles				
type d'activités collectives				

Objectifs :	<p>Les missions des consultations sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accueillir traiter et orienter les patients dans le dispositif d'addictologie - prise en charge des patients ayant une conduite addictive - proposer une prise en charge aux patients ayant un usage à risque ou nocif - assurer des consultations pour des groupes spécifiques - participation aux activités de l'établissement en lien avec l'addictologie : actions de prévention, de recherche clinique, de formation.
--------------------	---

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

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

Base réglementaire :	Art. D.6124-46 CSP Circulaire DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	Sont éligibles les établissements publics et privés autorisés en obstétrique ou aux activités d'assistance médicale à la procréation (AMP).
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	Le périmètre de financement est strictement égal au remboursement des frais liés à la participation de psychologues au sein des maternités. A noter que cette participation n'équivaut pas à un équivalent temps plein.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Le calcul économique de la dotation est basé sur le nombre d'ETP intervenant au sein des maternités. En moyenne, le nombre d'ETP par établissement en compris entre 0.2 et 0.6.</p> <p>A des fins de calculs plus fins de la dotation par les ARS, il est loisible d'utiliser la SAE permettant de déterminer le nombre d'ETP à financer.</p> <p>Il convient de prendre dans cette perspective le nombre d'ETP de psychologues en MCO pour l'année n. Puis dans un second temps, pour connaître la ventilation entre M C et O, il convient de se référer à la répartition de 2008 et d'en déduire une clé de répartition (2008 est la dernière année où la SAE distinguait la médecine, la chirurgie et l'obstétrique). Enfin, il suffira d'appliquer cette clé au nombre d'ETP en MCO et d'en déduire le nombre d'ETP de psychiatre à financer.</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	134 463,00			134 463,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre d'interventions (dans le cadre des modalités de recours prédéfinies)				
Existence de liens avec les spécialistes du soin psychique (service de psychiatrie, unité mère-enfant, psychiatres libéraux...)				

Objectifs :	<p>La MIG a pour objet le financement de l'emploi de psychologues en maternité. Le rapport Molénat (2004) a mis en évidence la nécessité de renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents sans qu'il soit toujours nécessaire de faire appel à un psychiatre ou un pédopsychiatre.</p> <p>Le psychologue intervient directement auprès des femmes et de leur famille selon des critères de recours élaborés avec l'ensemble des soignants, mais aussi en soutien des prises en charge effectuées par les professionnels de la naissance. Enfin, il assure un relais avec les spécialistes du soin psychique.</p> <p>Les besoins en psychologues sont notamment fonction : - De la taille des établissements (nombre d'accouchements/an) - De la complexité de la prise en charge o Type de maternité o Assistance médicale à la procréation</p> <p>Les modalités de recours au psychologue doivent être définies préalablement aux interventions.</p>
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les structures d'études et de traitement de la douleur chronique**

Base réglementaire : Instruction N°DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

Critères d'éligibilité : Toutes ces structures doivent être conformes au cahier des charge mentionné dans l'instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 et avoir été identifiées par leurs ARS de rattachement afin de bénéficier d'un financement pour leurs missions d'intérêt général et en particulier au titre des consultations longues et pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires. Le seuil d'activité de 500 consultations médicales externe annuelles fait partie de ces critères.

Périmètre de financement :

Le montant de la dotation accordée à une structure doit correspondre aux surcoûts occasionnés par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission (cf. périmètre de financement), déduction faite par conséquent des recettes éventuelles obtenues par ailleurs.

Cette MIG finance les coûts liés aux activités de consultation spécialisées longues et pluriprofessionnelles. Les recettes issues des activités de consultations externes (codées au titre de consultations externes médicales standard) sont donc à retrancher de cette dotation MIG.

La MIG finance de plus les actions suivantes : les RCP, la formation et l'information, la mise en œuvre de traitements et techniques thérapeutiques « réadaptatives » ainsi que l'organisation d'une collaboration avec la médecine de ville et les autres établissements de santé, la participation aux activités de recueil épidémiologique, la coordination d'activités d'enseignement et de recherche.

Les activités concernant les patients hospitalisés et dédiées à la prise en charge des douleurs chroniques sont prises en compte par le GHS « douleur chronique » et celles dédiées aux douleurs aiguës (notamment les douleurs induites par les soins) sont prises en compte par le GHS « douleur aiguë ».

Les structures peuvent de plus percevoir les MERRI notamment variables (sur projet) dédiées à l'enseignement et à la recherche.

Critères de compensations :

L'indicateur de référence est le nombre annuel de consultations médicales externes. Ainsi les consultations ou avis médicaux réalisés auprès de patients hospitalisés ne seront pas pris en compte (ils sont déjà inclus dans les GHS). La dotation est calculée selon les principes suivants :

- En dessous de 500 consultations médicales externes par an, y compris assurée par le biais de coopération inter-établissements et de permanences avancées (instruction du 19 mai 2011, annexe 4) aucun financement n'est proposé et la structure ne peut pas être identifiée par son ARS (critère 5 du cahier des charges du 19 mai 2011).
- de 500 à 1000 consultations médicales externes par an, le forfait de base proposé pour un fonctionnement satisfaisant est de 0,6 ETP de praticien hospitalier, et pour le personnel non médical de 0,5 ETP de psychologue, 0,5 ETP d'infirmier et de 0,5 ETP de secrétaire. Soit un montant de base estimé à 140 000 euros calculé sur le coût moyen complet (salaires moyens chargés) des personnels et incluant des frais de structure de l'ordre de 2% (chiffre actualisé 2012)
- A partir de 1000 consultations médicales externes par an, ce forfait de base progresse pour le personnel médical de 0,4 ETP.

Les recettes issues des activités de consultations médicales externes, valorisées au coût standard, sont à retrancher de ce forfait.

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012 au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	369 301,00			369 301,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
La file active				
Le nombre de consultations médicales (ventilées en adulte et enfant de moins de 18 ans ; et en consultations internes et externes)				
Le nombre d'hospitalisation réalisées				

Observations, remarques :

Pour les centres, le nombre annuel de RCP est totalisé et la part de personnels médicaux propres à la structure ou mis à disposition est prise en compte. La file active est comparée au nombre de consultations (un ratio inférieur à 3 témoigne d'une activité ponctuelle de recours ou hors douleur chronique plus que d'un suivi des patients douloureux chroniques).

Le nombre annuel de consultations de psychologue et d'IDE, dont la traçabilité au sein de la SDC est obligatoire, est comparé au nombre de consultations médicales afin d'évaluer la qualité de la prise en charge pluriprofessionnelle.

La part de personnel formé à la prise en charge de la douleur (DESC ou Capacité pour les médecins, diplôme d'université pour les IDE et éventuellement psychologues) est prise en compte.

Une partie de ces indicateurs a vocation à intégrer le bordereau « politiques nationales » de la statistique annuelle d'activité (SAE) des établissements de santé pilotée par la DREES.

Objectifs :

Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) sont des structures de recours. Elles sont de deux niveaux : consultations et centres.

Les consultations assurent une prise en charge pluri-professionnelle de proximité et répondent à des critères précisés en annexe 3 de l'instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011.

Les centres assurent de plus une prise en charge pluridisciplinaire (plusieurs spécialités médicales différentes sont représentées au sein de la structure). Ils ont accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation. Une partie du personnel des centres est affectée en propre (et non mise à disposition). Les structures de type centre contribuent à la recherche, à l'enseignement et au recueil épidémiologique. Elles peuvent proposer des traitements spécifiques dans des domaines d'expertise et sont alors répertoriées à ce titre. Elles organisent des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour les cas complexes.

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
CONSULTATIONS HOSPITALIERES DE GENETIQUE**

Base réglementaire :	<p>ART. 1131-1 à L. 1131-7, L. 1132-1, L. 6211-6, L.6241-1, R. 1131-1 à R. 1131-23, R. 6122-25 19°, R. 6123-127, D. 6121-8 et D. 6124-178 du CSP</p> <p>Arrêté du 27 novembre 2008 fixant la liste des équipements des laboratoires d'analyses de biologie médicale nécessaires à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales ;</p> <p>Arrêté du 13 février 2009 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-15 du CSP à produire à l'appui d'une demande d'autorisation pour pratiquer les examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales</p>
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	<p>Les centres de génétique clinique identifiés par l'ARS sont éligibles à cette MIG. Ces centres doivent assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prise en charge des personnes concernées via un panel de compétences mêlant des consultations généralistes (oncogénétique, cardiogénétique, neurogénétique) et spécialisées (les centres de référence et les centres de compétences « maladies rares » d'origine génétique, reconnus et localisés dans la région ou l'inter-région relèvent du niveau de consultation spécialisé du centre de génétique) ; - une offre de soins large et lisible pour les professionnels de santé adresseurs et les usagers ; - une présence minimale de 2 EPT de généticiens pour assurer la continuité des soins ; - une optimisation de l'accès aux soins prenant en compte la distance et le temps d'accès ; - une prise en charge globale incluant les aspects médico-sociaux (généticiens, conseillers en génétique, travailleurs sociaux, psychologues) ; - des liens organisés avec les consultations dites « avancées » de génétique (convention inter-établissements, partage de compétences) ; - une intégration dans les filières de prises en charge de maladies rares (filières thématiques de centres de centres de référe - une concertation médico-biologique avec les laboratoires d'analyses permettant une meilleure interprétation des résultats.
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>La MIG consultation hospitalière de génétique a vocation à couvrir les surcoûts de cette activité de consultation non financés dans le cadre des cotations classiques compte tenu de son caractère pluridisciplinaire et/ou long. Il convient donc de déduire des charges constatées au titre de cette activité, les recettes issues des consultations externes facturées.</p> <p>Articulation avec les autres MIG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centre de diagnostic préimplantatoire : la MIG CDPI inclut l'activité de consultation génétique correspondante laquelle n'est donc pas éligible à la MIG CS génétique, - Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) : la MIG CS génétique doit couvrir les frais liés à l'activité de consultation génétique prénatale (la MIG CPDPN couvre uniquement les surcoûts des consultations longues des gynécologues obstétriciens et sage femmes participant au DPN), - Centres de référence maladies rares ou cancers rares d'origine génétique : la MIG perçue par ces centres au titre de leur label a vocation à couvrir les seuls surcoûts liés à leurs missions spécifiques ; ils restent éligibles à la MIG CS génétique au titre de leur activité,
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre du périmètre de cette MIG (principalement de la prise en charge), auxquels s'ajoutent le cas échéant certains frais de fonctionnement (pouvant représentant entre 20% et 30% des frais de personnel).</p> <p>In fine, est donc financé la participation à la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire à des fins de prise en charge pouvant comprendre du temps de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Généticiens - Conseillers en génétique - Travailleurs sociaux <p>Le cas échéant, l'équipe pourra comprendre du personnel administratif.</p> <p>C'est aux agences qu'il revient de définir l'équipe adaptée à l'établissement, de calibrer l'effectif nécessaire dans chaque équipe. En effet, la taille de l'équipe doit être adaptée à la capacité de l'établissement, aux données épidémiologiques de la région et aux nombres de consultations déclarées.</p> <p>Par ailleurs, les recettes tarifaires issues des consultations (facturation des C) doivent être prises en compte, la MIG n'ayant vocation qu'à financer des surcoûts.</p> <p>Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un m</p> <p>Lorsque le centre de génétique clinique s'articule avec un centre de référence de maladies ou cancers rares d'origine génét</p>
------------------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	402 263,00			402 263,00

Evaluation annuelle

Activité			Evolution 2011/2012	
	2011	2012	En nombre	En pourcentage
Nombre de prise en charge globale				
Nombre de consultations dites avancées de génétique				
Observations, remarques :				
Qualité			Remarques	
	OUI	NON	2011	2012
Rapport d'activité attestant du déploiement d'une				
Résultats d'inspection : organisation mise en œuvre répondant aux missions d'un centre de génétique				

Objectifs :	<p>L'activité de consultation de génétique permet à partir d'une approche clinique, d'établir une juste prescription d'analyses évitant les examens inutiles, une interprétation pertinente des résultats, un diagnostic précis, une information encadrée, une orientation des personnes concernées.</p> <p>Cette activité est à structurer dans le cadre de l'identification et de la mise en œuvre de « centres de génétique clinique » à vocation régionale ou interrégionale couvrant un bassin de population de 2 à 6 millions de personnes regroupant un ensemble de compétences ; ces centres, au besoin multicentriques sont articulés avec les laboratoires d'analyses et les unités de recherche, cette organisation visant à renforcer l'expertise, à mutualiser les ressources et à limiter les prescriptions d'analyses non pertinentes.</p>
--------------------	---

Établissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents**

Base réglementaire :	Conférence de la famille de 2004 : lance le programme national 2006-2010 de soutien à 75 maisons des adolescents ; Lettres-circulaires des 4 janvier et 4 août 2005 : précisent les modalités de création des maisons des adolescents ; cahier des charges des structures Plan « santé des jeunes » de 2008 : amplification du programme, objectif fixé d'une maison des adolescents par département ; Cartographie des maisons des adolescents
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	Sont éligibles les établissements respectant les critères du cahier des charges des maisons des adolescents et ayant été retenus suite aux appels à projets régionaux lancés par l'ARS. Ce cahier des charges a été élaboré par le comité de pilotage national du programme et annexé à chacun des 5 appels à projets lancés auprès des ARH et DRASS pendant la durée du programme. Sa dernière version date du 5 novembre 2009.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	Relèvent du périmètre de financement de la mission l'ensemble des actions visant à favoriser la synergie des acteurs et la mise en œuvre de prises en charge globales pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles (à la fois médicales, psychologiques, sociales, éducatives, voire judiciaires) : - Développer chez ces professionnels une culture commune sur l'adolescence. - Organiser l'expertise interprofessionnelle sur des situations individuelles en vue de la définition d'une prise en charge précisant les engagements et les limites des différents intervenants. - Évaluer le suivi des prises en charge et des méthodes dans un souci d'amélioration de la qualité de ces prises en charge. - Assurer la cohérence des actions menées en faveur des jeunes sur le territoire concerné. - Permettre un complet décloisonnement des secteurs d'intervention. A noter que les maisons des adolescents ont également bénéficié entre 2006 et 2010 de crédits d'État d'aide au démarrage, pour un montant total de 12 644 812 €, du concours de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France pour un montant total de 6 813 532 €, et de subventions diverses qui leur ont été versées par les partenaires locaux des p
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Le montant de la dotation accordée à un établissement au titre de cette MIG doit correspondre aux surcoûts occasionnés par la mise en place d'équipes médicales et paramédicales intervenant dans ces structures (cf. périmètre de financement) auxquels s'ajoutent le cas échéant certains frais de fonctionnement (représentant 20 à 30% des frais de fonctionnement). Cette équipe pluridisciplinaire est composée d'ETP (mais pas en temps complet) en médecine générale, pédiatrie, psychiatrie, gynécologie, dermatologie, addictologie, nutrition... Il conviendra dans le calcul économique de la dotation de prendre en compte les subventions spécifiques versées (si leur objet est identique) afin de ne pas venir surcompenser financièrement les missions assurées au titre de la MIG. Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et le cas échéant aux frais de fonctionnement. A noter que le montant maximum de financement est fixé à 156 000€ par projet.
------------------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	au 16/04/2012
CHU AMIENS	169 577,00			169 577,00

Evaluation annuelle

Qualité	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
			Rapport d'activité de la structure (inclus en principe dans le rapport annuel d'activité de l'établissement de santé de rattachement).	
Enquête flash DGOS-DGCS sur l'ouverture et l'activité des structures (transmissible sur demande aux ARS).				
Groupe de travail sur l'évaluation des MDA (Quelles réponses apportent-t-elles aux besoins spécifiques des adolescents, comment s'inscrivent t elles dans le projet sanitaire et social du territoire où elles sont implantées).				
Observations, remarques :				

Objectifs :	La maison des adolescent est une structure d'accueil et d'accompagnement des adolescents en difficulté, elle fournit des réponses rapides et adaptées à l'intention des adolescents, de leur entourage familial et des professionnels concernés, elle ne se substitue pas aux outils existants mais permet de mieux les utiliser, elle organise l'expertise interprofessionnelle sur des situations individuelles afin de mettre en œuvre des prises en charge globales pluri professionnelles et pluri institutionnelles (à la fois médicales, sociales, éducatives) de qualité. La MIG a pour objet de participer au financement de ces structures en lien avec l'État et la fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France.
--------------------	---

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

La rémunération, les charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'État chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière ou de la gestion des crises sanitaires

Base réglementaire : Décret du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers

Critères d'éligibilité : Est éligible tout établissement auquel est rattaché le personnel mis à disposition du ministère de la santé.
 Le plafond d'emplois est limité à 123 mises à disposition.

Périmètre de financement : Le périmètre de financement comprend les salaires et charges salariales du personnel mis à disposition au prorata du temps de sa mise à disposition (temps plein, mi-temps...) ainsi que le remboursement de frais professionnels pour un missionné par le ministère de la santé.

Critères de compensations :

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012 au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	86 754,00			86 754,00

Evaluation annuelle

Activité

Observations, remarques : Renouvellement de la convention de la mise à disposition

Objectifs :

L'emploi de mises à disposition par des établissements de santé permet de faire bénéficier à la direction générale de l'offre de soins (DGOS – ministère de la santé) de personnes ayant l'expérience du terrain.

L'objet de la MIG est le remboursement des salaires charges salariales comprises à l'établissement auquel le personnel mis à disposition du ministère de la santé, par convention, est rattaché.

Etablissement évalué :	CHU AMIENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les actions de coopérations internationales en matière hospitalière dans le cadre
des politiques de coopération internationale définies par les autorités de l'État**

Base réglementaire :	Art. : L 6134-1, R 6134-1 et R 6134-6 du CSP
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	<p>L'éligibilité des établissements est basée sur le respect d'un cahier des charges et sur la pertinence des actions. L'objectivation se fait au niveau national par appel à projets piloté par la DGOS – département stratégie ressources. Cet appel à projet concerne les projets de coopération internationale d'établissements de santé français, de métropole et d'outremer, proposant d'associer des équipes médicales, administratives ou techniques à une ou des actions déterminées permettant le développement de l'établissement de santé étranger. Les destinations sont choisies en conformité avec la stratégie du ministère des affaires étrangères et européennes et en cohérence avec les objectifs de l'appel à projet conduit par l'agence française pour le développement (AFD).</p> <p>Les projets concernent un ou plusieurs des thèmes suivants développés par la loi "Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 et considérés comme prioritaires et structurants pour la coopération : développement de la planification de l'offre de soins (SROS...) ; mise en place d'une gouvernance et d'un pilotage hospitalier performants ; problématique des ressources hospitalières (codification, T2A, facturation...) ; promotion des normes de qualité et de sécurité des soins ; défin</p>
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	<p>Le périmètre de la mission est égal au Financement de déplacements et per diem des personnels hospitaliers participant à ces missions : frais de mission et indemnités prévus par la réglementation : Dispositions applicables aux fonctionnaires de l'État :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décret n°2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État. - Arrêté du 3 juillet 2006 fixant les taux des indemnités de mission prévues à l'article 3 du décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État (Dernière modification : 22 mai 2010)
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	Le montant des dépenses est fonction des frais réels engagés par les établissements de santé.
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE			
CHU AMIENS	0,00	12 000,00			

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre de missions de l'établissement de santé français à l'étranger financées pour l'année d'exécution de la MIG.				
Observations, remarques :				

Objectifs :	<p>L'article L 6134-1 du CSP prévoit que les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et de droit privé. Pour les actions de coopération internationale, les établissements publics de santé peuvent signer des conventions avec des personnes de droit public et privé, dans le respect des engagements internationaux souscrits par l'État français.</p> <p>Le ministère chargé de la santé finance des actions de coopérations internationales hospitalières proposées par les établissements de santé et sélectionnées par le ministère dans le cadre d'un appel à projet annuel : environ 30 projets sélectionnés par la DGOS par an.</p>
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
LES UNITES DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES**

Base réglementaire :	<p>Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale Art L.6112-1, 12°, et R. 6112-14 à R.6112-27 du CSP ;</p> <p>Décret N°94-929 du 27 octobre 1994 ;</p> <p>Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale ; Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 ; Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale</p>
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	<p>Cette MIG constitue le financement d'une mission de service public (MSP). Son éligibilité est donc liée à l'attribution de la MSP correspondante « Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret » (12° de l'article L.6112-1 ; voir en ce sens l'annexe 4).</p> <p>Outre le régime d'attribution des MSP, le critère supplémentaire d'éligibilité est que les UCSA doivent être implantées en milieu pénitentiaire, rattachées à un pôle hospitalier MCO et faisant l'objet d'un protocole au sens de l'article R6112-16 du code de la santé publique : un protocole est signé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné après avis du conseil de surveillance.</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>Ne relèvent pas d'un financement au titre de cette MIG les activités d'hospitalisation d'une autre MIG (UHSI – unités hospitalières sécurisées interrégionales) ou d'une autre source de financement (UHSA - unités hospitalières spécialement aménagées).</p> <p>La dotation MIGAC couvre les surcoûts non financés par d'autres recettes comme les recettes d'activité (tarifs pris en charge par l'assurance maladie, ticket modérateur, forfait journalier).</p>
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>La dotation doit être calculée selon le schéma suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de places compris entre 70 et 200 : 1,3 ETP de PH + 4ETP d'IDE + 0,6 ETP de préparateur en pharmacie + 0,8 ETP de secrétariat (hors frais de structure), le forfait de base s'élève à 380 000€. • En deçà de 70 places : Un demi-forfait est alloué, soit 190 000€. • Au-delà de 200 places : Le forfait de base est « proratisé » à la capacité exacte de l'établissement pénitentiaire. <p>Le % des frais de structure est fixé à 20%.</p> <p>Le forfait de base ainsi déterminé est minoré des recettes de titre 2 (estimées à 130€ par place en moyenne – cette somme peut être revue par agence en fonction notamment des données issues des retraitements comptables des établissements).</p>
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	1 461 249,00			1 461 249,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
- Nombre de consultations de médecine générale				
- Nombre de consultations de médecine spécialisée				
- Nombre de consultations dentaires				
- File active totale				

Qualité	Utilisation du rapport annuel d'activité détaillé de l'UCSA
Observations, remarques :	Peuvent être mesurés le recrutement effectué et les actions de formation des personnels réalisées (cette MIG est attribuée 6 mois avant le début d'activité de

Objectifs :	<p>L'objectif est d'assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population au travers des consultations et des soins prodigués dans l'unité placée en milieu pénitentiaire.</p> <p>Sont concernés : la médecine générale, les soins infirmiers, les soins dentaires, les consultations spécialisées, la réalisation d'examen de laboratoire et de radiologie, et la dispensation de médicaments, les interventions en matière d'hygiène et de prophylaxie des maladies transmissibles, ainsi que la coordination des actions de prévention et d'éducation de la santé.</p>
--------------------	---

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les chambres sécurisées pour détenus**

Base réglementaire :	<p>Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale Articles R. 6112-14 à R.6112-27 du CSP Décret N°94-929 du 27 octobre 1994 ;</p> <p>Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale Circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé.</p>
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	<p>Cette MIG constitue le financement d'une mission de service public (MSP). Son éligibilité est donc liée à l'attribution de la MSP correspondante « Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret » (12° de l'article L.6112-1 ; voir en ce sens l'annexe 4). Outre le régime d'attribution des MSP, le critère supplémentaire d'éligibilité est le respect des cahiers des charges et la procédure d'autorisation décrite dans la circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé.</p> <p>Pour obtenir la dotation MIG il faut qu'un dossier ait été constitué et que les démarches de mise en conformité ait été initiées.</p>
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	<p>Le financement des chambres sécurisées n'est pas un financement de l'ensemble des coûts de fonctionnement de ces chambres et du coût de prise en charge des personnes détenues qui y sont accueillies. Il ne vise qu'à compenser les surcoûts liés à l'organisation particulière de la prise en charge médicale et soignante des personnes qui y sont accueillies et la mobilisation de ces capacités d'hospitalisation. Une autre dotation forfaitaire de 15 245 € par chambre est allouée par le Ministère de la Justice en plus de la MIG. Cette dotation permet le financement des travaux de sécurisation.</p>
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Il est proposé de corréler le financement au nombre de chambre sécurisée au travers d'un forfait par chambre. Ce forfait est calibré comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0,1 ETP de médecin sénior / chambre soit 10 400€ • 0,6 ETP d'infirmier / chambre soit 27 600€ <p>A ces surcoûts de personnel (38 000€) s'ajoutent les surcoûts en exploitation courante évalués à 20% du total des surcoûts de personnel soit un total de 45 600€ par chambre sécurisée. Il est rappelé que ce montant vient en sus des recettes d'activité.</p>
------------------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	331 909,00			331 909,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
			Suivi du nombre de détenus hospitalisés, de leur durée maximum de séjour, des GHS produits, de leur facturation (via le PMSI et grâce au code Z65.1) En outre, le rapport d'activité des établissements doit également décrire l'activité des chambres sécurisées.	

Observations, remarques :

Objectifs :	<p>L'hospitalisation de courte durée prévisionnelle ou en urgence des personnes détenues s'opère en principe au sein de l'établissement de santé de rattachement de l'UCSA. Cette hospitalisation est réalisée dans une chambre sécurisée et à la condition que l'état de santé de la personne détenue ne requiert pas une hospitalisation dans un service spécialisé (réanimation par exemple).</p> <p>Les chambres sécurisées répondent à un cahier des charges fixé en annexe de la circulaire du 13 mars 2006. Leur implantation doit répondre aux critères suivants : implantation au sein des services dits d'aigus de l'hôpital, le plus près possible du plateau technique, de préférence en étage. A l'intérieur de l'unité d'hospitalisation, rien ne doit permettre d'identifier la ou les chambres sécurisées par rapport aux autres, leur aspect extérieur doit être banalisé.</p>
--------------------	---

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Intervention d'équipes mobiles en GERIATRIE**

Base réglementaire : Circulaire N°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
Circulaire N°2007-117 du 28 mars 2007 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

Rappel des missions : Participer à la prise en charge gériatrique la plus précoce possible en développant l'accès de la personne âgée à une expertise gériatrique notamment par la réalisation de consultations, de diagnostics et d'évaluations globales pluridisciplinaires gérontologiques.
Développer des coopérations
Promouvoir une logique de recours à l'équipe mobile de gériatrie
Diffuser les bonnes pratiques auprès des professionnels

Périmètre de la mission : L'EMG intervient à la demande :
- des services d'accueil des urgences dès qu'un patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation est admis
- de l'ensemble des services hospitaliers auprès de patients hospitalisés ou de consultations externes
- auprès d'établissements partenaires (ES ou structures médico sociales)

Financement forfaitaire proposé :

0,6 ETP praticien hospitalier
1 ETP infirmier diplômé d'état
0,5 ETP aide soignant
0,5 secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 166 760 €

1 ETP praticien hospitalier
2 ETP infirmier diplômé d'état
0,5 ETP aide soignant
0,5 secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 262 900 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CHU AMIENS	179 321,00	-12 561,00		166 760,00

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
L'EMG est-elle intégrée dans la filière gériatrique ?						
Existe-t-il un court séjour gériatrique dans votre ES ?						
Le médecin gériatre est-il partagé avec d'autres services ?						
Existe-t-il une mutualisation des moyens avec un service de court séjour ou une unité de médecine ?						
Existe-t-il une convention avec d'autres établissements ?						
	2011		2012		Evolution 2011/2012	
					En nb	En %
Liste des établissements concernés par une convention						
Quel est le territoire couvert, distance ?						
Délai moyen d'intervention						
Montant des recettes T2A issues des consultations						
Autres recettes, à préciser :						
Observations, remarques :						

Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en gériatrie

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Praticien hospitalier ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP aide soignant ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Praticien hospitalier ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP aide soignant ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
Nombre de consultations facturées				
Nombre d'interventions auprès des patients hospitalisés et/ou aux urgences				
Nombre d'interventions extra hospitalières				
Délai d'intervention en intra hospitalier				
Délai moyen :				
Borne basse :				
Borne haute :				
Délai d'intervention en extra hospitalier				
Délai moyen :				
Borne basse :				
Borne haute :				

Observations, remarques :

Objectifs : Développer les interventions auprès des établissements partenaires et des structures médico sociales pour éviter les ré-hospitalisations et limiter les passages aux urgences
Evaluer le cas échéant les renforcements nécessaires pour parvenir à cet objectif

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-115 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de Corbie pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800000051

N° FINESS : 800006165 USLD

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-12 à L.162-22-15, L.174-1, L.174-1-1, L.174-5, L.174-6, D.162-6 à D.162-8, R.162-29-3, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4 et R.174-2 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles concernant l'organisation financière des établissements de santé publics L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment l'article 33 modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié, relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié, portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et de la famille (partie réglementaire) ;

Vu le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié, portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment l'article 4 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 2010 modifié, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu la circulaire interministérielle n° DHOS/F4/DSS/1A/DGCP/5C/2008/11 du 16 janvier 2008 relative aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce, et l'évaluation de leur mise en œuvre effectuée en 2011 ;

ARRETE

Article 1 : Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels au Centre Hospitalier de Corbie, sont fixés, pour l'année 2012, aux articles 2 à 4 du présent arrêté.

Article 2 : DAF

Le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale est fixé à **7 964 336 €**, au titre de la DAF SSR ;

Article 3 : USLD

Le forfait annuel de soins, mentionné à l'article L.174-5 du code de la sécurité sociale, relatif à l'activité de soins de longue durée, est fixé à **929 160 €**.

Article 4 : MIGAC

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **153 549 €**, dont :

8 557 € au titre des missions d'intérêt général,
144 992 € au titre de l'aide à la contractualisation.

Les fiches annexées au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

Article 5 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Centre Hospitalier de Corbie, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 6 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex.

Article 7 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le **18 AVR. 2012**

ys Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,



celle d'ique

**La Sous Directrice
de l'Hospitalisation**

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les réseaux de télésanté, notamment la télémedecine**

Base réglementaire :	Art. L.6316-1 du CSP Art. 78 de la loi HPST recommandant la télémedecine comme une activité médicale à part entière Décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé ou GCS ayant signé un contrat spécifique ou comportant une mention sur le déploiement de la télémedecine dans leur CPOM peuvent bénéficier de ce financement. En outre, à des fins d'éligibilité, l'établissement de santé doit pouvoir attester d'un projet de télémedecine faisant l'objet d'une convention entre les opérateurs en conformité du décret du 21 octobre 2010 relatif à l'activité de télémedecine. Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou en cas de non respect du projet de télémedecine) En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements éligibles à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La dotation MIG couvre les dépenses non financées par d'autres recettes, notamment les recettes d'activité. A ce titre, elle finance la mise en place et l'organisation de l'activité de télémedecine (infrastructures, matériel, prestataires de service et personnel ETP dédié).
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Le montant de la dotation doit correspondre aux dépenses occasionnées par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission. En somme, ce montant correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en œuvre de la mission, auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement (frais liés à l'entretien du local et du matériel dédié, inhérent aux problématiques de télémedecine pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel). En sus, ce montant comprend aussi certains frais liés au financement de prestataires de service. Le calcul de ses frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives. Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).
------------------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012 Au 16/04/2012
		R	NR	
CH CORBIE	9 434,00	-9 434,00		0,00

Evaluation annuelle

Activité			Evolution 2011/2012	
	2011	2012	En nombre	En pourcentage
Nombres de nouvelles implantations				
Nombres d'actes de télémedecine réalisés				
Observations, remarques :				

Objectifs :	L'objectif de cette mission est de favoriser le déploiement des activités de télémedecine sur les territoires de santé. Pour rappel, la télémedecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications. C'est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant. L'article R. 6316-1 CSP dispose que relèvent de la télémedecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémedecine : 1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ; 2° La télé expertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels de santé ; 3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données de surveillance médicale ; 4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé ; 5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6311-1.
--------------------	---

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les centres périnataux de proximité / CPP
Mesure FIR à compter de mars 2012

Base réglementaire : Article R. 6123-50 du Code de la Santé Publique

Financement forfaitaire proposé :

0,3 ETP médical
1 ETP Sage femme
Frais de structures et logistique médicale
Financement forfaitaire : 99 550 €

Base du financement pour : file active de 300 patientes et 1 500 consultations et passages

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012			Base Reconductible au 16/04/2012
		R	JPE		
CH CORBIE	124 083,00	-115 033,00	-9 050,00	1 508,00	0,00

Le cahier des charges a été validé par le COTER périnatalité en 2011

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
File active de parturientes				
Nombre de consultations prénatales facturées				
Nombre de consultations pédiatriques facturées				
Nombre de séances d'entretien prénatal précoce				
Nombre de séances de préparation à l'accouchement				
Nombre de préparation à la naissance et à la parentalité				
Montant des recettes T2A issues des consultations				
Autres recettes, à préciser :				
Observations, remarques :				

Effectifs dédiés au CPP	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
ETP Personnel médical ⁽¹⁾				
ETP Sage femme ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP Sage femme ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				
(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année				
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée				
Observations, remarques :				

Autres, divers	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre d'heure d'ouverture hebdomadaire				
Participation au réseau Périnatal de Picardie				
Convention avec E.P.S.				
Actions de santé publique réalisées				
Observations, remarques :				

Objectifs : Assurer une prise en charge au plus près du domicile des parturientes
 Atteindre une file active de patientes de 250 par an

Etablissement évalué :	CH CORBIE
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDES)

Base réglementaire :	Art L. 6112-1 et suivant du CSP Art L. 162-22-15 du CSS
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PDES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, la non éligibilité au titre de la PDES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La PDES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PDES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDES.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Compensation des indemnités versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de l'enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire. La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics : 2/12ème de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG - 3/12ème de la dotation annuelle sous forme d'une dotation FIR - Pour les établissements de santé privé : 2/12ème de la dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PDES signé par l'établissement
------------------------------------	--

Mesure	Mesures nouvelles 2012		Période couverte
	R	NR	
MIG		7 049,00	Jan. à Fév. 2012
FIR	0,00		Mar. à Mai 2012

Evaluation annuelle

Activité
Observations, remarques : Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PDES et des crédits y afférant.

Objectifs :	La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (la nuit à partir de 18h30 et jusqu'à 8h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés
--------------------	--

Etablissement : CH CORBIE

Bases + Mesures Nouvelles 2012

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC		Libellé de la mesure notifiée	Base AC R au 01 2012	Débasage crédits Investissements	Débasage mesures diverses (ajustement des bases)	Base + MIN R 2012	Sécurité et qualité des soins (CREX)	MIN NIR 2012	Total AC R + NIR au 16/04/2012 (BP)
I Développement activité			R	R	R		NIR		
1	Obstétrique/pénalité	Périnat consultation 4ème mois				0		0	0
		Périnat : mise aux normes				0		0	0
		Ajustement mise aux normes périnat				0		0	0
III Amélioration de l'offre de soins existants									
1	Actions de coopérations	EAP SPE				0		0	0
	Soutien à la démographie des professionnels de santé	EAP multi sites				0		0	0
		SPE				0		0	0
		multi sites				0		0	0
		postes prioritaires				0		0	0
		Transit PAC en PH				0		0	0
		Soutien formation apprentis préparateurs en pharmacie				0		0	0
		Postes assistants partagés ARS				0		0	0
IV Restructuration et soutien aux Ets déficitaires									
2	Restructurations (hors PRE)	Surcoûts des charges de structure				0		0	0
3	Soutien aux état déficitaires (hors PRE)/mes ponctuelles	Contractualisation ARH AC ajust MIG				0		0	0
		Soutien financier				0		0	0
V	Investissements	Hopital 2007	144 992			144 992		0	144 992
1	Mesures nationales d'investissement	Achat simulateur conduite auto-appui GR 4 (acquisition au bénéfice du GCS CRF 3 Vallées)	24 000		-24 000	0		0	0
2	Mesures régionales d'investissement	Non identifié à l'origine	8 015		-8 015	0		0	0
VI	Autres	Indemnisation des responsables de pôles				0		0	0
2	Divers	Effort d'économies (efficacité des structures)				0		0	0
		Débasage écoles				0		0	0
		Expertise et recours région rhumatologie				0		0	0
		Radiologie GIE				0		0	0
		Ecoles - charges nouvelles				0		0	0
		Réserve AC 15 %				0		0	0
		Redéploiement interrégional AC				0		0	0
Total			177 007	0	-32 015	144 992	0	0	144 992

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-116 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de Doullens pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800000069

N° FINESS : 800006173 USLD

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-12 à L.162-22-15, L.174-1, L.174-1-1, L.174-5, L.174-6, D.162-6 à D.162-8, R.162-29-3, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4 et R.174-2 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles concernant l'organisation financière des établissements de santé publics L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment l'article 33 modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié, relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié, portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et de la famille (partie réglementaire) ;

Vu le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié, portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment l'article 4 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 2010 modifié, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu la circulaire interministérielle n° DHOS/F4/DSS/1A/DGCP/5C/2008/11 du 16 janvier 2008 relative aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce, et l'évaluation de leur mise en œuvre effectuée en 2011 ;

ARRETE

Article 1 : Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels au Centre Hospitalier de Doullens, sont fixés, pour l'année 2012, aux articles 2 à 5 du présent arrêté.

Article 2 : FORFAIT

Le montant du forfait annuel mentionné à l'article L.162-22-12 du code de la sécurité sociale est fixé à :

801 220 € pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences ;

Article 3 : DAF

Le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale est fixé à **2 440 903 €**, au titre de la DAF SSR ;

Article 4 : USLD

Le forfait annuel de soins, mentionné à l'article L.174-5 du code de la sécurité sociale, relatif à l'activité de soins de longue durée, est fixé à **1 010 714 €**.

Article 5 : MIGAC

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **1 575 881 €** au titre des missions d'intérêt général.

Les fiches annexées au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

Article 6 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Centre Hospitalier de Doullens, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 7 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

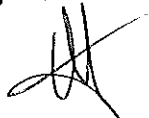
- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex.

Article 8 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le **18 AVR. 2012**

V12
Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,

 *Catherine Digne*

**La Sous Directrice
de l'Hospitalisation**

Etablissement évalué :	CH DOULLENS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PSES)

Base réglementaire :	Art L. 6112-1 et suivant du CSP Art L. 162-22-15 du CSS
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PSES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PSES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, la non éligibilité au titre de la PSES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PSES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La PSES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PSES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PSES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PSES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PSES.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Compensation des indemnités versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de l'enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire. La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics : 2/12ème de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG - 3/12ème de la dotation annuelle sous forme d'une dotation FIR - Pour les établissements de santé privé : 2/12ème de la dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PSES signé par l'établissement en janvier 2012,
------------------------------------	---

Mesure	Mesures nouvelles 2012		Période couverte
	R	NR	
MIG		41 963,00	Jan à Fév 2012
FIR	0,00		Mar à Mai 2012

Evaluation annuelle

Activité
Observations, remarques : Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PSES et des crédits y afférant.

Objectifs :	La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (la nuit à partir de 18h30 et jusqu'à 8h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
 Intervention d'équipes pluridisciplinaire en ADDICTOLOGIE**

Base réglementaire : Code de la santé publique.
 Circulaire du 10 septembre 1996 relative à la création d'équipe en alcoologie
 Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives
 Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre la tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie
 Circulaire du 16 mai 2007 sur l'organisation de l'addictologie

Rappel des missions : Travail de liaison : formation des équipes, élaboration de protocoles de soins
 Intervention : aux urgences, pendant d'hospitalisation, en consultations externes
 Partenariat avec les acteurs et coordination
 Actions de prévention
 L'activité de liaison de ces équipes ne doit pas se confondre avec l'activité en charge en hospitalisation ou en consultations de patients dépendants. Ne relève pas d'un financement MIG de l'activité prise en charge par un GHS.

Financement forfaitaire proposé :

1) Base de financement 3 000 consultations et plus	2) Base de financement entre 2 000 et 3 000 consultations
0,8 ETP Praticien hospitalier	0,6 ETP Praticien hospitalier
3 ETP Personnel non médical	2 ETP Personnel non médical
Frais de structure	Frais de structure
Financement forfaitaire : 241 780 €	Financement forfaitaire : 168 960 €
3) Base de financement entre 1 000 et 2 000 consultations	4) Base de financement moins de 1 000 consultations
0,4 ETP Praticien hospitalier	0,2 ETP Praticien hospitalier
1,5 ETP Personnel non médical	1 ETP Personnel non médical
Frais de structure	Frais de structure
Financement forfaitaire : 121 880 €	Financement forfaitaire : 72 820 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CH DOULLENS	199 288,00	0,00	0,00	199 288,00

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
1) Travail de liaison :						
Formation des équipes						
Elaboration de protocoles de soins						
Actions de prévention						
2) Type d'activités :						
Tabac						
Alcool						
Drogue						
Médicament						
Autres (préciser :						
3) Interventions :						
Aux urgences						
Pendant l'hospitalisation						
En consultations externes						
4) Existe-t-il une mutualisation des moyens ?						
Avec la consultation hospitalière d'addictologie						
Avec un autre service d'hospitalisation et/ou consultation en médecine						
Montant des recettes T2A issues des consultations						
Autres recettes, à préciser :						

Observations, remarques :

Effectifs dédiés aux Equipes pluridisciplinaires en addictologie

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Praticien hospitalier ⁽¹⁾				
ETP psychiatre ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP psychologue ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Praticien hospitalier ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP Psychiatre ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP Psychologue ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
 (2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
Nombre de consultations :				
Internes (intervention auprès d'un patient hospitalisé)				
Externes (consultations de suivis facturés)				
Aux urgences (interventions auprès d'un patient)				
Extra-hospitalier (préciser s'il est facturé une mise à disposition de personnel des ES)				
Nombre de patients hospitalisés pour un sevrage à la suite d'une consultation				
Nombre d'actions de formation auprès des personnels (détail de ces formations à préciser dans les remarques)				

Observations, remarques :

Objectifs : Développer le travail en intra et en extra hospitalier
 Développer les actions de coopération avec les structures médico sociales ou de ville afin de renforcer la structuration de la filière

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'Intérêt générale :
Equipes mobiles de soins palliatifs / EMSP**

Base réglementaire : Ordonnance du 4 septembre 2003
 Circulaire N°DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/88 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, dont le point fort est représenté par la mise en place généralisée de réseaux de soins palliatifs connectés à des équipes mobiles de soins palliatifs
 Circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs
 Plan de santé publique, programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 inscrit dans la circulaire N°DGS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé

Financement forfaitaire proposé :

1) Base de financement : *File active de plus de 400 patients*

2 ETP personnel médical
3 ETP infirmier diplômé d'état
1 ETP psychologue
1 ETP secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 493 900 €

2) Base de financement : *File active entre 250 et 400 patients*

1,5 ETP personnel médical
3 ETP infirmier diplômé d'état
0,75 ETP psychologue
1 ETP secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 419 100 €

3) Base de financement : *File active de moins de 250 patients*

1 ETP personnel médical
1 ETP infirmier diplômé d'état
0,75 ETP psychologue
0,5 ETP secrétaire
Frais de structure
Financement forfaitaire : 238 700 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CH DOULLENS	249 107,00	0,00	0,00	249 107,00

Evaluation annuelle

Activité

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Nombre d'interventions totales de l'EMSP au cours de l'année :						
Nombre d'interventions de l'EMSP :						
en intra-hospitalier :						
en extra-hospitalier :						
en HAD :						
à domicile :						
Nom des structures où intervient l'EMSP :						
Nombre de patients pris en charge :						
Montant des recettes T2A issues des consultations						
Autres recettes, à préciser :						

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
Existe-t-il une collaboration avec des réseaux de soins palliatifs ?						
Si oui, préciser la liste dans "observations, remarques"						
Existe-t-il une collaboration avec les unités de soins palliatifs ?						
Cette collaboration est-elle formalisée ?						
Existe-t-il une collaboration avec les ES ayant des LISP ?						
Cette collaboration est-elle formalisée ?						
Existe-t-il une collaboration avec une HAD ?						
Cette collaboration est-elle formalisée ?						
Existe-t-il une collaboration avec des structures médico sociales ?						
Si oui, sont-elles formalisées ?						
Existe-t-il d'autres collaborations ?						
Si oui, sont-elles formalisées ?						
L'EMSP intervient-elle au domicile de patients ?						
Ces interventions sont-elles formalisées ?						

Observations, remarques :

Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en soins palliatifs

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
ETP Personnel médical ⁽¹⁾						
ETP Psychologue ⁽¹⁾						
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾						
ETP autres personnels ⁽¹⁾						
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾						
Charges de personnel des ETP Psychologue ⁽²⁾						
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾						
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾						
Existe-t-il une mutualisation des effectifs avec une unité d'hospitalisation ?						
Existe-t-il une mutualisation des effectifs avec un réseau (équipe partagée) ?						

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
 (2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Délai moyen d'intervention de l'EMSP après sollicitation initiale						
en hospitalisation :						
dans un autre établissement :						
Nombre de séances de formation continué réalisées						
au sein de l'établissement :						
en dehors de l'établissement :						
Autres activités d'enseignement :						

Observations, remarques :

Objectifs : Développer la culture de la prise en charge des soins palliatifs au milieu sanitaire et dans les établissements médico sociaux

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les réseaux de télésanté, notamment la télémedecine**

Base réglementaire :	Art. L.6316-1 du CSP Art. 78 de la loi HPST recommandant la télémedecine comme une activité médicale à part entière Décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	<p>Seuls les établissements de santé ou GCS ayant signé un contrat spécifique ou comportant une mention sur le déploiement de la télémedecine dans leur CPOM peuvent bénéficier de ce financement.</p> <p>En outre, à des fins d'éligibilité, l'établissement de santé doit pouvoir attester d'un projet de télémedecine faisant l'objet d'une convention entre les opérateurs en conformité du décret du 21 octobre 2010 relatif à l'activité de télémedecine.</p> <p>Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou en cas de non respect du projet de télémedecine)</p> <p>En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements éligible à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.</p>
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La dotation MIG couvre les dépenses non financées par d'autres recettes, notamment les recettes d'activité. A ce titre, elle finance la mise en place et l'organisation de l'activité de télémedecine (infrastructures, matériel, prestataires de service et personnel ETP dédié).
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Le montant de la dotation doit correspondre aux dépenses occasionnées par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission. En somme, ce montant correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en œuvre de la mission, auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement (frais liés à l'entretien du local et du matériel dédié, inhérent aux problématiques de télémedecine pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel).</p> <p>En sus, ce montant comprend aussi certains frais liés au financement de prestataires de service.</p> <p>Le calcul de ses frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.</p> <p>Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	
CH DOULLENS	19 091,00	19 091,00		0,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombres de nouvelles implantations				
Nombres d'actes de télémedecine réalisés				

Observations, remarques :

Objectifs :	<p>L'objectif de cette mission est de favoriser le déploiement des activités de télémedecine sur les territoires de santé. Pour rappel, la télémedecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications. C'est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant.</p> <p>L'article R. 6316-1 CSP dispose que relèvent de la télémedecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémedecine :</p> <p>1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;</p> <p>2° La télé expertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels de santé ;</p> <p>3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données de surveillance médicale ;</p> <p>4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé ;</p> <p>5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième</p>
--------------------	---

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

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

Critères d'éligibilité :	<p>C'est une dotation dont l'attribution est fixée au niveau national sur la base d'un modèle de financement mis en place en 2009, qui a ensuite évolué en 2010 et nécessite aujourd'hui quelques aménagements.</p> <p>Selon le dernier modèle de financement, établi en 2010, l'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMUC/AME dépasse le seuil fixé à 10,5%. S'il s'avère après ce premier calcul que la somme allouée est inférieure au seuil de 40 000€, alors il n'y a pas de dotation pour l'établissement pour éviter le saupoudrage des sommes. Le reliquat ainsi obtenu est réparti de nouveau sur l'ensemble des établissements.</p> <p>Si la méthode de calcul est la même pour les secteurs ex-OQN et ex-DG, chaque secteur est considéré de façon distincte. Par ailleurs, l'APHP, l'APHM et les HCL sont chacun considérés comme un unique établissement.</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>La dotation MIG précarité sert à financer les surcoûts structurels et organisationnels générés par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires au sein de la population prise en charge dans l'établissement de santé. Il s'agit majoritairement de frais de personnel dédié et de factures impayées.</p> <p>Afin d'être le plus juste et pertinent possible dans l'attribution des dotations, il est souhaitable que les ARS informent à l'avance le niveau national, le cas échéant, de la fermeture des établissements privés.</p>
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Sur la base d'une estimation des frais occasionnés spécifiquement pour la prise en charge de patients en situation de précarité, au niveau national, un montant total de 150 M€ à répartir a été défini en 2010 (100 M€ en 2009). L'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMUC/AME dépasse un seuil fixé à 10,5%. On parle ici de séjours complets, hors urgences.</p> <p>Chaque établissement reçoit un pourcentage de la somme totale. Comme indiqué dans les critères d'éligibilité, un seuil « plancher » à 40 000€ est fixé comme minimum de la dotation accordée. Le reliquat étant réparti de nouveau sur l'ensemble des établissements bénéficiaires de la dotation. Ces paramètres sont identiques pour les deux secteurs.</p> <p>Tous les établissements dotés en 2009, non éligibles au modèle 2010 (taux de CMU/AME/CMUC) inférieur à 10,5% ne reçoivent pas de dotation en 2010.</p> <p>Les établissements dotés en 2009, éligibles au modèle 2010 mais perdant une partie de leur dotation perçoivent une compensation exceptionnelle et limitée à l'année 2010 afin que le montant de 2009 soit conservé à minima.</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	JPE
CH DOULLENS	0,00	84 518,00

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
					En nombre	En pourcentage
Nombre de patients concernés						
Observations, remarques :						

Objectifs :	<p>Pour les établissements recevant beaucoup de patients en situation de précarité (à savoir beaucoup de séjours CMU/CMUC/AME), la MIG précarité vise à compenser les surcoûts organisationnels et structurels générés par l'accueil de ces populations.</p>
--------------------	--

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'Intérêt générale :
Les services mobiles d'urgence et de réanimation mentionnés à l'article R.6123-10 CSP / SMUR

Base réglementaire : Décret N°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)
 Décret N°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)

Financement forfaitaire proposé :

1) 1 ligne de garde et un nombre de passage inférieur à 1 500

3 ETP praticien hospitalier
2 ETP
1 indemnité de suggestion 24h/24
5 ETP infirmier diplômé d'état
5 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 1 069 635 €

2) 1 ligne de garde, 1 jour et un nombre de passage compris entre 1 500 et 2 500

2 ETP praticien hospitalier
6 ETP
1 indemnité de suggestion 24h/24
8 ETP infirmier diplômé d'état
8 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 1 468 635 €

3) 2 lignes de garde et un nombre de passage compris entre 2 500 et 4 000

6 ETP praticien hospitalier
4 ETP
2 indemnité de suggestion 24h/24
10 ETP infirmier diplômé d'état
10 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 2 139 270 €

4) 4 lignes de garde

12 ETP praticien hospitalier
8 ETP
4 indemnité de suggestion 24h/24
20 ETP infirmier diplômé d'état
20 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 4 278 540 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CH DOULLENS	1 073 048,00	1 103 376,00		962 672,00

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
Existe-t-il un SMUR pédiatrique au sein de votre ES ?						
	2011		2012		Evolution 2011/2012	
Nombre total de sorties SMUR						
Nombre de sorties SMUR terrestres						
Nombre de sorties "transport IDE"						
Nombre de sorties pédiatriques						
Montant de la facturation issue des transports secondaires						
Autres recettes, à préciser :						

Observations, remarques :

Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en gériatrie

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Personnel médical ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année

(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

Description de l'organisation du SMUR dans le cadre du pôle de rattachement (nb de ligne de garde 24h/24) :

Description des mutualisations mises en place avec :

- le service de médecine d'urgence :

- le SAMU :

- la réanimation-surveillance continue :

Observations, remarques :

Le dimensionnement des MIG doit permettre de compenser le coût de fonctionnement de chaque équipe SMUR. Dans ces conditions, les établissements ne peuvent pas facturer les transports secondaires, que pour la partie correspondant aux coûts de logistique liés aux déplacements des véhicules de transport.

Objectifs : Développement des transports infirmiers
 Régionalisation et optimisation des transports hélicoptérés

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les centres périnataux de proximité / CPP
Mesure FIR à compter de mars 2012

Base réglementaire : Article R. 6123-50 du Code de la Santé Publique

Financement forfaitaire proposé :

0,3 ETP médical
1 ETP Sage femme
Frais de structures et logistique médicale
Financement forfaitaire : 99 550 €

Base du financement pour : file active de 300 patientes et 1 500 consultations et passages

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	JPE	
CH DOULLENS	230 000,00	230 000,00	38 333,00	0,00

Le cahier des charges a été validé par le COTER périnatalité en 2011

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
File active de parturientes				
Nombre de consultations prénatales facturées				
Nombre de consultations pédiatriques facturées				
Nombre de séances d'entretien prénatal précoce				
Nombre de séances de préparation à l'accouchement				
Nombre de préparation à la naissance et à la parentalité				
Montant des recettes T2A issues des consultations				
Autres recettes, à préciser :				

Observations, remarques :

Effectifs dédiés au CPP	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
ETP Personnel médical ⁽¹⁾				
ETP Sage femme ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP Sage femme ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année

(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre d'heure d'ouverture hebdomadaire				
Participation au réseau Périnatal de Picardie				
Convention avec E.P.S.				
Actions de santé publique réalisées				

Observations, remarques :

Objectifs : Assurer une prise en charge au plus près du domicile des parturientes
 Atteindre une file active de patientes de 250 par an

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-117 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de Ham pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800000077

N° FINESS : 800009235 USLD

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-12 à L.162-22-15, L.174-1, L.174-1-1, L.174-5, L.174-6, D.162-6 à D.162-8, R.162-29-3, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4 et R.174-2 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles concernant l'organisation financière des établissements de santé publics L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment l'article 33 modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié, relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié, portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et de la famille (partie réglementaire) ;

Vu le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié, portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment l'article 4 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 2010 modifié, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu la circulaire interministérielle n° DHOS/F4/DSS/1A/DGCP/5C/2008/11 du 16 janvier 2008 relative aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce, et l'évaluation de leur mise en œuvre effectuée en 2011 ;

ARRETE

Article 1 : Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels au Centre Hospitalier de Ham, sont fixés, pour l'année 2012, aux articles 2 à 4 du présent arrêté.

Article 2 : DAF

Le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale est fixé à **2 201 944 €** au titre de la DAF SSR ;

Article 3 : USLD

Le forfait annuel de soins, mentionné à l'article L.174-5 du code de la sécurité sociale, relatif à l'activité de soins de longue durée, est fixé à **863 399 €**.

Article 4 : MIGAC

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **520 083 €**, dont :

400 287 € au titre des missions d'intérêt général,
119 796 € au titre de l'aide à la contractualisation.

Les fiches annexées au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

Article 5 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Centre Hospitalier de Ham, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 6 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

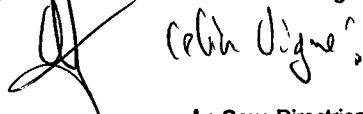
- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex.

Article 7 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le **18 AVR. 2012**

vs Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,



**La Sous Directrice
de l'Hospitalisation**

Etablissement évalué :	CH HAM
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

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

Base réglementaire :	Art. D.6124-46 CSP Circulaire DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	Sont éligibles les établissements publics et privés autorisés en obstétrique ou aux activités d'assistance médicale à la procréation (AMP).
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	Le périmètre de financement est strictement égal au remboursement des frais liés à la participation de psychologues au sein des maternités. A noter que cette participation n'équivaut pas à un équivalent temps plein.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Le calcul économique de la dotation est basé sur le nombre d'ETP intervenant au sein des maternités. En moyenne, le nombre d'ETP par établissement en compris entre 0.2 et 0.6.</p> <p>A des fins de calculs plus fins de la dotation par les ARS, il est loisible d'utiliser la SAE permettant de déterminer le nombre d'ETP à financer.</p> <p>Il convient de prendre dans cette perspective le nombre d'ETP de psychologues en MCO pour l'année n. Puis dans un second temps, pour connaître la ventilation entre M C et O, il convient de se référer à la répartition de 2008 et d'en déduire une clé de répartition (2008 est la dernière année où la SAE distinguait la médecine, la chirurgie et l'obstétrique). Enfin, il suffira d'appliquer cette clé au nombre d'ETP en MCO et d'en déduire le nombre d'ETP de psychiatre à financer.</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R
		R	NR	
CH HAM	18 721,00			16/04/2012 18 721,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre d'interventions (dans le cadre des modalités de recours prédéfinies)				
Existence de liens avec les spécialistes du soin psychique (service de psychiatrie, unité mère-enfant, psychiatres libéraux...)				

Objectifs :	<p>La MIG a pour objet le financement de l'emploi de psychologues en maternité. Le rapport Molénat (2004) a mis en évidence la nécessité de renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents sans qu'il soit toujours nécessaire de faire appel à un psychiatre ou un pédopsychiatre.</p> <p>Le psychologue intervient directement auprès des femmes et de leur famille selon des critères de recours élaborés avec l'ensemble des soignants, mais aussi en soutien des prises en charge effectuées par les professionnels de la naissance. Enfin, il assure un relais avec les spécialistes du soin psychique.</p> <p>Les besoins en psychologues sont notamment fonction : - De la taille des établissements (nombre d'accouchements/an) - De la complexité de la prise en charge o Type de maternité o Assistance médicale à la procréation</p> <p>Les modalités de recours au psychologue doivent être définies préalablement aux interventions.</p>
--------------------	--

Etablissement évalué :	CH HAM
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les consultations hospitalières d'addictologie**

Base réglementaire :	<p>Circulaire DHOS/O2/DGS/SD6B n°460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins pour les personnes ayant une conduite addictive.</p> <p>Circulaire DHOS/O2 n°299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie</p>
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	<p>Afin d'objectiver le choix des établissements attributaire de la MIG, il convient de souligner les critères d'éligibilité des établissements à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Établissements dotés d'un service d'urgence ; - Établissements impliqués dans la prise en charge des addictions (personnels formés et structures de recours, intersecteurs d'addictologie notamment). <p>Par ailleurs le choix de l'établissement doit s'établir au regard d'une cohérence territoriale, c'est-à-dire que devra être pris en considération l'offre déjà présente sur le territoire dans la prise en charge des addictions.</p> <p>Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou incompatible avec ledit cahier des charges)</p> <p>En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à candidature permettant à l'ARS de choisir les établissements éligible à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>Au préalable il convient de différencier cette mission (et donc les actions financées à ce titre) de la mission « équipe de liaison en addictologie ». Cette dernière ne porte que sur la formation et l'assistance aux soignants, et n'attire pas aux prises en charge directe des patients.</p> <p>La dotation MIG contribue au financement des surcoûts incompressibles non financés par les tarifs des GHS, ou par les subventions éventuellement reçues. Elle exclut les dépenses ne relevant pas d'activités dispensées dans le champ MCO.</p> <p>Doit donc être pris en compte dans le calcul de la compensation les frais de personnel (la mise à disposition d'une équipe pluridisciplinaire) ainsi que les coûts de structure inhérent à la mission, déduction faite des recettes tarifaires issus des consultations.</p>
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Les critères permettant de calculer le montant des crédits à notifier sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coût unitaire de personnel décomposé de la manière suivante : <ul style="list-style-type: none"> - 1 ETP PH - 1 ETP IDE - 1 ETP psychologue - 1 ETP assistant social - 0,5 ETP diététicien - 1 ETP secrétaire médicale - Coût unitaire de fonctionnement : 20 à 30% du coût unitaire de personnel. <p>Ces éléments ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne constitue en aucune mesure une modélisation de la mission. C'est aux agences qu'il convient de définir l'équipe adaptée à l'établissement, de calibrer l'effectif nécessaire dans chaque équipe. Les données présentées ne sont que des données types, à titre informatif.</p> <p>En effet, la taille de l'équipe doit être adaptée à la capacité de l'établissement, aux données épidémiologiques de la région et aux nombres de consultations déclarées.</p> <p>Par ailleurs, les recettes tarifaires issues des consultations (facturation des C) doivent être prises en compte (et donc soustraite le cas échéant du calcul), la MIG n'ayant vocation qu'à financer des surcoûts.</p>
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CH HAM	15 548,00			15 548,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
file active				
délai moyen pour un premier rendez-vous,				
délai moyen pour un rendez vous en urgence				
nombre de consultations individuelles				
type d'activités collectives				

Objectifs :	<p>Les missions des consultations sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accueillir traiter et orienter les patients dans le dispositif d'addictologie - prise en charge des patients ayant une conduite addictive - proposer une prise en charge aux patients ayant un usage à risque ou nocif - assurer des consultations pour des groupes spécifiques - participation aux activités de l'établissement en lien avec l'addictologie : actions de prévention, de recherche clinique, de formation.
--------------------	---

Etablissement évalué :	CH HAM
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDSSES)

Base réglementaire :	Art L. 6112-1 et suivant du CSP Art L. 162-22-15 du CSS
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PDSSES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDSSES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, la non éligibilité au titre de la PDSSES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDSSES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La PDSSES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PDSSES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDSSES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDSSES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDSSES.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Compensation des indemnités versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de l'enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire. La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics : 2/12ème de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG 3/12ème de la dotation annuelle sous forme d'une dotation FIR Pour les établissements de santé privé : 2/12ème de la dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PDSSES signé par l'établissement
------------------------------------	--

Mesure	Mesures nouvelles 2012			Période couverte
	R		NR	
MIG			7 445,00	Jan. à Fév. 2012
FIR	0,00			Mar. à Mai 2012

Evaluation annuelle

Activité
Observations, remarques : Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PDSSES et des crédits y afférant.

Objectifs :	La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (la nuit à partir de 18h30 et jusqu'à 8h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Intervention d'équipes pluridisciplinaire en ADDICTOLOGIE**

Base réglementaire : Code de la santé publique.
 Circulaire du 10 septembre 1996 relative à la création d'équipe en alcoologie
 Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives
 Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie
 Circulaire du 16 mai 2007 sur l'organisation de l'addictologie

Rappel des missions : Travail de liaison : formation des équipes, élaboration de protocoles de soins
 Intervention : aux urgences, pendant d'hospitalisation, en consultations externes
 Partenariat avec les acteurs et coordination
 Actions de prévention
 L'activité de liaison de ces équipes ne doit pas se confondre avec l'activité en charge en hospitalisation ou en consultations de patients dépendants. Ne relève pas d'un financement MIG de l'activité prise en charge par un GHS.

Financement forfaitaire proposé :

1) Base de financement 3 000 consultations et plus	2) Base de financement entre 2 000 et 3 000 consultations
0,8 ETP Praticien hospitalier	0,6 ETP Praticien hospitalier
3 ETP Personnel non médical	2 ETP Personnel non médical
Frais de structure	Frais de structure
Financement forfaitaire : 241 780 €	Financement forfaitaire : 168 960 €
3) Base de financement entre 1 000 et 2 000 consultations	4) Base de financement moins de 1 000 consultations
0,4 ETP Praticien hospitalier	0,2 ETP Praticien hospitalier
1,5 ETP Personnel non médical	1 ETP Personnel non médical
Frais de structure	Frais de structure
Financement forfaitaire : 121 880 €	Financement forfaitaire : 72 820 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CH HAM	322 056,00	36 517,00		358 573,00

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
1) Travail de liaison :						
Formation des équipes						
Elaboration de protocoles de soins						
Actions de prévention						
2) Type d'activités :						
Tabac						
Alcool						
Drogue						
Médicament						
Autres (préciser						
3) Interventions :						
Aux urgences						
Pendant l'hospitalisation						
En consultations externes						
4) Existe-t-il une mutualisation des moyens ?						
Avec la consultation hospitalière d'addictologie						
Avec un autre service d'hospitalisation et/ou consultation en médecine						
Montant des recettes T2A issues des consultations						
Autres recettes, à préciser :						

Observations, remarques :

Effectifs dédiés aux Equipes pluridisciplinaires en addictologie

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Praticien hospitalier ⁽¹⁾				
ETP psychiatre ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP psychologue ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Praticien hospitalier ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP Psychiatre ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP Psychologue ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
 (2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
Nombre de consultations :				
Internes (intervention auprès d'un patient hospitalisé)				
Externes (consultations de suivis facturés)				
Aux urgences (interventions auprès d'un patient)				
Extra-hospitalier (préciser s'il est facturé une mise à disposition de personnel des ES)				
Nombre de patients hospitalisés pour un sevrage à la suite d'une consultation				
Nombre d'actions de formation auprès des personnels (détail de ces formations à préciser dans les remarques)				

Observations, remarques :

Objectifs : Développer le travail en intra et un extra hospitalier
 Développer les actions de coopération avec les structures médico sociales ou de ville afin de renforcer la structuration de la filière

Etablissement : CH HAM

Bases + Mesures Nouvelles 2012

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC	Libellé de la mesure notifiée	Bases + Mesures Nouvelles 2012					
		Base AC R au 01 01 2012	Débasage crédits investissements	Débasage mesures diverses (ajustement des bases)	Base + MN R 2012	Recrutement d'apprentis pharmaciens en pharmacie hospitalière	MN NR 2012
I Développement activité		R	R	R		NR	
1 Obstacle/périodicité	Périat consultation 4ème mois				0	0	0
	Périat : mise aux normes				0	0	0
	Ajustement mise aux normes périat				0	0	0
III Amélioration de l'offre de soins existante					0	0	0
1 Actions de coopérations					0	0	0
2 Soutien à la démographie des professionnels de santé	EAP multi sites				0	0	0
	EAP multi sites				0	0	0
	SPE				0	0	0
	multi sites				0	0	0
	postes prioritaires				0	0	0
	Transfo PAC en PH				0	0	0
	Recrutement d'apprentis préparateurs en pharmacie hospitalière				0	6 000	6 000
	Postes assistants partagés ARS				0	0	0
IV Restructuration et soutien aux Ets déficiataires					0	0	0
2 Restructurations (hors PRE)	Surcoûts des charges de structure				0	0	0
3 Soutien aux étab déficiataires (hors PRE)/mes ponctuelles	Concontractualisation ARH AC ajust MIG				0	0	0
	Soutien financier	13 045		-13 045	0	0	0
V Investissements					0	0	0
2 Mesures régionales d'investissement	PPRI-Investissement régional	113 796			113 796	0	113 796
VI Autres					0	0	0
2 Divers	Indemnisation des responsables de pôles				0	0	0
	Effort d'économies (efficacité des structures)				0	0	0
	Débasage écoles				0	0	0
	Expertise et recours région rhumatologie				0	0	0
	Radiologie GIE				0	0	0
	Ecoles - charges nouvelles				0	0	0
	Reserve AC 15 %				0	0	0
	Redéploiement interrégional AC				0	0	0
Total		126 841	0	-13 045	113 796	6 000	119 796

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-118 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de Montdidier pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800000085

N° FINESS : 800006322 USLD

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-12 à L.162-22-15, L.174-1, L.174-1-1, L.174-5, L.174-6, D.162-6 à D.162-8, R.162-29-3, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4 et R.174-2 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles concernant l'organisation financière des établissements de santé publics L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment l'article 33 modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié, relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié, portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et de la famille (partie réglementaire) ;

Vu le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié, portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment l'article 4 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 2010 modifié, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu la circulaire interministérielle n° DHOS/F4/DSS/1A/DGCP/5C/2008/11 du 16 janvier 2008 relative aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce, et l'évaluation de leur mise en œuvre effectuée en 2011 ;

ARRETE

Article 1 : Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels au Centre Hospitalier de Montdidier, sont fixés, pour l'année 2012, aux articles 2 à 5 du présent arrêté.

Article 2 : FORFAIT

Le montant du forfait annuel mentionné à l'article L.162-22-12 du code de la sécurité sociale est fixé à :

966 177 € pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences ;

Article 3 : DAF

Le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale est fixé à **5 041 163 €**, dont :

3 771 397 € au titre de la DAF SSR ;
1 269 766 € au titre de la DAF PSY ;

Article 4 : USLD

Le forfait annuel de soins, mentionné à l'article L.174-5 du code de la sécurité sociale, relatif à l'activité de soins de longue durée, est fixé à **887 475 €**.

Article 5 : MIGAC

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **1 168 273 €**, dont :

1 106 307 € au titre des missions d'intérêt général,
61 966 € au titre de l'aide à la contractualisation.

Les fiches annexées au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

Article 6 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Centre Hospitalier de Montdidier, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 7 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex.

Article 8 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le **1-8 AVR. 2012**

 Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,

Céline VIGNE

La Sous Directrice
de l'Hospitalisation

Etablissement évalué :	CH MONTDIDIER
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les consultations hospitalières d'addictologie**

Base réglementaire :	Circulaire DHOS/O2/DGS/SD6B n°460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins pour les personnes ayant une conduite addictive. Circulaire DHOS/O2 n°299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	<p>Afin d'objectiver le choix des établissements attributaire de la MIG, il convient de souligner les critères d'éligibilité des établissements à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Établissements dotés d'un service d'urgence ; - Établissements impliqués dans la prise en charge des addictions (personnels formés et structures de recours, intersecteurs d'addictologie notamment). <p>Par ailleurs le choix de l'établissement doit s'établir au regard d'une cohérence territoriale, c'est-à-dire que devra être pris en considération l'offre déjà présente sur le territoire dans la prise en charge des addictions.</p> <p>Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou incompatible avec ledit cahier des charges)</p> <p>En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à candidature permettant à l'ARS de choisir les établissements éligible à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>Au préalable il convient de différencier cette mission (et donc les actions financées à ce titre) de la mission « équipe de liaison en addictologie ». Cette dernière ne porte que sur la formation et l'assistance aux soignants, et n'attire pas aux prises en charge directe des patients.</p> <p>La dotation MIG contribue au financement des surcoûts incompressibles non financés par les tarifs des GHS, ou par les subventions éventuellement reçues. Elle exclut les dépenses ne relevant pas d'activités dispensées dans le champ MCO.</p> <p>Doit donc être pris en compte dans le calcul de la compensation les frais de personnel (la mise à disposition d'une équipe pluridisciplinaire) ainsi que les coûts de structure inhérent à la mission, déduction faite des recettes tarifaires issus des consultations.</p>
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Les critères permettant de calculer le montant des crédits à notifier sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coût unitaire de personnel décomposé de la manière suivante : <ul style="list-style-type: none"> - 1 ETP PH - 1 ETP IDE - 1 ETP psychologue - 1 ETP assistant social - 0,5 ETP diététicien - 1 ETP secrétaire médicale - Coût unitaire de fonctionnement : 20 à 30% du coût unitaire de personnel. <p>Ces éléments ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne constitue en aucune mesure une modélisation de la mission. C'est aux agences qu'il convient de définir l'équipe adaptée à l'établissement, de calibrer l'effectif nécessaire dans chaque équipe. Les données présentées ne sont que des données types, à titre informatif.</p> <p>En effet, la taille de l'équipe doit être adaptée à la capacité de l'établissement, aux données épidémiologiques de la région et aux nombres de consultations déclarées.</p> <p>Par ailleurs, les recettes tarifaires issues des consultations (facturation des C) doivent être prises en compte (et donc soustraite le cas échéant du calcul), la MIG n'ayant vocation qu'à financer des surcoûts.</p>
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CH MONTDIDIER	52 228,00	0,00	0,00	52 228,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
file active				
délai moyen pour un premier rendez-vous,				
délai moyen pour un rendez vous en urgence				
nombre de consultations individuelles				
type d'activités collectives				

Objectifs :	<p>Les missions des consultations sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accueillir traiter et orienter les patients dans le dispositif d'addictologie - prise en charge des patients ayant une conduite addictive - proposer une prise en charge aux patients ayant un usage à risque ou nocif - assurer des consultations pour des groupes spécifiques - participation aux activités de l'établissement en lien avec l'addictologie : actions de prévention, de recherche clinique, de formation.
--------------------	---

Etablissement évalué :	CH MONTDIDIER
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDES)

Base réglementaire :	Art L. 6112-1 et suivant du CSP Art L. 162-22-15 du CSS
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PDES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, la non éligibilité au titre de la PDES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La PDES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PDES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDES.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Compensation des indemnités versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de l'enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire. La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics : 2/12ème de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG 3/12ème de la dotation annuelle sous forme d'une dotation FIR Pour les établissements de santé privé : 2/12ème de la dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PDES signé par l'établissement
------------------------------------	--

Mesure	Mesures nouvelles 2012		Période couverte
	R	NR	
MIG		17 079,00	Jan. à Fév. 2012
FIR	0,00		Mar. à Mai 2012

Evaluation annuelle

Activité
Observations, remarques : Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PDES et des crédits y afférant.

Objectifs :	
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Intervention d'équipes pluridisciplinaire en ADDICTOLOGIE**

Base réglementaire : Code de la santé publique.
 Circulaire du 10 septembre 1996 relative à la création d'équipe en alcoologie
 Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives
 Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie
 Circulaire du 16 mai 2007 sur l'organisation de l'addictologie

Rappel des missions : Travail de liaison : formation des équipes, élaboration de protocoles de soins
 intervention : aux urgences, pendant d'hospitalisation, en consultations externes
 Partenariat avec les acteurs et coordination
 Actions de prévention
 L'activité de liaison de ces équipes ne doit pas se confondre avec l'activité en charge en hospitalisation ou en consultations de patients dépendants. Ne relève pas d'un financement MIG de l'activité prise en charge par un GHS.

Financement forfaitaire proposé :

1) Base de financement 3 000 consultations et plus

0,8 ETP Praticien hospitalier
3 ETP Personnel non médical
Frais de structure
Financement forfaitaire : 241 780 €

2) Base de financement entre 2 000 et 3 000 consultations

0,6 ETP Praticien hospitalier
2 ETP Personnel non médical
Frais de structure
Financement forfaitaire : 168 960 €

3) Base de financement entre 1 000 et 2 000 consultations

0,4 ETP Praticien hospitalier
1,5 ETP Personnel non médical
Frais de structure
Financement forfaitaire : 121 880 €

4) Base de financement moins de 1 000 consultations

0,2 ETP Praticien hospitalier
1 ETP Personnel non médical
Frais de structure
Financement forfaitaire : 72 820 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CH MONTDIDIER	99 644,00	-26 824,00		72 820,00

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
1) Travail de liaison :						
Formation des équipes						
Elaboration de protocoles de soins						
Actions de prévention						
2) Type d'activités :						
Tabac						
Alcool						
Drogue						
Médicament						
Autres (préciser :						
3) Interventions :						
Aux urgences						
Pendant l'hospitalisation						
En consultations externes						
4) Existe-t-il une mutualisation des moyens ?						
Avec la consultation hospitalière d'addictologie						
Avec un autre service d'hospitalisation et/ou consultation en médecine						
Montant des recettes T2A issues des consultations						
Autres recettes, à préciser :						

Observations, remarques :

Effectifs dédiés aux Equipes pluridisciplinaires en addictologie

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Praticien hospitalier ⁽¹⁾				
ETP psychiatre ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP psychologue ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Praticien hospitalier ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP Psychiatre ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP Psychologue ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
 (2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
Nombre de consultations :				
Internes (intervention auprès d'un patient hospitalisé)				
Externes (consultations de suivis facturés)				
Aux urgences (interventions auprès d'un patient)				
Extra-hospitalier (préciser s'il est facturé une mise à disposition de personnel des ES)				
Nombre de patients hospitalisés pour un sevrage à la suite d'une consultation				
Nombre d'actions de formation auprès des personnels (détail de ces formations à préciser dans les remarques)				

Observations, remarques :

Objectifs :

Développer le travail en intra et un extra hospitalier
 Développer les actions de coopération avec les structures médico sociales ou de ville afin de renforcer la structuration de la filière

Etablissement évalué :	CH MONTDIDIER
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les services mobiles d'urgence et de réanimation mentionnés à l'article R.6123-10 CSP / SMUR

Base réglementaire : Décret N°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)
 Décret N°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)

Financement forfaitaire proposé :

1) 1 ligne de garde et un nombre de passage inférieur à 1 500

3 ETP praticien hospitalier
2 ETP
1 indemnité de suggestion 24h/24
5 ETP infirmier diplômé d'état
5 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 1 069 635 €

2) 1 ligne de garde, 1 jour et un nombre de passage compris entre 1 500 et 2 500

2 ETP praticien hospitalier
6 ETP
1 indemnité de suggestion 24h/24
8 ETP infirmier diplômé d'état
8 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 1 468 635 €

3) 2 lignes de garde et un nombre de passage compris entre 2 500 et 4 000

6 ETP praticien hospitalier
4 ETP
2 indemnité de suggestion 24h/24
10 ETP infirmier diplômé d'état
10 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 2 139 270 €

4) 4 lignes de garde

12 ETP praticien hospitalier
8 ETP
4 indemnité de suggestion 24h/24
20 ETP infirmier diplômé d'état
20 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 4 278 540 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CH MONTDIDIER	910 716,00	51 956,00		962 672,00

Evaluation annuelle

Activité

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
Existe-t-il un SMUR pédiatrique au sein de votre ES ?						
	2011		2012		Evolution 2011/2012	
					En nb	En %
Nombre total de sorties SMUR						
Nombre de sorties SMUR terrestres						
Nombre de sorties "transport IDE"						
Nombre de sorties pédiatriques						
Montant de la facturation issue des transports secondaires						
Autres recettes, à préciser :						

Observations, remarques :

Effectifs délégués aux Equipes mobiles en gériatrie

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Personnel médical ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année

(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

Description de l'organisation du SMUR dans le cadre du pôle de rattachement (nb de ligne de garde 24h/24) :

Description des mutualisations mises en place avec :

- le service de médecine d'urgence :
- le SAMU :
- la réanimation-surveillance continue :

Observations, remarques :

Le dimensionnement des MIG doit permettre de compenser le coût de fonctionnement de chaque équipe SMUR. Dans ces conditions, les établissements ne peuvent pas facturer les transports secondaires, que pour la partie correspondant aux coûts de logistique liés aux déplacements des véhicules de transport.

Objectifs : Développement des transports infirmiers
 Régionalisation et optimisation des transports hélicoptérés

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les réseaux de télésanté, notamment la télémedecine

Base réglementaire :	Art. L.6316-1 du CSP Art. 78 de la loi HPST recommandant la télémedecine comme une activité médicale à part entière Décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé ou GCS ayant signé un contrat spécifique ou comportant une mention sur le déploiement de la télémedecine dans leur CPOM peuvent bénéficier de ce financement. En outre, à des fins d'éligibilité, l'établissement de santé doit pouvoir attester d'un projet de télémedecine faisant l'objet d'une convention entre les opérateurs en conformité du décret du 21 octobre 2010 relatif à l'activité de télémedecine. Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou en cas de non respect du projet de télémedecine) En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements éligible à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	La dotation MIG couvre les dépenses non financées par d'autres recettes, notamment les recettes d'activité. A ce titre, elle finance la mise en place et l'organisation de l'activité de télémedecine (infrastructures, matériel, prestataires de service et personnel ETP dédié).
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Le montant de la dotation doit correspondre aux dépenses occasionnées par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission. En somme, ce montant correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en œuvre de la mission, auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement (frais liés à l'entretien du local et du matériel dédié, inhérent aux problématiques de télémedecine pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel.). En sus, ce montant comprend aussi certains frais liés au financement de prestataires de service. Le calcul de ses frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives. Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	Au 16/04/2012
CH MONTDIDIER	16 988,00	-16 988,00		0,00

Evaluation annuelle

Activité			Evolution 2011/2012	
	2011	2012	En nombre	En pourcentage
Nombres de nouvelles implantations				
Nombres d'actes de télémedecine réalisés				
Observations, remarques :				

Objectifs :	<p>L'objectif de cette mission est de favoriser le déploiement des activités de télémedecine sur les territoires de santé. Pour rappel, la télémedecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications. C'est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant.</p> <p>L'article R. 6316-1 CSP dispose que relèvent de la télémedecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémedecine :</p> <p>1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;</p> <p>2° La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels ;</p> <p>3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données relatives à l'état de santé d'un patient ;</p> <p>4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel ;</p> <p>5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6311-1.</p>
--------------------	---

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les centres périnataux de proximité / CPP
Mesure FIR à compter de mars 2012**

Base réglementaire : Article R. 6123-50 du Code de la Santé Publique

Financement forfaitaire proposé :

0,3 ETP médical
1 ETP Sage femme
Frais de structures et logistique médicale
Financement forfaitaire : 99 550 €

Base du financement pour : file active de 300 patientes et 1 500 consultations et passages

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012			Base Reconductible au 16/04/2012
		R	JPE		
CH MONTDIDIER	27 096,00	-18 046,00	-9 050,00	1 508,00	0,00

Le cahier des charges a été validé par le COTER périnatalité en 2011

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
File active de parturientes				
Nombre de consultations prénatales facturées				
Nombre de consultations pédiatriques facturées				
Nombre de séances d'entretien prénatal précoce				
Nombre de séances de préparation à l'accouchement				
Nombre de préparation à la naissance et à la parentalité				
Montant des recettes T2A issues des consultations				
Autres recettes, à préciser :				

Observations, remarques :

Effectifs dédiés au CPP	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
ETP Personnel médical ⁽¹⁾				
ETP Sage femme ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP Sage femme ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année
(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre d'heure d'ouverture hebdomadaire				
Participation au réseau Périnatal de Picardie				
Convention avec E.P.S.				
Actions de santé publique réalisées				

Observations, remarques :

Objectifs : Assurer une prise en charge au plus près du domicile des parturientes
Atteindre une file active de patientes de 250 par an

Etablissement : CH MONTDIDIER

Bases + Mesures Nouvelles 2012

Typologie des AC dans AREUST MIGAC		Libellé de la mesure notifiée	Base AC R au 01 01 2012	Débasage crédits Investissements	Débasage mesures diverses (ajustement des bases)	Base + MN R 2012	Sécurité et qualité des soins(CREX)	MN NIR 2012	Total AC R +NR au 16/04/2012 (BP)
I Développement activité			R	R	R		NR		
1	Obstétrique/périnatalité	Périnatal consultation 4ème mois				0		0	0
		Périnatal : mise aux normes				0		0	0
		Ajustement mise aux normes périnatal				0		0	0
III Amélioration de l'offre de soins existante									
1	Actions de coopérations					0		0	0
2	Soutien à la démographie des professionnels de santé	EAP multi sites				0		0	0
		EAP multi sites				0		0	0
		SPE				0		0	0
		multi sites				0		0	0
		postes prioritaires				0		0	0
		Transfo PAC en PH				0		0	0
		Soutien formation apprentis préparateurs en pharmacie				0		0	0
		Postes assistants partagés ARS				0		0	0
IV Restructuration et soutien aux Ets déficiataires									
2	Restructurations (hors PRE)	Surcoûts des charges de structure				0		0	0
3	Soutien aux états déficitaires (hors PRE)/mes ponctuelles	Contractualisation ARH AC ajust MIG				0		0	0
		Soutien financier				0		0	0
V Investissements									
2	Mesures régionales d'investissement	PPRI Investissement régional	61 966			61 966		0	61 966
VI Autres									
2	Divers	Indemnisation des responsables de pôles				0		0	0
		Effort d'économies (efficience des structures)				0		0	0
		Débasage écoles				0		0	0
		Expertise et recours région rhumatologie				0		0	0
		Radiologie GIE				0		0	0
		Ecoles - charges nouvelles				0		0	0
		Reserve AC 15 %				0		0	0
		Redeploiement interrégional AC				0		0	0
Total			61 966	0	0	61 966	0	0	61 966

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-119 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de Péronne pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800000093

N° FINESS : 800006249 USLD

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-12 à L.162-22-15, L.174-1, L.174-1-1, L.174-5, L.174-6, D.162-6 à D.162-8, R.162-29-3, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4 et R.174-2 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11, R.1435-16 à R.1435-36 et les articles concernant l'organisation financière des établissements de santé publics L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment l'article 33 modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié, relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié, portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et de la famille (partie réglementaire) ;

Vu le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié, portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment l'article 4 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 2010 modifié, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2012 fixant le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional pour l'année 2012 ;

Vu la circulaire interministérielle n° DHOS/F4/DSS/1A/DGCP/5C/2008/11 du 16 janvier 2008 relative aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la circulaire n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce, et l'évaluation de leur mise en œuvre effectuée en 2011 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre de la mise en œuvre de la mission relative à la permanence des soins en établissement de santé, mission financée par le fonds d'intervention régional conformément aux dispositions des articles L.1435-8 et R.1435-16 du code de la santé publique ;

ARRETE

Article 1 : Les montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels au Centre Hospitalier de Péronne, sont fixés, pour l'année 2012, aux articles 2 à 6 du présent arrêté.

Article 2 : FORFAIT

Le montant du forfait annuel mentionné à l'article L.162-22-12 du code de la sécurité sociale est fixé à :

966 177 € pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences ;

Article 3 : DAF

Le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale est fixé à **5 824 808 €**, dont :

931 893 € au titre de la DAF SSR ;
4 892 915 € au titre de la DAF PSY ;

Article 4 : USLD

Le forfait annuel de soins, mentionné à l'article L.174-5 du code de la sécurité sociale, relatif à l'activité de soins de longue durée, est fixé à **874 637 €**.

Article 5 : MIGAC

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **1 412 712 €**, dont :

1 212 527 € au titre des missions d'intérêt général,
200 185 € au titre de l'aide à la contractualisation.

Les fiches annexées au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

Article 6 : FIR

Le montant de la somme attribuée au titre du fonds d'intervention régional, en application du 1° de l'article L. 1435-8 et du 3° de l'article R. 1435-16 du code de la santé publique, en vue du financement de la permanence des soins en établissement de santé, est fixé à **87 268 €**, pour la période du 1^{er} mars au 31 mai 2012 ;

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ce montant.

Article 7 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Centre Hospitalier de Péronne, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 8 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex.

Article 9 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le **18 AVR. 2012**

 Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,



Céline D'Amel

**La Sous Directrice
de l'Hospitalisation**

Etablissement évalué :	CH PERONNE
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDSSES)

Base réglementaire :	Art L. 6112-1 et suivant du CSP Art L. 162-22-15 du CSS
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PDSSES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDSSES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, la non éligibilité au titre de la PDSSES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDSSES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La PDSSES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PDSSES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDSSES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDSSES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDSSES.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Compensation des indemnités versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de l'enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire. La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics : 2/12ème de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG - 3/12ème de la dotation annuelle sous forme d'une dotation FIR - Pour les établissements de santé privé : 2/12ème de la dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PDSSES signé par l'établisse
------------------------------------	--

Mesure		Mesures nouvelles 2012		Période couverte
		R	NR	
MIG			58 179,00	Jan. à Fév. 2012
FIR	87 268,00			Mar. à Mai 2012

Evaluation annuelle

Activité
Observations, remarques : Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PDSSES et des crédits y afférant.

Objectifs :	La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (la nuit à partir de 18h30 et jusqu'à 8h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés
--------------------	--

Établissement évalué :	CH PERONNE
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Permanence d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 CSP**

Base réglementaire :	La loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 : relative à la lutte contre les exclusions prévoit la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Art L.6112-6 du CSP
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	L'éligibilité à cette dotation s'inscrit dans le cadre de l'attribution de la mission de service public (MSP) relative à la « lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination » (9° de l'article L.6112-1). L'attribution de la MSP est basée notamment sur le respect des critères suivants : - Respect des bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation ; - Niveau de besoins du territoire, tels que définis dans PRAPS et PRSP ; - Niveau de l'offre de soins associatifs et publics offerts sur le territoire ; Concernant l'attribution précise de la MSP, il convient de se référer à l'annexe 4 du présent guide. In fine, seuls les établissements attributaires de la MSP peuvent se voir verser cette dotation finançant la MIG.
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	Relèvent du financement les activités de facilitation de l'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement, soins hospitalisations et consultations facturables, de patients en situation de précarité. Sont intégrées également dans le financement le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences. L'intitulé de la MIGAC cible les PASS. Mais est également financée l'activité des services recevant une part importante de patients précaires (exemple de la réalisation d'examens radiographiques pour des patients en difficultés et non facturés, etc.). Dans la mesure où ces services bénéficient également d'un financement par une tarification à l'activité, il convient d'identifier et de prendre en compte uniquement les surcoûts qui rentrent dans le périmètre de financement de la mission. Enfin il faut rappeler que le financement MIGAC est limité au secteur MCO, les équipes mobiles précarité en psychiatrie relèvent d'un autre financement (dotation annuelle de financement ou objectif quantifié national).
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Le montant de la dotation correspond pour l'essentiel aux surcoûts associés aux moyens dédiés en ressources humaines (l'équipe est a minima composée d'un ETP d'infirmière et un ETP d'assistant social) auquel s'ajoutent les frais de structure de l'entité (pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel). Dans des cas particuliers (PASS buccodentaires, policlinique mobilisant régulièrement les services d'examens radiologiques, etc.) un coût d'examens est intégré dans le budget. Dans le cas où l'équipe agit à l'extérieur de l'établissement, des frais spécifiques, comme les frais de transport pourront être intégrés. Il convient alors de démêler ce qui relève du sanitaire (ce que la MIG doit financer) et du social dans les dépenses générées, puisque le travail s'effectue le plus souvent en étroite coopération avec le secteur associatif. Avec l'aide d'outils de retraitements comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels ou le cas échéant aux frais de structure
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CH PERONNE	79 021,00			79 021,00

Evaluation annuelle

Activité				
Pour évaluer la pertinence de la PASS dans l'accomplissement de cette mission, trois types d'indicateurs méritent d'être intégrés dans cette évaluation. Ils portent sur :				
	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
l'activité réalisée dans les PASS mesurée en nombre de patients pris en charge et/ou en nombre d'actes effectués (entretiens, démarches...);				
Les moyens effectivement présents dans le dispositif en termes de personnel dédié ;				
Observations, remarques :				
Qualité				
	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
Le respect des bonnes pratiques de fonctionnement et d'intégration dans l'environnement social et sanitaire (par exemple : installation et fonctionnement du comité de pilotage, réalité et nombre de partenariats formalisés, etc.).				

Objectifs :	Les PASS sont des dispositifs adaptés aux personnes en situation de précarité, qui visent à leur faciliter l'accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. L'article L6112-6 précise que dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.
--------------------	--

Etablissement évalué :	CH PERONNE
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

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

Critères d'éligibilité :	<p>C'est une dotation dont l'attribution est fixée au niveau national sur la base d'un modèle de financement mis en place en 2009, qui a ensuite évolué en 2010 et nécessite aujourd'hui quelques aménagements.</p> <p>Selon le dernier modèle de financement, établi en 2010, l'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMUC/AME dépasse le seuil fixé à 10,5%. S'il s'avère après ce premier calcul que la somme allouée est inférieure au seuil de 40 000€, alors il n'y a pas de dotation pour l'établissement pour éviter le saupoudrage des sommes. Le reliquat ainsi obtenu est réparti de nouveau sur l'ensemble des établissements.</p> <p>Si la méthode de calcul est la même pour les secteurs ex-OQN et ex-DG, chaque secteur est considéré de façon distincte. Par ailleurs, l'APHP, l'APHM et les HCL sont chacun considérés comme un unique établissement.</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>La dotation MIG précarité sert à financer les surcoûts structurels et organisationnels générés par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires au sein de la population prise en charge dans l'établissement de santé. Il s'agit majoritairement de frais de personnel dédié et de factures impayées.</p> <p>Afin d'être le plus juste et pertinent possible dans l'attribution des dotations, il est souhaitable que les ARS informent à l'avance le niveau national, le cas échéant, de la fermeture des établissements privés.</p>
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Sur la base d'une estimation des frais occasionnés spécifiquement pour la prise en charge de patients en situation de précarité, au niveau national, un montant total de 150 M€ à répartir a été défini en 2010 (100 M€ en 2009). L'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMUC/AME dépasse un seuil fixé à 10,5%. On parle ici de séjours complets, hors urgences.</p> <p>Chaque établissement reçoit un pourcentage de la somme totale. Comme indiqué dans les critères d'éligibilité, un seuil « plancher » à 40 000€ est fixé comme minimum de la dotation accordée. Le reliquat étant réparti de nouveau sur l'ensemble des établissements bénéficiaires de la dotation. Ces paramètres sont identiques pour les deux secteurs.</p> <p>Tous les établissements dotés en 2009, non éligibles au modèle 2010 (taux de CMU/AME/CMUC) inférieur à 10,5% ne reçoivent pas de dotation en 2010.</p> <p>Les établissements dotés en 2009, éligibles au modèle 2010 mais perdant une partie de leur dotation perçoivent une compensation exceptionnelle et limitée à l'année 2010 afin que le montant de 2009 soit conservé à minima.</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	JPE
CH PERONNE		112 655,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre de patients concernés				
Observations, remarques :				

Objectifs :	<p>Pour les établissements recevant beaucoup de patients en situation de précarité (à savoir beaucoup de séjours CMU/CMUC/AME), la MIG précarité vise à compenser les surcoûts organisationnels et structurels générés par l'accueil de ces populations.</p>
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les réseaux de télésanté, notamment la télémedecine**

Base réglementaire :	Art. L.6316-1 du CSP Art. 78 de la loi HPST recommandant la télémedecine comme une activité médicale à part entière Décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé ou GCS ayant signé un contrat spécifique ou comportant une mention sur le déploiement de la télémedecine dans leur CPOM peuvent bénéficier de ce financement. En outre, à des fins d'éligibilité, l'établissement de santé doit pouvoir attester d'un projet de télémedecine faisant l'objet d'une convention entre les opérateurs en conformité du décret du 21 octobre 2010 relatif à l'activité de télémedecine. Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou en cas de non respect du projet de télémedecine) En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements éligible à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	La dotation MIG couvre les dépenses non financées par d'autres recettes, notamment les recettes d'activité. A ce titre, elle finance la mise en place et l'organisation de l'activité de télémedecine (infrastructures, matériel, prestataires de service et personnel ETP dédié).
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Le montant de la dotation doit correspondre aux dépenses occasionnées par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission. En somme, ce montant correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en œuvre de la mission, auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement (frais liés à l'entretien du local et du matériel dédié, inhérent aux problématiques de télémedecine pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel.). En sus, ce montant comprend aussi certains frais liés au financement de prestataires de service. Le calcul de ses frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives. Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012 Au 16/04/2012
		R	NR	
CH PERONNE	9 598,00	-9 598,00		0,00

Evaluation annuelle

Activité			Evolution 2011/2012	
	2011	2012	En nombre	En pourcentage
Nombres de nouvelles implantations				
Nombres d'actes de télémedecine réalisés				
Observations, remarques :				

Objectifs :	L'objectif de cette mission est de favoriser le déploiement des activités de télémedecine sur les territoires de santé. Pour rappel, la télémedecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications. C'est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant. L'article R. 6316-1 CSP dispose que relèvent de la télémedecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémedecine : 1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ; 2° La télé expertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels de santé ; 3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données de surveillance médicale ; 4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé ; 5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au trois
--------------------	--

Etablissement évalué :	CH PERONNE
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les services mobiles d'urgence et de réanimation mentionnés à l'article R.6123-10 CSP / SMUR

Base réglementaire : Décret N°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)
 Décret N°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires)

Financement forfaitaire proposé :

1) 1 ligne de garde et un nombre de passage inférieur à 1 500

3 ETP praticien hospitalier
2 ETP
1 indemnité de suggestion 24h/24
5 ETP infirmier diplômé d'état
5 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 1 069 635 €

2) 1 ligne de garde, 1 jour et un nombre de passage compris entre 1 500 et 2 500

2 ETP praticien hospitalier
6 ETP
1 indemnité de suggestion 24h/24
8 ETP infirmier diplômé d'état
8 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 1 468 635 €

3) 2 lignes de garde et un nombre de passage compris entre 2 500 et 4 000

6 ETP praticien hospitalier
4 ETP
2 indemnité de suggestion 24h/24
10 ETP infirmier diplômé d'état
10 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 2 139 270 €

4) 4 lignes de garde

12 ETP praticien hospitalier
8 ETP
4 indemnité de suggestion 24h/24
20 ETP infirmier diplômé d'état
20 ETP ambulancier
Frais de structure
Financement forfaitaire : 4 278 540 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 16/04/2012
		R	NR	
CH PERONNE	911 935,00	50 737,00		962 672,00

Evaluation annuelle

Activité

	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	Oui	Non	Oui	Non	En nb	En %
Existe-t-il un SMUR pédiatrique au sein de votre ES ?						

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
Nombre total de sorties SMUR				
Nombre de sorties SMUR terrestres				
Nombre de sorties "transport IDE"				
Nombre de sorties pédiatriques				
Montant de la facturation issue des transports secondaires				
Autres recettes, à préciser :				

Observations, remarques :

Effectifs dédiés aux Equipes mobiles en gériatrie

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
ETP Personnel médical ⁽¹⁾				
ETP Infirmier Diplômé d'Etat ⁽¹⁾				
ETP autres personnels ⁽¹⁾				
Charges de personnel des ETP Personnel médical ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP IDE ⁽²⁾				
Charges de personnel des ETP autres personnels ⁽²⁾				

(1) : Correspond au nombre d'équivalent temps plein moyen rémunéré sur l'année

(2) : Elements attendus : masse salariale correspondante pour chaque catégorie de personnel demandée

Observations, remarques :

Autres, divers

Description de l'organisation du SMUR dans le cadre du pôle de rattachement (nb de ligne de garde 24h/24) :

Description des mutualisations mises en place avec :

- le service de médecine d'urgence :
- le SAMU :
- la réanimation-surveillance continue :

Observations, remarques :

Le dimensionnement des MIG doit permettre de compenser le coût de fonctionnement de chaque équipe SMUR. Dans ces conditions, les établissements ne peuvent pas facturer les transports secondaires, que pour la partie correspondant aux coûts de logistique liés aux déplacements des véhicules de transport.

Objectifs : Développement des transports infirmiers
 Régionalisation et optimisation des transports hélicoptérés

Etablissement : CH PERONNE

Bases + Mesures Nouvelles 2012

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC		Libellé de la mesure notifiée	Base AC R au 01 01 2012	Débasage crédits investissements	Débasage mesures diverses (ajustement des bases)	Base + MIN R 2012	Sécurité et qualité des soins (CREX)	MIN NR 2012	Total AC R + NR au (01/01/2012) (BP)
I Développement activité			R	R	R	NR			
1 Obstétrique/périnatalité									
Périnatal consultation 4ème mois									
Périnatal : mise aux normes									
Ajustement mise aux normes périnatal									
III Amélioration de l'offre de soins existante									
1 Actions de coopérations									
Soutien à la démographie des professionnels de santé									
2 professionnels de santé									
EAP SPE									
EAP multi sites									
SPE									
multi sites									
postes prioritaires									
Transfo PAC en PH									
Soutien formation apprentis préparateurs en pharmacie									
Postes assistants partagés ARS									
IV Restructuration et soutien aux EIS déficiant									
2 Restructurations (hors PRE)									
Soutien aux étab déficiant (hors PRE) : mes ponctuelles									
3 PRE) : mes ponctuelles									
Soutien financier									
Contractualisation ARH AC ajust MIG									
Surcoûts des charges de structure									
V Investissements									
2 Mesures régionales d'investissement									
PPRI - Investissement régional			187 985						
PPRI - Investissement restructuration bâtiment psychiatrie Aide à l'investissement (sur la marge de manœuvre)			6 411						
VI Autres									
2 Divers									
Indemnisation des responsables de pôles									
Effort d'économies (efficacité des structures)									
Débasage écoles									
Expertise et recours région rhumatologie									
Radiologie GIE									
Ecoles - charges nouvelles									
Réserve AC 15 %									
Redéploiement interrégional AC									
Total			194 396	0	0	194 396	5 789	5 789	200 185

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-123 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotation, de l'Association Soins Service pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800 000 523

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-12 à L.162-22-15, L.174-1, L.174-1-1, L.174-5, L.174-6, D.162-6 à D.162-8, R.162-29-3, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4 et R.174-2 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles concernant l'organisation financière des établissements de santé publics L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment l'article 33 modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié, relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié, portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et de la famille (partie réglementaire) ;

Vu le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié, portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment l'article 4 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 2010 modifié, fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu la circulaire interministérielle n° DHOS/F4/DSS/1A/DGCP/5C/2008/11 du 16 janvier 2008 relative aux modalités de versement des ressources 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 par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

ARRETE

Article 1 : Le montant annuel de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale, applicable pour l'Association Soins Service au titre de l'année 2012, est fixé à **53 657 €**, au titre de l'aide à la contractualisation.

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ce montant.

Article 2 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal de l'Association Soins Service, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 3 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex.

Article 4 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le **18 AVR. 2012**

ps Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,



Céline VIGNE

La Sous Directrice
de l'Hospitalisation

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-124 portant fixation du montant annuel de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation du groupement de coopération sanitaire GCS e-santé Picardie pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800016842

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-13 à L.162-22-15, R.162-42 à R.162-42-4, et D.162-6 à D.162-8 ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié du GCS e-santé Picardie, en date du 25 mars 2010 ;

Considérant les engagements contractuels pris par le GCS e-santé Picardie dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce ;

ARRETE

Article 1 : Le montant annuel de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale, applicable pour le GCS e-santé Picardie au titre de l'année 2012, est fixé à **1 233 060 €**, au titre des missions d'intérêt général,

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ce montant.

Article 2 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du GCS e-santé Picardie, à la caisse primaire d'assurance maladie de la Somme et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 3 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex.

Article 4 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal du GCS e-santé Picardie sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le **18 AVR. 2012**

 Le Directeur Général de l'Agence Régionale de santé de Picardie,

Céline VIGNE

La Sous Directrice
de l'Hospitalisation

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les réseaux de télésanté, notamment la télémedecine

Base réglementaire :	Art. L.6316-1 du CSP Art. 78 de la loi HPST recommandant la télémedecine comme une activité médicale à part entière Décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	<p>Seuls les établissements de santé ou GCS ayant signé un contrat spécifique ou comportant une mention sur le déploiement de la télémedecine dans leur CPOM peuvent bénéficier de ce financement.</p> <p>En outre, à des fins d'éligibilité, l'établissement de santé doit pouvoir attester d'un projet de télémedecine faisant l'objet d'une convention entre les opérateurs en conformité du décret du 21 octobre 2010 relatif à l'activité de télémedecine.</p> <p>Dans cette perspective et sur cette base, les établissements actuellement financés pourront être reconduits (sauf en cas de réalisation de la mission en deçà des objectifs initiaux ou en cas de non respect du projet de télémedecine)</p> <p>En cas d'offre insatisfaisante ou inférieur au besoin exprimé, l'outil le plus adapté s'avère l'appel à projet permettant à l'ARS de choisir les établissements éligible à la MIG et ce au regard des projets portés par les établissements, des critères précédemment établis, et du besoin et de l'offre territoriale.</p>
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La dotation MIG couvre les dépenses non financées par d'autres recettes, notamment les recettes d'activité. A ce titre, elle finance la mise en place et l'organisation de l'activité de télémedecine (infrastructures, matériel, prestataires de service et personnel ETP dédié).
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Le montant de la dotation doit correspondre aux dépenses occasionnées par l'exécution des obligations liées à l'exercice de la mission. En somme, ce montant correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en œuvre de la mission, auxquels s'ajoutent le cas échéant certains frais de fonctionnement (frais liés à l'entretien du local et du matériel dédié, inhérent aux problématiques de télémedecine pouvant être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel.).</p> <p>En sus, ce montant comprend aussi certains frais liés au financement de prestataires de service.</p> <p>Le calcul de ses frais peut se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.</p> <p>Avec l'aide d'outils de retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).</p>
------------------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
GCS-e-SANTE	0,00	1 233 060,00		1 233 060,00

Evaluation annuelle

Activité			Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombres de nouvelles implantations				
Nombres d'actes de télémedecine réalisés				
Observations, remarques :				

Objectifs :	<p>L'objectif de cette mission est de favoriser le déploiement des activités de télémedecine sur les territoires de santé. Pour rappel, la télémedecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications. C'est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant.</p> <p>L'article R. 6316-1 CSP dispose que relèvent de la télémedecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémedecine :</p> <p>1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;</p> <p>2° La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient</p> <p>3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;</p> <p>4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;</p> <p>5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.</p>
--------------------	--

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-125 fixant les montants des dotations de la Polyclinique de Picardie pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800009466

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-13 à L.162-22-15, R.162-42 à R.162-42-4, et D.162-6 à D.162-8 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11, R.1435-16 à R.1435-36 ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2012 fixant le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional pour l'année 2012 ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la circulaire n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu l'arrêté DROS-HOSPI n° 2011-0653 du 28 décembre 2011 fixant la dotation relative au financement de la permanence des soins en établissement de santé pour le 1^{er} trimestre 2012 de la Polyclinique de Picardie ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre de la mise en œuvre de la mission relative à la permanence des soins en établissement de santé, mission financée par le fonds d'intervention régional conformément aux dispositions des articles L.1435-8 et R.1435-16 du code de la santé publique ;

ARRETE

Article 1 : Les dotations de la Polyclinique de Picardie au titre de l'année 2012, sont fixées aux articles 2 et 3 du présent arrêté.

Article 2 : MIGAC

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **33 914 €**, au titre des missions d'intérêt général.

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ce montant.

Article 3 : FIR

Le montant de la somme attribuée au titre du fonds d'intervention régional, en application du 1° de l'article L. 1435-8 et du 3° de l'article R. 1435-16 du code de la santé publique, en vue du financement de la permanence des soins en établissement de santé, est fixé à **18 075 €**, pour la période du 1^{er} avril au 31 mai 2012 ;

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ce montant.

Article 4 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal de la Polyclinique de Picardie, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 5 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex

Article 6 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le **18 AVR. 2012**

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,

Céline VIGNE

La Sous Directrice
de l'Hospitalisation

Etablissement évalué :	POLYCLINIQUE DE PICARDIE
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDES)**

Base réglementaire :	Art L. 6112-1 et suivant du CSP Art L. 162-22-15 du CSS
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PDES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, la non éligibilité au titre de la PDES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La PDES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PDES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDES.
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Compensation des indemnités versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de l'enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire.</p> <p>La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics :</p> <p align="right">- 2/12ème</p> <p>de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG</p> <p align="right">- 3/12ème de la</p> <p>dotation annuelle sous forme d'une dotation FIR</p> <p align="right">Pour les</p> <p>établissements de santé privé :</p> <p align="right">- 2/12ème de la</p> <p>dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PDES signé par l'établissement en janvier 2012,</p>
------------------------------------	--

Mesure	Mesures nouvelles 2012		Période couverte
	R	NR	
MIG		Credits alloués par arrêté du 28/12/2011	Jan à Mars 2012
FIR	18 075,00		Avril Mai 2012

Evaluation annuelle

Activité
Observations, remarques : Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PDES et des crédits y afférant.

Objectifs :	La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (la nuit à partir de 18h30 et jusqu'à 8h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie**

Base réglementaire :	Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé Mesure 19-2 du plan cancer 2009-2013
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non finançables au titre des MIG soit 881 établissements publics et privés
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	Les actions financées au titre de cette mission sont les suivantes : - Le développement des dispositifs d'annonce - Les réunions de coordination pluridisciplinaire - Les soins de supports La dotation MIGAC finance donc les personnels (ainsi que les frais de fonctionnement) dédiés à la mise en œuvre de ces actions.
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Cette MIG a fait l'objet d'une forfaitisation en 2011 et d'une allocation fléchée par établissement, de manière à rendre son allocation plus transparente, en fonction des missions et de la file active des établissements. Cette forfaitisation a été élaborée par l'ATIH en fonction des travaux conduits (ATIH/DGOS/INCa) au niveau national. En 2010, une enquête détaillée avait été conduite auprès des ARS, afin d'identifier très précisément les financements mobilisés et leur attribution, d'éliminer les financements croisés et d'évaluer la part respective des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) et du compartiment dispositif d'annonce+réunion de concertation pluridisciplinaire +soins de support dans la MIG unique.</p> <p>Le modèle d'allocation de cette enveloppe a été réalisé par l'ATIH et prend en compte les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attribution d'un socle par établissement (20 000 € par établissement, avec prise en compte du caractère multi-site de l'AP-HP) - File active de patients : forfait par tranche de 50 patients supplémentaires identifié sur la base des remontées d'activité 2009 (chaque patient compte une seule fois quel que soit son nombre de séances ou de séjours), d'environ 3 152 € pour le - Nombre de modalités de l'activité autorisées (2 modalités : +25% ; 3 modalités: +50%) - Surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie, c'est-à-dire en pratique les CHU (+ 8) - Prise en compte du coefficient géographique. - Abattement de 25% du socle et de la valeur des tranches dans le secteur ex-OQN au titre de la non intégration des hono
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE			
POLYCLINIQUE DE PICARDIE	0,00	33 914,00			

Evaluation annuelle

Qualité	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
Enquête ad-hoc auprès des ARS				
Suivi et évaluation des mesures du plan cancer				

Observations, remarques :

Objectifs :	Cette MIG a vocation à financer l'accès pour tous les patients atteints de cancer au dispositif d'annonce, à la pluridisciplinarité et aux soins de support au sein de tous les établissements de santé autorisés aux pratiques de traitement du cancer suivantes : chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie.
--------------------	---

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-126 fixant les montants des dotations de la Clinique PAUCHET de BUTLER pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800009920

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-13 à L.162-22-15, R.162-42 à R.162-42-4, et D.162-6 à D.162-8 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11, R.1435-16 à R.1435-36 ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2012 fixant le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional pour l'année 2012 ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la circulaire n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu l'arrêté DROS-HOSPI n° 2011-0651 du 28 décembre 2011 fixant la dotation relative au financement de la permanence des soins en établissement de santé pour le 1^{er} trimestre 2012 de la Clinique PAUCHET de BUTLER;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre de la mise en œuvre de la mission relative à la permanence des soins en établissement de santé, mission financée par le fonds d'intervention régional conformément aux dispositions des articles L.1435-8 et R.1435-16 du code de la santé publique ;

ARRETE

Article 1 : Les dotations de la Clinique PAUCHET de BUTLER au titre de l'année 2012, sont fixées aux articles 2 et 3 du présent arrêté.

Article 2 : MIGAC

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **121 020 €**, dont :

115 231 € au titre des missions d'intérêt général,
5 789 € au titre de l'aide à la contractualisation.

Les fiches annexées au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

Article 3 : FIR

Le montant de la somme attribuée au titre du fonds d'intervention régional, en application du 1° de l'article L. 1435-8 et du 3° de l'article R. 1435-16 du code de la santé publique, en vue du financement de la permanence des soins en établissement de santé, est fixé à **54 825 €**, pour la période du 1^{er} avril au 31 mai 2012 ;

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ce montant.

Article 4 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal de la Clinique PAUCHET de BUTLER à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 5 : Voies de recours

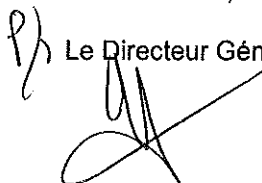
Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex

Article 6 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le **18 AVR. 2012**

 Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,

Céline VIGNE

La Sous Directrice
de l'Hospitalisation

Etablissement évalué :	CLINIQUE PAUCHET DE BUTLER
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDSSES)**

Base réglementaire :	Art L. 6112-1 et suivant du CSP Art L. 162-22-15 du CSS
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PDSSES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDSSES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, la non éligibilité au titre de la PDSSES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDSSES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La PDSSES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PDSSES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDSSES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDSSES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDSSES.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Compensation des indemnisations versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de l'enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire. La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics : - 2/12ème de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG - 3/12ème de la dotation annuelle sous forme d'une dotation FIR Pour les établissements de santé privé : - 2/12ème de la dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PDSSES signé par l'établissement en janvier 2012,
------------------------------------	---

Mesure	Mesures nouvelles 2012		Période couverte
	R	NR	
MIG			Crédits alloués par arrêté du 28/12/2011
FIR	54 825,00		Jan. à Mars 2012 Avril à Mai 2012

Evaluation annuelle

Activité
Observations, remarques : Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PDSSES et des crédits y afférant.

Objectifs :	La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (la nuit à partir de 18h30 et jusqu'à 8h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés
--------------------	--

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie**

Base réglementaire :	Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé Mesure 19-2 du plan cancer 2009-2013
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non finançables au titre des MIG soit 881 établissements publics et privés
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	Les actions financées au titre de cette mission sont les suivantes : - Le développement des dispositifs d'annonce - Les réunions de coordination pluridisciplinaire - Les soins de supports La dotation MIGAC finance donc les personnels (ainsi que les frais de fonctionnement) dédiés à la mise en œuvre de ces actions.
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Cette MIG a fait l'objet d'une forfaitisation en 2011 et d'une allocation fléchée par établissement, de manière à rendre son allocation plus transparente, en fonction des missions et de la file active des établissements. Cette forfaitisation a été élaborée par l'ATIH en fonction des travaux conduits (ATIH/DGOS/INCa) au niveau national. En 2010, une enquête détaillée avait été conduite auprès des ARS, afin d'identifier très précisément les financements mobilisés et leur attribution, d'éliminer les financements croisés et d'évaluer la part respective des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) et du compartiment dispositif d'annonce+réunion de concertation pluridisciplinaire +soins de support dans la MIG unique.</p> <p>Le modèle d'allocation de cette enveloppe a été réalisé par l'ATIH et prend en compte les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attribution d'un socle par établissement (20 000 € par établissement, avec prise en compte du caractère multi-site de l'AP-HP) - File active de patients : forfait par tranche de 50 patients supplémentaires identifié sur la base des remontées d'activité 2009 (chaque patient compte une seule fois quel que soit son nombre de séances ou de séjours), d'environ 3 152 € pour le - Nombre de modalités de l'activité autorisées (2 modalités : +25% ; 3 modalités: +50%) - Surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie, c'est-à-dire en pratique les CHU (+ 8 - Prise en compte du coefficient géographique. - Abattement de 25% du socle et de la valeur des tranches dans le secteur ex-OQN au titre de la non intégration des hono
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
CLINIQUE PAUCHET DE BUTLER	0,00	52 827,00		

Evaluation annuelle

Qualité			Remarques		
		OUI	NON	2011	2012
Enquête ad-hoc auprès des ARS					
Suivi et évaluation des mesures du plan cancer					
Observations, remarques :					

Objectifs :	Cette MIG a vocation à financer l'accès pour tous les patients atteints de cancer au dispositif d'annonce, à la pluridisciplinarité et aux soins de support au sein de tous les établissements de santé autorisés aux pratiques de traitement du cancer suivantes : chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie.
--------------------	---

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts

Critères d'éligibilité :	Peuvent bénéficier de ce financement tout établissement volontaire ou désigné pour participer aux actions expérimentales ou études/analyses ciblées, selon les besoins identifiés.
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	Par définition, cette MIG vise à compenser les charges exceptionnelles induites des établissements au titre de leur participation à ces actions ou études (mobilisation de personnel), non couvertes par ailleurs (tarifs).
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Le montant versé correspondant à la compensation des charges induites est fonction des actions expérimentales ou études menées. Il est alloué sur la base d'un montant forfaitaire non reconductible, pouvant être composé d'une part fixe et d'une part variable en fonction des données transmises, identique pour une catégorie d'établissements donnée ou pour un type d'étude donnée.</p> <p>Exemple : ENC MCO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Montant forfaitaire annuel de 24 000€ correspondant au versement d'une part fixe (montant des charges minimales estimées pour mener à bien l'étude) ; - Montant forfaitaire variable de 0,45 € par RSA pondéré, en fonction du nombre de RSA.
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE			
CLINIQUE PAUCHET DE BUTLER	0,00	33 393,00			

Evaluation annuelle

Qualité	<p>Qualité et exhaustivité des données transmises par les établissements participants Validation par organisme de tutelle</p>
----------------	---

Objectifs :	<p>L'objet de cette MIG est de permettre une meilleure définition des politiques de santé publique en associant les établissements de santé à travers la mise en œuvre d'actions expérimentales ou d'études et analyses ciblées. Sont notamment concernées: les études nationales de coûts (MCO et HAD), l'étude sur la charge en soins, l'analyse conjoncturelle des établissements de santé (ACCES)...</p>
--------------------	--

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :

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

Base réglementaire :	Art. D.6124-46 CSP Circulaire DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	Sont éligibles les établissements publics et privés autorisés en obstétrique ou aux activités d'assistance médicale à la procréation (AMP).
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	Le périmètre de financement est strictement égal au remboursement des frais liés à la participation de psychologues au sein des maternités. A noter que cette participation n'équivaut pas à un équivalent temps plein.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Le calcul économique de la dotation est basé sur le nombre d'ETP intervenant au sein des maternités. En moyenne, le nombre d'ETP par établissement en compris entre 0.2 et 0.6.</p> <p>A des fins de calculs plus fins de la dotation par les ARS, il est loisible d'utiliser la SAE permettant de déterminer le nombre d'ETP à financer.</p> <p>Il convient de prendre dans cette perspective le nombre d'ETP de psychologues en MCO pour l'année n. Puis dans un second temps, pour connaître la ventilation entre M C et O, il convient de se référer à la répartition de 2008 et d'en déduire une clé de répartition (2008 est la dernière année où la SAE distinguait la médecine, la chirurgie et l'obstétrique). Enfin, il suffira d'appliquer cette clé au nombre d'ETP en MCO et d'en déduire le nombre d'ETP de psychiatre à financer.</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CLINIQUE PAUCHET DE BUTLER	29 011,00	0,00	0,00	29 011,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Nombre d'interventions (dans le cadre des modalités de recours prédéfinies)				
Existence de liens avec les spécialistes du soin psychique (service de psychiatrie, unité mère-enfant, psychiatres libéraux...)				

Objectifs :	<p>La MIG a pour objet le financement de l'emploi de psychologues en maternité. Le rapport Molénat (2004) a mis en évidence la nécessité de renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents sans qu'il soit toujours nécessaire de faire appel à un psychiatre ou un pédopsychiatre.</p> <p>Le psychologue intervient directement auprès des femmes et de leur famille selon des critères de recours élaborés avec l'ensemble des soignants, mais aussi en soutien des prises en charge effectuées par les professionnels de la naissance. Enfin, il assure un relais avec les spécialistes du soin psychique.</p> <p>Les besoins en psychologues sont notamment fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De la taille des établissements (nombre d'accouchements/an) - De la complexité de la prise en charge <p>o Type de maternité o Assistance médicale à la procreation</p> <p>Les modalités de recours au psychologue doivent être définies préalablement aux interventions.</p>
--------------------	--

Etablissement : CLINIQUE PAUCHET

Bases + Mesures Nouvelles 2012

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC		Libellé de la mesure notifiée	Base AC R au 01 01 2012	Débasage créés Investissements	Débasage mesures diverses (ajustement des bases)	Base + MN R 2012	Sécurité et qualité des soins (CREX)	MN NR 2012	Total AC R + NR au 18/04/2012 (EP)
I Développement activité			R	R	R		NR		
1	Obstétrique/pénalité	Périmat - mise aux normes	0	0	0	0	0	0	0
		Ajustement mise aux normes périmat	0	0	0	0	0	0	0
III Amélioration de l'offre de soins existants							5 789	5 789	5 789
1	Actions de coopérations	EAP SPE	0	0	0	0	0	0	0
2	Soutien à la démographie des professionnels de santé	EAP multi sites	0	0	0	0	0	0	0
		SPE	0	0	0	0	0	0	0
		multi sites	0	0	0	0	0	0	0
		postes prioritaires	0	0	0	0	0	0	0
		Transfo PAC en PH	0	0	0	0	0	0	0
		Soutien formation apprenants préparateurs en pharmacie	0	0	0	0	0	0	0
		Postes assistants partagés ARS	0	0	0	0	0	0	0
IV Restructuration et soutien aux Ets déficitaires									
2	Restructurations (hors PRE)	Surcoûts des charges de structure	0	0	0	0	0	0	0
3	Soutien aux états déficitaires (hors PRE)/mes ponctuelles	Contractualisation ARH AC ajust. MIG Soutien financier	0	0	0	0	0	0	0
V Investissements									
1	Mesures nationales d'investissement	Hôpital 2007	0	0	0	0	0	0	0
2	Mesures régionales d'investissement	Achat simulateur conduite auto-appui GR 4 (acquisition au bénéfice du GCS CRF 3 Vallées)	0	0	0	0	0	0	0
VI Autres									
2	Divers	Non identifié à l'origine	0	0	0	0	0	0	0
		Indemnisation des responsables de polles	0	0	0	0	0	0	0
		Effort d'économies (efficacité des structures)	0	0	0	0	0	0	0
		Débasage écoles	0	0	0	0	0	0	0
		Expertise et recours région rhumatologie	0	0	0	0	0	0	0
		Radiologie GIE	0	0	0	0	0	0	0
		Ecoles - charges nouvelles	0	0	0	0	0	0	0
		Réserve AC 15 %	0	0	0	0	0	0	0
		Redéploiement Interregional AC	0	0	0	0	0	0	0
Total			0	0	0	0	5 789	5 789	5 789

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-127 portant fixation du montant annuel de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation de la Clinique de l'Europe pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800013179

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-13 à L.162-22-15, R.162-42 à R.162-42-4, et D.162-6 à D.162-8 ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce ;

ARRETE

Article 1 : Le montant annuel de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale, applicable pour la Clinique de l'Europe au titre de l'année 2012, est fixé à **73 464 €**, au titre des missions d'intérêt général,

Les fiches annexées au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

Article 2 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal de la Clinique de l'Europe, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 3 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex

Article 4 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le 18 AVR. 2012

16 Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,



La Sous Directrice
de l'Hospitalisation

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'Intérêt générale :
CENTRES DE COORDINATIONS CANCEROLOGIE (3C)**

Base réglementaire :	<p>Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A/2005/N° 119 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA 357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé Référentiel national des 3C en cours de finalisation (INCa) pour préciser et actualiser le « cahier des charges » de l'annexe 5 de la circulaire du 22.02.2005</p>
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	<p>C'est une dotation dont l'attribution est fixée au niveau national sur la base d'un modèle de financement. Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non financables au titre des MIG soit environ 800 établissements publics et privés. Chaque établissement de santé peut obtenir une autorisation de traitement pour une ou plusieurs des trois modalités de traitement concernées (la chirurgie des cancers, la radiothérapie externe, la chimiothérapie et traitements médicaux des cancers).</p>
---------------------------------	--

Périmètre de financement :	<p>La mission du 3C est d'assurer la qualité en cancérologie, pour ce faire il :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participe à l'identification et à l'organisation générale des différents processus pour l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer - Organise les RCP, veille à leur fonctionnement et les évalue - Diffuse les recommandations de pratique clinique pour les professionnels de santé - Élabore et conduit des évaluations Qualité selon des méthodes régionales (issues des RRC) et/ou nationales (ex. indicateurs Qualité IPAQSS) - Recueil et produit de l'information en cancérologie (ex. tableau de bord transmis au RRC) - Communique vers les professionnels de santé, les patients et les proches <p>La dotation MIGAC finance donc les personnels dédiés à la réalisation de ces missions.</p>
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Le montant de la dotation correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre de la mise en place du 3C, auxquels s'ajoutent le cas échéant certains frais de fonctionnement inhérent à tout centre (notamment si le 3C dispose de son propre local) humains et matériels (par ex. locaux, outils informatiques) pour le fonctionnement du 3C</p> <p>In fine, est donc financé la mise en place d'une équipe opérationnelle composée a minima d'un temps coordonnateur (il n'est pas nécessairement médecin, il peut-être infirmier, cadre de santé, qualité, etc.) d'un temps secrétariat et d'un temps de personnel formé à la qualité (il peut s'agir d'un (des) responsable(s) qualité des établissements de santé partenaires du 3C).</p> <p>Les frais de fonctionnement, quant à eux, peuvent être considérés comme représentant 20 à 30% des frais de personnel. Le calcul de ces frais peut aussi se baser sur l'indication annuelle des dépenses spécifiques engagées par chaque centre. Il est cependant rappelé que les critères de compensation ne peuvent en aucun cas se baser uniquement sur des données purement déclaratives.</p> <p>Avec l'aide d'outils de retraitements comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnels et de structure (à des fins de limiter le financement aux seuls surcoûts de ces structures non financées par les tarifs de prestation).</p>
------------------------------------	---

Établissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 16/04/2012
		R	NR	
CLINIQUE DE L'EUROPE	15 909,00	0,00	0,00	15 909,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'une RCP avant la mise en route du primo traitement (Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié d'une RCP / Nombre total de nouveaux patients)				
Taux annuel de dossiers de patients des établissements enregistrés en RCP comportant une fiche RCP informatisée (Nombre de fiches RCP informatisées / nombre total de dossiers patients enregistrés en RCP)				
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'un dispositif d'annonce tel que défini dans les recommandations INCa/Ligue contre le cancer (Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié d'un dispositif d'annonce / nombre total de nouveaux patients)				
Taux annuel de patients des établissements ayant bénéficié d'une remise de PPS (Nombre de patient ayant bénéficié d'un PPS au décours de l'annonce du diagnostic / Nombre total de patients ayant bénéficié du dispositif d'annonce)				
Observations, remarques :				

Qualité	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
Existence d'un programme annuel des actions du 3C				
Remplissage du tableau du bord annuel et transmission au RRC				

Objectifs :	<p>Le centre de coordination en cancérologie (3C) est une cellule qualité transversale des établissements de santé et des cabinets libéraux de radiothérapie autorisés à l'activité de soins de traitement du cancer.</p> <p>La mutualisation de cette cellule qualité entre les établissements d'un territoire est aujourd'hui logique et devrait constituer la référence organisationnelle.</p> <p>Le 3C a pour objet de proposer, de mettre en œuvre et de coordonner les actions relatives à la qualité des prises en charge des patients atteints de cancer. Il a pour rôle premier d'assurer l'accompagnement et l'appui des établissements autorisés concernant les 6 conditions transversales de qualité (concertation pluridisciplinaire, dispositif d'annonce, respect des référentiels de bonne pratique, remise du programme personnalisé de soins - PPS - accès aux soins de support, accès aux innovations et à la recherche clinique).</p> <p>Le 3C n'a pas vocation à être effecteur de soins et ne concourt à aucune prise en charge directe de patients</p>
--------------------	---

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie**

Base réglementaire :	Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé Mesure 19-2 du plan cancer 2009-2013
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non finançables au titre des MIG soit 881 établissements publics et privés
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	Les actions financées au titre de cette mission sont les suivantes : - Le développement des dispositifs d'annonce - Les réunions de coordination pluridisciplinaire - Les soins de supports La dotation MIGAC finance donc les personnels (ainsi que les frais de fonctionnement) dédiés à la mise en œuvre de ces actions.
-----------------------------------	---

Critères de compensations :	<p>Cette MIG a fait l'objet d'une forfaitisation en 2011 et d'une allocation fléchée par établissement, de manière à rendre son allocation plus transparente, en fonction des missions et de la file active des établissements.</p> <p>Cette forfaitisation a été élaborée par l'ATIH en fonction des travaux conduits (ATIH/DGOS/INCa) au niveau national. En 2010, une enquête détaillée avait été conduite auprès des ARS, afin d'identifier très précisément les financements mobilisés et leur attribution, d'éliminer les financements croisés et d'évaluer la part respective des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) et du compartiment dispositif d'annonce+réunion de concertation pluridisciplinaire +soins de support dans la MIG unique.</p> <p>Le modèle d'allocation de cette enveloppe a été réalisé par l'ATIH et prend en compte les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attribution d'un socle par établissement (20 000 € par établissement, avec prise en compte du caractère multi-site de l'AP-HP) - File active de patients : forfait par tranche de 50 patients supplémentaires identifié sur la base des remontées d'activité 2009 (chaque patient compte une seule fois quel que soit son nombre de séances ou de séjours), d'environ 3 152 € pour le - Nombre de modalités de l'activité autorisées (2 modalités : +25% ; 3 modalités: +50%) - Surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie, c'est-à-dire en pratique les CHU (+ 8 - Prise en compte du coefficient géographique. - Abattement de 25% du socle et de la valeur des tranches dans le secteur ex-OQN au titre de la non intégration des honoraires
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE
CLINIQUE DE L'EUROPE	0,00	57 555,00

Evaluation annuelle

Qualité	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
Enquête ad-hoc auprès des ARS				
Suivi et évaluation des mesures du plan cancer				

Observations, remarques :

Objectifs :	Cette MIG a vocation à financer l'accès pour tous les patients atteints de cancer au dispositif d'annonce, à la pluridisciplinarité et aux soins de support au sein de tous les établissements de santé autorisés aux pratiques de traitement du cancer suivantes : chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie.
--------------------	---

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-128 fixant les montants des dotations et forfait de la SAS Cardiologie et Urgences pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800015729

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-8, L.162-22-10, L.162-22-13 à L.162-22-15, R.162-32, R.162-42 à R.162-42-4, et D.162-6 à D.162-8 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L.1435-8 à L.1435-11, R.1435-16 à R.1435-36 ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2012 fixant le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional pour l'année 2012 ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la circulaire n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu l'arrêté DROS-HOSPI n° 2012-024 du 25 janvier 2012 fixant la dotation relative au financement de la permanence des soins en établissement de santé pour le 1^{er} trimestre 2012 de la SAS Cardiologie et Urgences;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre de la mise en œuvre de la mission relative à la permanence des soins en établissement de santé, mission financée par le fonds d'intervention régional conformément aux dispositions des articles L.1435-8 et R.1435-16 du code de la santé publique ;

ARRETE

Article 1 : Les dotations et forfait de la SAS Cardiologie et Urgences au titre de l'année 2012, sont fixés aux articles 2 à 3 du présent arrêté.

Article 2 : FAU

Le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences, applicable au titre de l'année 2012, est fixé à **999 178 €**.

Article 3 : FIR

Le montant de la somme attribuée au titre du fonds d'intervention régional, en application du 1° de l'article L. 1435-8 et du 3° de l'article R. 1435-16 du code de la santé publique, en vue du financement de la permanence des soins en établissement de santé, est fixé à **18 375 €**, pour la période du 1^{er} avril au 31 mai 2012 ;

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ce montant.

Article 4 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal de la SAS Cardiologie et Urgences, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 5 : Voies de recours


Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :


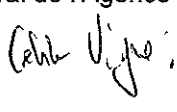
- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex

Article 6 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le **18 AVR. 2012**

 Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,

La Sous Directrice
de l'Hospitalisation

Etablissement évalué :	SAS CARDIOLOGIE ET URGENCES
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
FICHE MIG / FIR
LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDES)**

Base réglementaire :	Art L. 6112-1 et suivant du CSP Art L. 162-22-15 du CSS
-----------------------------	--

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine d'urgence mais aussi d'un plateau technique opératoire (autorisation d'activité de chirurgie ou maternité) sont éligibles au titre d'une contractualisation et d'un financement de la PDES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDES est par ailleurs, dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. De même, la non éligibilité au titre de la PDES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La PDES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PDES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDES.
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	Compensation des Indemnités versées au titre de l'organisation de la permanence des soins sur la base de l'enquête réalisée en 2008 ayant permis de définir les bases des établissements et de les reconduire. La présente dotation à vocation à compenser pour les établissements de santé publics : de la dotation annuelle sous forme de versement d'une dotation MIG dotation annuelle sous forme d'une dotation FIR établissements de santé privé : dotation annuelle établie conformément aux principes définis dans l'avenant CPOM PDES signé par l'établissement en janvier 2012,
------------------------------------	--

- 2/12ème
- 3/12ème de la
Pour les
- 2/12ème de la

Mesure	Mesures nouvelles 2012			Période couverte
	R	NR	Crédits alloués par arrêté du 25/01/2012	
MIG				Jan à Mars 2012
FIR	18 375,00			Avril Mai 2012

Evaluation annuelle

Activité
Observations, remarques : Ces indicateurs ont vocation à être précisés dans le cadre des CPOM liant l'ARS et l'établissement attributaire de la MSP de PDES et des crédits y afférant.

Objectifs :	La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (la nuit à partir de 18h30 et jusqu'à 8h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés
--------------------	--

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-129 portant fixation du montant annuel de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation de la Clinique Sainte Isabelle pour l'exercice 2012

N° FINESS : 800002503

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-13 à L.162-22-15, R.162-42 à R.162-42-4, et D.162-6 à D.162-8 ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de Monsieur Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 ;

Vu la circulaire n° DGOS/R1/2012/131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé ;

Vu la décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens modifié de l'établissement, en date du 30 mars 2007 ;

Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce ;

ARRETE

Article 1 : Le montant annuel de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale, applicable pour la Clinique Sainte Isabelle au titre de l'année 2012, est fixé à **19 728 €**, au titre des missions d'intérêt général.

La fiche annexée au présent arrêté détaille et motive ce montant.

Article 2 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal de la Clinique Sainte Isabelle, à la Caisse chargée du versement des ressources d'assurance maladie de l'établissement et à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie. Il sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Somme.

Article 3 : Voies de recours

Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai d'un mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- 1) d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, sise 52 rue Daire 80037 Amiens cedex 01
- 2) d'un recours hiérarchique auprès du Ministre en charge de la Santé
- 3) d'un recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, cour administrative d'appel de Nancy, 6 rue du Haut Bourgeois, Case Officielle 50015 – 54035 Nancy Cedex

Article 4 : Exécution

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie et le représentant légal de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Amiens, le **18 AVR. 2012**

8/9
 Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,

Céline VIGNE

La Sous Directrice
de l'Hospitalisation

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Mission d'intérêt générale :
Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie**

Base réglementaire :	Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé Mesure 19-2 du plan cancer 2009-2013
Critères d'éligibilité :	Les établissements éligibles sont tous ceux autorisés à la pratique du traitement du cancer en dehors des cabinets libéraux de radiothérapie non finançables au titre des MIG soit 881 établissements publics et privés
Périmètre de financement :	Les actions financées au titre de cette mission sont les suivantes : - Le développement des dispositifs d'annonce - Les réunions de coordination pluridisciplinaire - Les soins de supports La dotation MIGAC finance donc les personnels (ainsi que les frais de fonctionnement) dédiés à la mise en œuvre de ces actions.
Critères de compensations :	Cette MIG a fait l'objet d'une forfaitisation en 2011 et d'une allocation fléchée par établissement, de manière à rendre son allocation plus transparente, en fonction des missions et de la file active des établissements. Cette forfaitisation a été élaborée par l'ATIH en fonction des travaux conduits (ATIH/DGOS/INCa) au niveau national. En 2010, une enquête détaillée avait été conduite auprès des ARS, afin d'identifier très précisément les financements mobilisés et leur attribution, d'éliminer les financements croisés et d'évaluer la part respective des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) et du compartiment dispositif d'annonce+réunion de concertation pluridisciplinaire +soins de support dans la MIG unique. Le modèle d'allocation de cette enveloppe a été réalisé par l'ATIH et prend en compte les données suivantes: - Attribution d'un socle par établissement (20 000 € par établissement, avec prise en compte du caractère multi-site de l'AP-HP) - File active de patients : forfait par tranche de 50 patients supplémentaires identifié sur la base des remontées d'activité 2009 (chaque patient compte une seule fois quel que soit son nombre de séances ou de séjours), d'environ 3 152 € pour le - Nombre de modalités de l'activité autorisées (2 modalités : +25% ; 3 modalités: +50%) - Surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie, c'est-à-dire en pratique les CHU (+ 8 - Prise en compte du coefficient géographique. - Abattement de 25% du socle et de la valeur des tranches dans le secteur ex-OQN au titre de la non intégration des honoraires

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE
SA SAINTE ISABELLE	0,00	19 728,00

Evaluation annuelle

Qualité	OUI	NON	Remarques	
			2011	2012
Enquête ad-hoc auprès des ARS				
Suivi et évaluation des mesures du plan cancer				
Observations, remarques :				
Objectifs :	Cette MIG a vocation à financer l'accès pour tous les patients atteints de cancer au dispositif d'annonce, à la pluridisciplinarité et aux soins de support au sein de tous les établissements de santé autorisés aux pratiques de traitement du cancer suivantes : chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie.			