

SOMMAIRE

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

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-135 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier Gériatrique de LA FERRE pour l'exercice 2012	2
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-136 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de CHAUNY pour l'exercice 2012	9
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-138 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de HIRSON pour l'exercice 2012	26
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-139 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de LAON pour l'exercice 2012	38
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-140 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de CHATEAU THIERRY pour l'exercice 2012	63
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-142 fixant les montants des dotations et forfait de la Polyclinique Saint Claude pour l'exercice 2012	80
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-143 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de GUISE pour l'exercice 2012	87
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-144 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier du NOUVION en THIERACHE pour l'exercice 2012	96
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-146 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de VERVINS pour l'exercice 2012	103
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-148 portant fixation du montant annuel de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation de la Clinique Saint-Christophe à SOISSONS pour l'exercice 2012	107
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-149 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de SOISSONS pour l'exercice 2012	110
Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-150 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de SAINT QUENTIN pour l'exercice 2012	131

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-135 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier Gériatrique de LA FERRE pour l'exercice 2012

N° FINESS : 02 000 004 8

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 Gériatrique de LA FERRE, 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 **2 996 440 €**.

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 **238 813 €**, dont :

218 813 € au titre des missions d'intérêt général,
20 000 € au titre de l'aide à la contractualisation.

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

Article 4 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Centre Hospitalier Gériatrique de LA FERRE, 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 aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de l'Aisne et de la Préfecture de Région.

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**

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et par délégation,

La Sous-directrice de l'hospitalisation,

Céline VIGNE



Etablissement évalué :	CHG LA FERRE
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 (PDESES)

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 PDESES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDESES 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 PDESES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDESES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La PDESES 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 PDESES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDESES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDESES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDESES.
-----------------------------------	---

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 PDESES signé par l'établissement en janvier 2012,
------------------------------------	---

Mesure	Mesures nouvelles 2012		Période couverte
	R	NR	
MIG		9 471,00	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 PDESES 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 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*236)=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 manière suivante :

	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

Si 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 31/12/2012
		R	NR	
CHG LA FERRE	22 236,00			22 236,00

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 :

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).</p> <p>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 31/12/2012
		R	NR	
CHG LA FERRE	187 106,00			187 106,00

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 <ul style="list-style-type: none"> o Type de maternité o Assistance médicale à la procréation <p>Les modalités de recours au psychologue doivent être définies préalablement aux interventions.</p>
--------------------	---

Détail des bases AC

Etablissement : CH La Fère

2012

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC	Libellé de la mesure notifiée	Bases + Mesures nouvelles 2012		
		Bases AC R au 01 01 2012	Mesure issue de la marge de manœuvre pour combler la AC contractualisée	Total AC au 13 avril 2012 (BP)
V Investissements		R	NR	R+NR
2 Mesures régionales d'investissement	PPRI-Investissement régional	13 641	6 359	20 000
Total		13 641	6 359	20 000

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-136 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de CHAUNY pour l'exercice 2012

N° FINESS : 02 000 028 7

N° FINESS USLD : 02 000 472 7

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 CHAUNY, sont fixés, pour l'année 2012, aux articles 2 à 6 du présent arrêté.

Article 2 : FORFAITS

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

1 131 134 € 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 **2 653 570 €**.

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 **1 291 114 €**.

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 **2 332 386 €**, dont :

2 301 468 € au titre des missions d'intérêt général,
30 918 € 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 **165 653 €**, 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 CHAUNY, 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 Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de l'Aisne et de la Préfecture de Région.

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**

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et par délégation,
La Sous-directrice de l'hospitalisation,

Céline VIGNE



Etablissement évalué :	CH CHAUNY
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 en janvier 2012,
------------------------------------	---

Mesure		Mesures nouvelles 2012		Période couverte
		R	NR	
MIG			110 435,00	Jan. à Fév. 2012
FIR	165 653,00			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
--------------------	--

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

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

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

Critères d'éligibilité :	Seuls les établissements de santé ou GCS ayant signé un contrat spécifique ou comportant une mention sur le déploiement de la télémédecine 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 télémédecine faisant l'objet d'une convention entre les opérateurs en conformité du décret du 21 octobre 2010 relatif à l'activité de télémédecine. 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 télémédecine) 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 télémédecine (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 télémédecine 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
		R	NR	
CH CHAUNY	17 116,00	-17 116,00		0,00

Evaluation annuelle

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

Objectifs :	<p>L'objectif de cette mission est de favoriser le déploiement des activités de télémédecine sur les territoires de santé. Pour rappel, la télémédecine 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 télémédecine 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 télémédecine :</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 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>
--------------------	---

Etablissement évalué :	CH CHAUNY
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 les établissements ex-DG - 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 (+ 80%) et CLCC (+ 70%). Cette pondération est susceptible d'évoluer dans les années à venir, puisque l'INCa doit définir des référentiels qui permettront d'identifier les établissements y appartenant ou pas. Temporairement, la solution retenue permet de tenir compte du rôle de chefs de file que jouent les CHU et les CLCC dans la structuration de l'offre régionale. - 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 médicaux. La part des rémunérations médicales des participants aux RCP dans les établissements ex-OQN restent en effet financés au titre des dispositifs conventionnels ou du FIQCS.
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
CH CHAUNY	0,00			39 702,00

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 :	CH CHAUNY
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

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 31/12/2012
		R	JPE		
CH CHAUNY	37 002,00	-3 709,00	-33 293,00	5 549,00	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



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

**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 31/12/2012
		R	NR	
CH CHAUNY	151 626,00	90 153,00		241 779,00

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						
Droque						
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) : Eléments 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

Etablissement évalué :	CH CHAUNY
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 31/12/2012
		R	NR	
CH CHAUNY	969 482,00	-6 811,00		962 671,00

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

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 Reconductible au 31/12/2012
		R	JPE	
CH CHAUNY	208 108,00	-208 108,00	34 685,00	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>
--------------------	--

Etablissement évalué :	CH CHAUNY
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 CHAUNY	0,00	250 000,00

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 :
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, 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. 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 <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, polyclinique 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 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
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	
CH CHAUNY	40 359,00	-40 359,00		0,00

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 :	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'Etat 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.
--------------------	--

**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'aurait 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 31/12/2012
		R	NR	
CH CHAUNY	215 866,00			215 866,00

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 CHAUNY
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**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 gériatriques.
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 31/12/2012
		R	NR	
CH CHAUNY	271 799,00	-105 038,00		166 761,00

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

**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 Reconstructible au 31/12/2012
		R	NR	
CH CHAUNY	274 021,00			274 021,00

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Nombre d'interventions totales de l'EMSP accours 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 délégués 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

Détail des bases AC

Etablissement : CH Chauny

2012

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC	Libellé de la mesure notifiée	Bases + mesures nouvelles 2012			
		Bases AC R au 01 01 2012	Débasage mesures diverses (ajustement des bases)	Sécurité et qualité des soins (CREX)	Total AC au 13 avril 2012 (BP)
		R	R	NR	R + NR
III Amélioration de l'offre de soins existante					
1 Actions de coopérations	Sécurité et qualité des soins (CREX)			5 789	5 789
IV Restructuration et soutien financier aux éts déficitaires					
Soutien aux établissements déficitaires (hors PRE) mes ponctuelles	Soutien financier	70 216	-70 216		0
V Investissements					
1 Mesures nationales d'investissement	Hôpital 2007	25 129			25 129
	Hôpital 2012	1 086 550	-1 086 550		0
Total		1 181 895	-1 156 766	5 789	30 918

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-138 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de HIRSON pour l'exercice 2012

N° FINESS : 02 000 449 5

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 HIRSON, sont fixés, pour l'année 2012, aux articles 2 à 4 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 :

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 **1 962 424 €**.

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 **1 515 471 €**, au titre des missions d'intérêt général.

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 HIRSON, 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 aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de l'Aisne et de la Préfecture de Région.

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**

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et par délégation,
La Sous-directrice de l'hospitalisation,

Céline VIGNE



Etablissement évalué :	CH HIRSON
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		30 104,00	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 évalué :	CH HIRSON
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**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'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.) 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	
CH HIRSON	16 111,00	-16 111,00		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 télé expertise, 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>
--------------------	---

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

Base réglementaire : Code de la santé publique.
Circularité du 10 septembre 1996 relative à la création d'équipe en alcoologie
Circularité 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
Circularité 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
Circularité 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 31/12/2012
		R	NR	
CH HIRSON	205 229,00	36 550,00		241 779,00

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 délégués 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 HIRSON
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 31/12/2012
		R	NR	
CH HIRSON	989 909,00	-27 238,00		962 671,00

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 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 pas 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 manière suivante :

	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

si 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 31/12/2012
		R	NR	
CH HIRSON	102 254,00			102 254,00

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 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 31/12/2012
		R	JPE	
CH HIRSON	280 240,00	-180 690,00	-99 550,00	16 592,00 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 HIRSON
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 HIRSON	0,00	92 625,00

Evaluation annuelle

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

Objectifs :	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.
--------------------	---

Établissement évalué :	CH HIRSON
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, 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. 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 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
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	
CH HIRSON	69 447,00			69 447,00

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 :	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'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.
--------------------	--

Détail des bases AC

Etablissement : CH Hirson

2012

		Bases + Mesures nouvelles 2012		
		Bases AC R au 01 01 2012	Débasage mesures diverses (ajustement des bases)	Total AC au 13 avril 2012 (BP)
Typologie des AC dans ARBUST MIGAC		Libellé de la mesure notifiée		
IV Restructuration et soutien financier aux éta déficitaires		R	R	R
Soutien aux établissements déficitaires 3 (hors PRE) mes ponctuelles		56 857	-56 857	0
Total		56 857	-56 857	0

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-139 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de LAON pour l'exercice 2012

N° FINESS : 02 000 025 3

N° FINESS ULSD : 02 000 547 6

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 LAON, 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 :

2 154 350 € pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences ;

116 037 € pour le forfait annuel relatif à l'activité de prélèvement d'organes ;

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 **3 848 711 €**.

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 **1 262 809 €**.

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 **7 398 236 €**, dont :

6 059 488 € au titre des missions d'intérêt général,

1 338 748 € 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 **266 982 €**, 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 LAON, 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 aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de l'Aisne et de la Préfecture de Région.

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**

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et par délégation,
La Sous-directrice de l'hospitalisation,

Céline VIGNE



Etablissement évalué :	CH LAON
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 en janvier 2012,
------------------------------------	---

Mesure		Mesures nouvelles 2012		Période couverte
		R	NR	
MIG			177 988,00	Jan. à Fév. 2012
FIR	266 982,00			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
--------------------	--

Etablissement évalué :	CH LAON
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-11

**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	
CH LAON	50 384,00	-50 384,00		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 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>
--------------------	--

Etablissement évalué :	CH LAON
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 les établissements ex-DG - 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 (+ 80%) et CLCC (+ 70%). Cette pondération est susceptible d'évoluer dans les années à venir, puisque l'INCa doit définir des référentiels qui permettront d'identifier les établissements y appartenant ou pas. Temporairement, la solution retenue permet de tenir compte du rôle de chefs de file que jouent les CHU et les CLCC dans la structuration de l'offre régionale. - 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 médicaux. La part des rémunérations médicales des participants aux RCP dans les établissements ex-OQN restent en effet financés au titre des dispositifs conventionnels ou du FIQCS.
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE	JPE	JPE	JPE
CH LAON	0,00				35 761,00

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.
--------------------	---

Etablissement évalué :	CH LAON
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 gre

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 utile cliniquement et dont il reste à préciser les modalités exactes et d'autre part les actes réalisés dans un cadre de recherche fondamentale ou de transfert, dont l'utilité clinique n'est pas connue, et qui sont donc hors champ. <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 ; les actes d'anatomo-pathologies seront en effet inclus dans les tarifs et, de ce fait, « débasés » des MIG. <p>Par ailleurs, deux variables ont été ajoutées afin d'identifier les actes couverts ou non par la dotation MERRI (exemples des actes relevant de l'hygiène hospitalière considérés comme financés dans les GHS, des actes HLA pour les greffes pris en charge dans le forfait annuel greffes, des actes pris en charge par l'INCA) :</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 LAON	0,00			10 659,00

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) » ;
--------------------	---



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

**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 31/12/2012
		R	NR	
CH LAON	217 050,00	32 730,00		249 780,00

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 psychiatrie ⁽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 Psychiatrie ⁽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 LAON
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 31/12/2012
		R	NR	
CH LAON	2 423 161,00	-283 891,00		2 139 270,00

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 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 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 au 31/12/2012
		R	JPE	
CH LAON	381 074,00	-381 074,00	63 512,00	0,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 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>
--------------------	--



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

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 MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 31/12/2012
		R	JPE	
CH LAON	90 675,00	-24 090,00	-66 585,00	11 098,00

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

Etablissement évalué :	CH LAON
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 LAON	0,00	327 000,00

Evaluation annuelle

Activité			Evolution 2011/2012	
	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 :	CH LAON
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 :	<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 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).</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'additionnent 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, qualicien, etc.) d'un temps secrétaire 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.</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>
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	
CH LAON	60 179,00			60 179,00

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 de 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. 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>
--------------------	---

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

**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 31/12/2012
		R	NR	
CH LAON	767 868,00			767 868,00

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)

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'exams 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>
--------------------	--

Établissement évalué :	CH LAON
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, 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. 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 <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'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 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
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	
CH LAON	78 420,00			78 420,00

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 LAON
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).</p> <p>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 31/12/2012
		R	NR	
CH LAON	26 493,00			26 493,00

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 procreation</p> <p>Les modalités de recours au psychologue doivent être définies préalablement aux interventions.</p>
--------------------	--

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

**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 soins) incluses dans les tarifs des GHS au titre de la qualité des soins.</p> <p>Les structures peuvent de plus percevoir les MERRI notamment variables (sur projet) dédiées à l'enseignement et à la recherche.</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 ETP de praticien hospitalier toutes les 500 consultations médicales et pour le personnel non médical de 0,6 ETP toutes les 1000 consultations médicales. Sur cette base, il conviendra d'adapter la composition de l'équipe aux spécificités des patients accueillis et aux techniques thérapeutiques réadaptatives dispensées. Ainsi pour une SDC totalisant entre 2000 et 2500 consultations externes annuelles, la MIG couvrira le coût complet moyen (salaire moyen chargé) de 1,4 ETP de PH et de 2,1 ETP de personnel non médical, total qui sera augmenté de 2% de frais de structure. - Les recettes issues des activités de consultations médicales externes, valorisées au coût standard, sont à retrancher de la dotation MIG.
------------------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	
CH LAON	130 993,00			130 993,00

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 :
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 31/12/2012
		R	NR	
CH LAON	55 316,00			55 316,00

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 LAON
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**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 pas 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 :	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>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€.</p> <p>In fine, pour réaliser les missions prévues (cf. périmètre de fonctionnement), il convient de calibrer la dotation de la manière suivante :</p> <table border="1" data-bbox="367 1209 869 1467"> <thead> <tr> <th></th> <th>ETP</th> <th>Coût(moyen structure)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PH</td> <td>0,7</td> <td>65 800</td> </tr> <tr> <td>Agent administratif</td> <td>1</td> <td>5 000</td> </tr> <tr> <td>Psychologue</td> <td>1</td> <td>56 000</td> </tr> <tr> <td>Total personnels</td> <td></td> <td>156 800</td> </tr> <tr> <td>20% structure</td> <td></td> <td>31 360</td> </tr> <tr> <td>Montant de base</td> <td></td> <td>188 160</td> </tr> <tr> <td>Recettes titre 2 file active 300 patients</td> <td></td> <td>6 900</td> </tr> <tr> <td>Total compensation</td> <td></td> <td>181 260</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="367 1500 1220 1657"> <thead> <tr> <th>Si bilan neuro psy extérieurs demandés par la ville dépasse les 50 bilans</th> <th>ETP</th> <th>Coût moyen structure</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ETP Psychologue supplémentaire si bilan neuro psy extérieurs demandés par la ville dépasse les 50 bilans</td> <td>0,2</td> <td>11 200</td> </tr> <tr> <td>Total compensation</td> <td></td> <td>192 460</td> </tr> </tbody> </table> <p>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.</p>		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	Si 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
	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																																			
Si 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																																			

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	
CH LAON	27 010,00			27 010,00

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
--------------------	--

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

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 31/12/2012
		R	NR	
CH LAON	46 113,00			46 113,00

Evaluation annuelle

Activité				Evolution 2011/2012	
		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>				



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

**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 praticien hospitalier
1 ETP infirmier diplômé d'état	2 ETP infirmier diplômé d'état
0,5 ETP aide soignant	0,5 ETP aide soignant
0,5 secrétaire	0,5 secrétaire
Frais de structure	Frais de structure
Financement forfaitaire : 166 760 €	Financement forfaitaire : 262 900 €

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 31/12/2012
		R	NR	
CH LAON	149 465,00	17 295,00		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 ?						
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 :
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 31/12/2012
		R	NR	
CH LAON	382 473,00			382 473,00

Evaluation annuelle

Activité	2011		2012		Evolution 2011/2012	
	En nb	En %	En nb	En %	En nb	En %
Nombre d'interventions totales de l'EMSP accours 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



Etablissement évalué :	CH LAON
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 PDSSES

Rappel :

Objectifs	1,5 fronts de garde
Régulation libérale	0,5 front de garde
Financement MIG	1 front de garde
Activité DRM	93 426

Etablissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 31/12/2012
		R	NR	
CH LAON	1 420 211,00	-117 418,00		1 302 793,00

Evaluation annuelle

Activité

	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nb	En %
Nombre de carences 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 carences ambulancières

Détail des bases AC

Etablissement : CH Laon

2012

		Bases + mesures nouvelles 2012			
		Bases AC R au 01 01 2012	Mesure issue de la marge de manœuvre pour combler la AC contractualisée	Sécurité et qualité des soins (CREX)	Total AC au 13 avril 2012 (BP)
Typologie des AC dans ARBUST MIGAC					
Libellé de la mesure notifiée					
III Amélioration de l'offre de soins existante		R	NR	NR	R + NR
1 Actions de coopérations				5 789	5 789
V Investissements					0
2 Mesures régionales d'investissement					
	PPRI-investissement régional	872 959			872 959
	Contractualisation ARH - Invest régional	61 138	338 862		400 000
	Pandémie grippale - équipements SAMU	60 000			60 000
Total		994 097	338 862	5 789	1 338 748

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-140 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de CHATEAU THIERRY pour l'exercice 2012

N° FINESS : 02 000 440 4

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 CHATEAU THIERRY, sont fixés, pour l'année 2012, aux articles 2 à 4 du présent arrêté.

Article 2 : FORFAITS

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

1 131 134 € pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences ;

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 **2 550 305 €**, dont :

2 129 516 € au titre des missions d'intérêt général,
420 789 € au titre de l'aide à la contractualisation.

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

Article 4 : 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 **233 111 €**, pour la période du 1^{er} mars au 31 mai 2012 ;

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

Article 5 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Centre Hospitalier de CHATEAU THIERRY, 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 aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de l'Aisne et de la Préfecture de Région.

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.

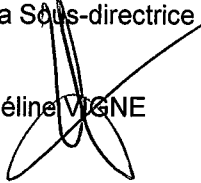
Article 7 : Exécution

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**

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et par
délégation,
La Sous-directrice de l'hospitalisation,

Céline VIGNE

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right, positioned over the printed name Céline VIGNE.

Etablissement évalué :	CH CHÂTEAU THIERRY
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		155 407,00	Jan. à Fév. 2012
FIR	233 111,00		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 évalué :	CH CHÂTEAU THIERRY
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**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	
CH CHÂTEAU THIERRY	9 673,00	-9 673,00		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 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>
--------------------	---

Etablissement évalué :	CH CHÂTEAU THIERRY
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 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 utile cliniquement et dont il reste à préciser les modalités exactes et d'autre part les actes réalisés dans un cadre de recherche fondamentale ou de transfert, dont l'utilité clinique n'est pas connue, et qui sont donc hors champ. <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 ; les actes d'anapathologies seront en effet inclus dans les tarifs et, de ce fait, « débasés » des MIG. <p>Par ailleurs, deux variables ont été ajoutées afin d'identifier les actes couverts ou non par la dotation MERRI (exemples des actes relevant de l'hygiène hospitalière considérés comme financés dans les GHS, des actes HLA pour les greffes pris en charge dans le forfait annuel greffes, des actes pris en charge par l'INCA) :</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 CHÂTEAU THIERRY	0,00			1 841,00

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 :
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 31/12/2012
		R	NR	
CH CHÂTEAU THIERRY	141 363,00	-60 543,00		80 820,00

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



Établissement évalué :	CHÂTEAU THIERRY
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 €

Établissements	Base au MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base Reconductible au 31/12/2012
		R	NR	
CHÂTEAU THIERRY	1 012 901,00	56 734,00		1 069 635,00

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 ?						
	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

Établissement évalué :	CHÂTEAU THIERRY
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

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 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. 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 au 31/12/2012
		R	JPE	
CH CHÂTEAU THIERRY	84 105,00	-84 105,00	14 018,00	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 :
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 31/12/2012
		R	JPE	
CH CHÂTEAU THIERRY	43 534,00	-10 241,00	-33 293,00	5 549,00
				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 UNITES DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES**

Base réglementaire :	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 ; Décret N°94-929 du 27 octobre 1994 ; 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
-----------------------------	---

Critères d'éligibilité :	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 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.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	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). 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).
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	La dotation doit être calculée selon le schéma suivant : <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 360 000€. • 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. Le % des frais de structure est fixé à 20%. 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).
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	
CH CHÂTEAU THIERRY	486 300,00	50 000,00		536 300,00

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 :	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. 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.
--------------------	--

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 projets (collectivités locales, associations...etc..).
-----------------------------------	---

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	
CH CHÂTEAU THIERRY	157 128,00			157 128,00

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-elles aux besoins spécifiques des adolescents, comment s'inscrivent-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.
--------------------	---

**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 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</p>
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	
CH CHÂTEAU THIERRY	60 218,00			60 218,00

Evaluation annuelle

Activité
Pour évaluer la pertinence de la PASS dans l'acquiescement 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 :

	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>
--------------------	---

Etablissement évalué :	CH CHÂTEAU THIERRY
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 soustraites 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 31/12/2012
		R	NR	
CH CHÂTEAU THIERRY	3 000,00			3 000,00

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.
--------------------	---

**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 ; Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protec</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 c</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'organisa</p>
-----------------------------------	--

Critères de compensations :	<p>Il est proposé de corrélér 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 surcoû</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 31/12/2012
		R	NR	
CH CHÂTEAU THIERRY	45 600,00			45 600,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 2011/2012	
			En nombre	En pourcentage
<p>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 sécurisé</p>				

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'</p>
--------------------	--

Détail des bases AC

Etablissement : CH Château-Thierry

2012

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC		Libellé de la mesure notifiée	Bases + mesures nouvelles 2012			Total AC au 13 avril 2012 (BP)
			Bases AC R au 01 01 2012	Mesure issue de la marge de manœuvre pour combler la AC contractualisée	Sécurité et qualité des soins (CREX)	
III	Amélioration de l'offre de soins existante		R	NR	NR	
1	Actions de coopérations					
V	Investissements	Sécurité et qualité des soins (CREX)	0		5 789	5 789
2	Mesures régionales d'investissement	PPR)-investissement régional	200 000			200 000
		Contractualisation ARH-invest régional - réanimation	137 555	62 445		200 000
		Investissement régional : mise aux normes sécurité incendie	15 000			15 000
	Total		352 555	62 445	5 789	420 789

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-142 fixant les montants des dotations et forfait de la Polyclinique Saint Claude pour l'exercice 2012

N° FINESS : 020010047

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°2012-023 fixant la dotation relative au financement de la permanence des soins en établissement de santé pour le 1^{er} trimestre 2012 de la Polyclinique Saint Claude ;

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 et forfait de la Polyclinique Saint Claude au titre de l'année 2012, sont fixés aux articles 2 à 4 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 **431 972 €**.

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 **72 928 €**, dont :

67 139 € 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 4 : 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 **66 575 €**, pour la période du 1^{er} avril au 31 mai 2012 ;

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

Article 5 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal de la Polyclinique Saint Claude, 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 **19 AVR 2012**

Pour Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et par délégation,
La sous-directrice de l'hospitalisation

Céline VIGNE

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right, crossing over the text 'Céline VIGNE'.

**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 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).</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 - Etablit et conduit des évaluations de qualité selon des méthodes régionales (issues des KKL) 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 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, 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.</p> <p>Avec l'aide d'outils de retraitements comptables, 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>
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 19/04/2012
		R	NR	
Polyclinique ST CLAUDE	16677			16 676,00

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	Remarques			
	OUI	NON	2012	
			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. 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).</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>
--------------------	---

Etablissement évalué :	POLICLINIQUE SAINT CLAUDE
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 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	
FIR		66 575,00	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 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
--------------------	--

Etablissement évalué :	POLICLINIQUE SAINT CLAUDE
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 les établissements ex-DG - 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 (+ 80%) et CLCC (+ 70%). Cette pondération est susceptible d'évoluer dans les années à venir, puisque l'INCa doit définir des référentiels qui permettront d'identifier les établissements y appartenant ou pas. Temporairement, la solution retenue permet de tenir compte du rôle de chefs de file que jouent les CHU et les CLCC dans la structuration de l'offre régionale. - 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 médicaux. La part des rémunérations médicales des participants aux RCP dans les établissements ex-OQN restent en effet financés au titre des dispositifs conventionnels ou du FIQCS.
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
POLICLINIQUE SAINT CLAUDE	0			50 463,00

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.
--------------------	---

Détail des bases AC

Etablissement : Clinique Saint-Claude à Saint-Quentin

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC		Libellé de la mesure notifiée	Mesures nouvelles 2012
			Sécurité et qualité des soins (CREX)
			NR
III	Amélioration de l'offre de soins existante		
1	Actions de coopérations	Sécurité et qualité des soins (CREX)	5 789
Total			5 789

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-143 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de GUISE pour l'exercice 2012

N° FINESS : 02 00000 022

N° FINESS ULSD : 02 000 9007

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 GUISE, 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 **2 715 440 €**.

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 **912 282 €**.

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 **216 515 €**, dont :

110 294 € au titre des missions d'intérêt général,
106 221 € 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 GUISE 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 aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de l'Aisne et de la Préfecture de Région.

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 **19 AVR. 2019**

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et par délégation,
La Sous-directrice de l'hospitalisation,


Céline VIGNE

Etablissement évalué :	CH GUISE
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, 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. 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 <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 bucco-dentaires, 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
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 19/04/2012
		R	NR	
CH GUISE	57 724,00 €			57 724,00

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'Etat 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 GUISE
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
------------------------------------	--

Mesure	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Période
CH GUISE		R	NR	couverte
MIG			10 624,00	Jan. à Fév. 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 évalué :	CH GUISE
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**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 :	<p>Les actions financées au titre de la MIG sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>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.</p> <p>Il conviendra en outre de minorer de la dotation les éventuelles recettes issues des hôpitaux de jour impactant les actions</p>
-----------------------------------	---

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
<p>A titre indicatif, la composition et le montant peuvent être ajustés par l'ARS,</p> <p>A ces coûts de personnels se rajoutent les coûts de structures (20%) aboutissant à un montant moyen de 402 042€.</p> <p>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€.</p> <p>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.</p>		

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
			MERRI	Base R 17/04/2012
CH GUISE	0,00		25 354,00	0,00

Evaluation annuelle

Activité			Evolution 2011/2012	
	2011	2012	En nombre	En pourcentage
Nombre d'inclusions dans les essais thérapeutiques				
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 :	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 :	CH GUISE
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**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 17/04/2012
		R	JPE		
CH GUISE	48 708,00	50 842,00	-99 550,00	16 592,00	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

Détail des bases AC

Etablissement : CH Guise

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC	Libellé de la mesure notifiée	Bases + Mesures nouvelles 2012		
		Bases AC R au 01 01 2012	Mesure issue de la marge de manœuvre pour comblé la AC contractualisée	Total AC au 13 avril 2012 (BP)
		R	NR	R + NR
V Investissements				
2 Mesures régionales d'investissement	PPRI-investissement régional	81 217	25 004	106 221
Total		81 217	25 004	106 221

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-144 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier du NOUVION en THIERACHE pour l'exercice 2012

N° FINESS : 02 00000 055

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 du NOUVION en THIERACHE, 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 **892 752 €**.

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 **72 757 €**, dont :

72 757 € au titre des missions d'intérêt général,
0.00 € au titre de l'aide à la contractualisation.

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

Article 4 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Centre Hospitalier du NOUVION en THIERACHE 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 aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de l'Aisne et de la Préfecture de Région.

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 **19 AVR. 2012**

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et par délégation,
La Sous-directrice de l'hospitalisation,

Céline VIGNE



Établissement évalué :	CH LE NOUVION en TH	
Date d'évaluation :		
Mise à jour du document :	avr-12	

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

Base réglementaire : Ordonnance du 4 septembre 2003
 Circulaire N°DHOS/O2/DGS/SDSD/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 19/04/2012
		R	NR	
CH LE NOUVION en TH	64018			64 018,00

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 ? <i>Si oui, préciser la liste dans "observations_remarques"</i>						
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

Établissement évalué :	CH LE NOUVION en TH
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**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 :	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>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€.</p> <p>In fine, pour réaliser les missions prévues (cf. périmètre de fonctionnement), il convient de calibrer la dotation de la manière suivante :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ETP</th> <th>Coût moyen structure</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PH</td> <td align="center">0,7</td> <td align="right">65 800</td> </tr> <tr> <td>Agent administratif</td> <td align="center">1</td> <td align="right">5 000</td> </tr> <tr> <td>Psychologue</td> <td align="center">1</td> <td align="right">56 000</td> </tr> <tr> <td>Total personnels</td> <td></td> <td align="right">156 800</td> </tr> <tr> <td>20% structure</td> <td></td> <td align="right">31 360</td> </tr> <tr> <td>Montant de base</td> <td></td> <td align="right">188 160</td> </tr> <tr> <td>Recettes titre 2 file active 300 patients</td> <td></td> <td align="right">6 900</td> </tr> <tr> <td>Total compensation</td> <td></td> <td align="right">181 260</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>si bilan neuro psy extérieurs demandés par la ville dépasse les 50 bilans</th> <th>ETP</th> <th>Coût moyen structure</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ETP Psychologue supplémentaire si bilan neuro psy extérieurs demandés par la ville dépasse les 50 bilans</td> <td align="center">0,2</td> <td align="right">11 200</td> </tr> <tr> <td>Total compensation</td> <td></td> <td align="right">192 460</td> </tr> </tbody> </table> <p>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.</p>		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	si 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
	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																																			
si 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																																			

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 19/04/2012
		R	NR	
CH LE NOUVION en TH	2306			2 306,00

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
--------------------	--

Etablissement évalué :	CH LE NOUVION en TH
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
------------------------------------	--

Mesure		Mesures nouvelles 2012		Période
CH LE NOUVION EN TH	Base MIG au 01/01/2012	R	NR	couverte
MIG	0,00		6 433,00	Jan. à Fév. 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
--------------------	--

Détail des bases AC

Etablissement : CH Le Nouvion

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC	Libellé de la mesure notifiée	Bases + Mesures nouvelles 2012		
		Bases AC R au 01 01 2012	Débasage mesures diverses (ajustement des bases)	Total AC au 13 avril 2012 (BP)
		R	R	R
VI Autres				
2 Divers	Divers (non identifié à l'origine)	2 385	-2 385	0
Total		2 385	-2 385	0

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-146 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de VERVINS pour l'exercice 2012

N° FINESS : 02 00000 071

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 VERVINS, 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 **1 002 155 €**.

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 72 757 €, dont :

8 112 € au titre des missions d'intérêt général,
0.00 € au titre de l'aide à la contractualisation.

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

Article 4 : Modalités de publication et de notification

Le présent arrêté sera notifié au représentant légal du Centre Hospitalier de VERVINS, 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 aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de l'Aisne et de la Préfecture de Région.

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 **19 AVR. 2012**

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et par délégation,
La Sous-directrice de l'hospitalisation,


Céline VIGNE

Etablissement évalué :	CH DE VERVINS
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
------------------------------------	--

Mesure	Mesures nouvelles 2012		Période couverte
	R	NR	
MIG		8 112,00 €	Jan. à Fév. 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
--------------------	--

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-148 portant fixation du montant annuel de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation de la Clinique Saint-Christophe à SOISSONS pour l'exercice 2012

N° FINESS :020000360

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 **Saint-Christophe** au titre de l'année 2012, est fixé à **24 457 €**, dont :

24 457 €, au titre des missions d'intérêt général,
0.00 €, au titre de l'aide à la contractualisation.

La fiche annexée 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 Saint-Christophe, 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 l' AISNE.

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 **Céline VIGNE**

19 AVR 2012

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

**La Sous Directrice
de l'Hospitalisation**

Etablissement évalué :	CLINIQUE ST CHRISTOPHE
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 les établissements ex-DG - 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 (+ 80%) et CLCC (+ 70%). Cette pondération est susceptible d'évoluer dans les années à venir, puisque l'INCa doit définir des référentiels qui permettront d'identifier les établissements y appartenant ou pas. Temporairement, la solution retenue permet de tenir compte du rôle de chefs de file que jouent les CHU et les CLCC dans la structuration de l'offre régionale. - 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 médicaux. La part des rémunérations médicales des participants aux RCP dans les établissements ex-OQN restent en effet financés au titre des dispositifs conventionnels ou du FIQCS.
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE		
CLINIQUE ST CHRISTOPHE	0			24 457,00

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.
--------------------	---

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-149 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de SOISSONS pour l'exercice 2012

N° FINESS : 02 0000 261

N° FINESS ULSD : 02 000 4677

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 SOISSONS, 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 :

2 497 654 € 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 **3 123 012 €**.

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 **1 534 077 €**.

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 **3 759 735 €**, dont :

3 228 051 € au titre des missions d'intérêt général,
513 684 € 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 **264 868 €**, 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 SOISSONS, 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 aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de l'Aisne et de la Préfecture de Région.

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

19 AVR. 2012

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et par délégation,
La Sous-directrice de l'hospitalisation,

Céline VIGNE



**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°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 19/04/2012
		R	NR	
CH SOISSONS	409 314,00			409 314,00

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

Établissement évalué :	CH SOISSONS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**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 :	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>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€.</p> <p>In fine, pour réaliser les missions prévues (cf. périmètre de fonctionnement), il convient de calibrer la dotation de la manière suivante :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ETP</th> <th>Coût moyen structure</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PH</td> <td align="center">0,7</td> <td align="right">65 800</td> </tr> <tr> <td>Agent administratif</td> <td align="center">1</td> <td align="right">5 000</td> </tr> <tr> <td>Psychologue</td> <td align="center">1</td> <td align="right">56 000</td> </tr> <tr> <td>Total personnels</td> <td></td> <td align="right">156 800</td> </tr> <tr> <td>20% structure</td> <td></td> <td align="right">31 360</td> </tr> <tr> <td>Montant de base</td> <td></td> <td align="right">188 160</td> </tr> <tr> <td>Recettes titre 2 file active 300 patients</td> <td></td> <td align="right">6 900</td> </tr> <tr> <td>Total compensation</td> <td></td> <td align="right">181 260</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>si bilan neuro psy extérieurs demandés par la ville dépasse les 50 bilans</th> <th>ETP</th> <th>Coût moyen structure</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ETP Psychologue supplémentaire si bilan neuro psy extérieurs demandés par la ville dépasse les 50 bilans</td> <td align="center">0,2</td> <td align="right">11 200</td> </tr> <tr> <td>Total compensation</td> <td></td> <td align="right">192 460</td> </tr> </tbody> </table> <p>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.</p>		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	si 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
	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																																			
si 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																																			

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 19/04/2012
		R	NR	
CH SOISSONS	228 349,00			228 349,00

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
--------------------	--

Etablissement évalué :	CH SOISSONS
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 19/04/2012
		R	NR	
CH SOISSONS	209 215,00			209 215,00

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.
--------------------	---

**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 soins) incluses dans les tarifs des GHS au titre de la qualité des soins.</p> <p>Les structures peuvent de plus percevoir les MERRI notamment variables (sur projet) dédiées à l'enseignement et à la recherche.</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 ETP de praticien hospitalier toutes les 500 consultations médicales et pour le personnel non médical de 0,6 ETP toutes les 1000 consultations médicales. Sur cette base, il conviendra d'adapter la composition de l'équipe aux spécificités des patients accueillis et aux techniques thérapeutiques réadaptatives dispensées. Ainsi pour une SDC totalisant entre 2000 et 2500 consultations externes annuelles, la MIG couvrira le coût complet moyen (salaire moyen chargé) de 1,4 ETP de PH et de 2,1 ETP de personnel non médical, total qui sera augmenté de 2% de frais de structure. - Les recettes issues des activités de consultations médicales externes, valorisées au coût standard, sont à retrancher de la dotation MIG.
------------------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 19/04/2012
		R	NR	
CH SOISSONS	261 070,00			261 070,00

Evaluation annuelle

Activité			Evolution 2011/2012	
	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 :	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, 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. 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 <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'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 retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 19/04/2012
		R	NR	
CH SOISSONS	59 169,00			59 169,00

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'Etat 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.
--------------------	--

**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 financés 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 - Elabore et conduit des évaluations Qualité selon des méthodes régionales (issues des RCL) 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 les 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, 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.</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>
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 19/04/2012
		R	NR	
CH SOISSONS	60 864,00			60 864,00

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			Remarques	
	OUI	NON	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. 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).</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>
--------------------	---

Etablissement évalué :	CH SOISSONS
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 (PDSES)

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 PDSES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDSES 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 PDSES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDSES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La PDSES 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 PDSES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDSES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDSES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDSES.
-----------------------------------	---

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
------------------------------------	---

Mesure		Mesures nouvelles 2012		Période couverte
		R	NR	
MIG				176 579,00
FIR	264 868,00			Jan. à Fév. 2012 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 PDSES 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 19/04/2012
		(Recalibrage) R	NR	
CH SOISSONS	143 541,00	25 419,00		168 960,00

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 :	CH SOISSONS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**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 gériatriques.
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 20/04/2012
		(Recalibrage) R	NR	
CH SOISSONS	142 491,00	24 269,00		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

Etablissement évalué :	CH SOISSONS
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 19/04/2012
		(Recalibrage) R	NR	
CH SOISSONS	1 193 663,00	-124 028,00		1 069 635,00

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 ?						
	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 hélicoptés
--------------------	--

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 19/04/2012
		(Recalibrage) R	JPE		
CH SOISSONS	26 708,00	39 876,00	-66 584,00	11 098,00	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

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

**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 19/04/2012
		(Transfert GCS) R	NR	
CH SOISSONS	45 083,00	-45 083,00		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 télé expertise, 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>
--------------------	---

Établissement évalué :	CH SOISSONS
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

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 NDHOS/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. 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 « frontalières » entre activité ambulatoire et activité d'hospitalisation</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 19/04/2012
		R	JPE	
CH SOISSONS	262 674,00	-262 674,00	43 779,00	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>
--------------------	--

Etablissement évalué :	CH SOISSONS
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 les établissements ex-DG - 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 (+ 80%) et CLCC (+ 70%). Cette pondération est susceptible d'évoluer dans les années à venir, puisque l'INCa doit définir des référentiels qui permettront d'identifier les établissements y appartenant ou pas. Temporairement, la solution retenue permet de tenir compte du rôle de chefs de file que jouent les CHU et les CLCC dans la structuration de l'offre régionale. - 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 médicaux. La part des rémunérations médicales des participants aux RCP dans les établissements ex-OQN restent en effet financés au titre des dispositifs conventionnels ou du FIQCS.
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE	
CH SOISSONS	0,00		51 523,00

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.
--------------------	---

Etablissement évalué :	CH SOISSONS
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 SOISSONS	0,00	311 738,00

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>
--------------------	--

Détail des bases AC

Etablissement : CH Soissons

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC	Libellé de la mesure notifiée	Bases + Mesures nouvelles 2012				
		Bases AC R au 01 01 2012	Plan AVC - coordination de la filière AVC	issue de la marge de manœuvre pour comblé la AC contractuali	Sécurité et qualité des soins (CREX)	Total AC au 13 avril 2012 (BP)
		R	R	NR	NR	R + NR
III Amélioration de l'offre de soins existante						
1 Actions de coopérations	Sécurité et qualité des soins (CREX)				8 684	8 684
2 Soutien à la démographie des professionnels de santé	Plan AVC-coordination de la filière AVC		55 000			55 000
V Investissements						0
2 Mesures régionales d'investissement	Contractualisation ARH-invest régional	422 434		27 566		450 000
Total		422 434	55 000	27 566	8 684	513 684

Agence Régionale de Santé de Picardie

Arrêté DROS-HOSPI n° 2012-150 portant fixation des montants des ressources d'assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, du Centre Hospitalier de SAINT QUENTIN pour l'exercice 2012

N° FINESS : 02 00000 63

N° FINESS ULSD : 02 000 9874

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 SAINT QUENTIN, 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 :

2 669 306 € pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences ;

128 557 € pour le forfait annuel relatif à l'activité de prélèvement d'organes ;

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 **15 387 702 €**.

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 **1 662 415 €**.

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 **10 888 232 €**, dont :

3 994 042 € au titre des missions d'intérêt général,

6 894 190 € 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 **444 413 €**, 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 LAON, 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 aux Recueils des Actes Administratifs de la Préfecture de l'Aisne et de la Préfecture de Région.

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

19 AVR 2019

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie et par
délégation,
La Sous-directrice de l'hospitalisation,

Céline VIGNE

Etablissement évalué :	CH ST QUENTIN	
Date d'évaluation :		
Mise à jour du document :	avr-12	

**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 19/04/2012
		R	NR	
CH ST QUENTIN	319 901,00			319 901,00

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

Établissement évalué :	CH ST QUENTIN
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**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 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 :	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 :	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>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€.</p> <p>In fine, pour réaliser les missions prévues (cf. périmètre de fonctionnement), il convient de calibrer la dotation de la manière suivante :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ETP</th> <th>Coût moyen structure</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PH</td> <td align="center">0,7</td> <td align="right">65 800</td> </tr> <tr> <td>Agent administratif</td> <td align="center">1</td> <td align="right">5 000</td> </tr> <tr> <td>Psychologue</td> <td align="center">1</td> <td align="right">56 000</td> </tr> <tr> <td>Total personnels</td> <td></td> <td align="right">156 800</td> </tr> <tr> <td>20% structure</td> <td></td> <td align="right">31 360</td> </tr> <tr> <td>Montant de base</td> <td></td> <td align="right">188 160</td> </tr> <tr> <td>Recettes titre 2 file active 300 patients</td> <td></td> <td align="right">6 900</td> </tr> <tr> <td>Total compensation</td> <td></td> <td align="right">181 260</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>si bilan neuro psy extérieurs demandés par la ville dépasse les 50 bilans</th> <th>ETP</th> <th>Coût moyen structure</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ETP Psychologue supplémentaire si bilan neuro psy extérieurs demandés par la ville dépasse les 50 bilans</td> <td align="center">0,2</td> <td align="right">11 200</td> </tr> <tr> <td>Total compensation</td> <td></td> <td align="right">192 460</td> </tr> </tbody> </table> <p>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.</p>		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	si 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
	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																																			
si 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																																			

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 19/04/2012
		R	NR	
CH ST QUENTIN	227 381,00 €			227 381,00 €

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 maladie 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 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 soins) incluses dans les tarifs des GHS au titre de la qualité des soins.</p> <p>Les structures peuvent de plus percevoir les MERRI notamment variables (sur projet) dédiées à l'enseignement et à la recherche.</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 ETP de praticien hospitalier toutes les 500 consultations médicales et pour le personnel non médical de 0,6 ETP toutes les 1000 consultations médicales. Sur cette base, il conviendra d'adapter la composition de l'équipe aux spécificités des patients accueillis et aux techniques thérapeutiques réadaptatives dispensées. Ainsi pour une SDC totalisant entre 2000 et 2500 consultations externes annuelles, la MIG couvrira le coût complet moyen (salaire moyen chargé) de 1,4 ETP de PH et de 2,1 ETP de personnel non médical, total qui sera augmenté de 2% de frais de structure. - Les recettes issues des activités de consultations médicales externes, valorisées au coût standard, sont à retrancher de la dotation MIG.
------------------------------------	--

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 19/04/2012
		R	NR	
CH ST QUENTIN	130 590,00 €			130 590,00 €

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>
--------------------	--

Etablissement évalué :	CH ST QUENTIN
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, 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. 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 <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'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 retraitement comptable, il conviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 19/04/2012
		R	NR	
CH ST QUENTIN	50 720,00 €			50 720,00 €

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'Etat 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 ST QUENTIN
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 :	<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 financés 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 - Elabore 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 les 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, 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.</p> <p>Avec l'aide d'outils de retraitements comptables, 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>
------------------------------------	---

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 20/04/2012
		R	NR	
CH ST QUENTIN	120 619,00			120 619,00 €

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. 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).</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>
--------------------	---

Etablissement évalué :	CH ST QUENTIN
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 (PDSES)

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 PDSES. L'établissement non éligible ou éligible au titre de la PDSES 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 PDSES n'exonère par l'établissement d'assurer toute prise en charge en urgence qui se présenterait à lui. La PDSES fait l'objet d'une graduation en fonction du niveau d'activité pour le socle de base notamment.
---------------------------------	---

Périmètre de financement :	La PDSES 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 PDSES. Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDSES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDSES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour toute ou partie de sa PDSES.
-----------------------------------	---

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 -
------------------------------------	---

Mesure	Etablissements	Mesures nouvelles 2012		Période couverte
		R	NR	
MIG			296 275,00 €	Jan. à Fév. 2012
FIR	444 413,00 €			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 PDSES 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 ST QUENTIN
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**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 gériatriques.
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 19/04/2012
		R	NR	
CH ST QUENTIN	#####	49 206,00 €		262 900 €

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

Etablissement évalué :	CH ST QUENTIN
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 19/04/2012
		R	NR	
CH ST QUENTIN	1 170 185,00 €	469 086,00 €		1 639 271 €

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 %	En nb	En %	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

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 19/04/2012
		R (RECALIBRAGE ET TRANSFERT)	JPE		
CH ST QUENTIN	77 407,00	-10 822,00	-66 585,00	11 098,00	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

Etablissement évalué :	CH ST QUENTIN
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

**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 19/04/2012
		R (Transfert GCS)	NR	
CH ST QUENTIN	50 227,00	-50 227,00		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 télé expertise, 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>
--------------------	---

Établissement évalué :	CH ST QUENTIN
Date d'évaluation :	
Mise à jour du document :	avr-12

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 NDHOS/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. 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 « frontalières » entre activité ambulatoire et activité d'hospitalisation</p>
------------------------------------	---

Etablissements	Base MIG au 01/01/2012	Mesures nouvelles 2012		Base R au 19/04/2012
		R	(ETP 2/12) JPE	
CH ST QUENTIN	257 818,00	-257 818,00	42 970,00	0,00

Evaluation annuelle

Activité	2011	2012	Evolution 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>
--------------------	--

Etablissement évalué :	CH ST QUENTIN
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 les établissements ex-DG - 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 (+ 80%) et CLCC (+ 70%). Cette pondération est susceptible d'évoluer dans les années à venir, puisque l'INCa doit définir des référentiels qui permettront d'identifier les établissements y appartenant ou pas. Temporairement, la solution retenue permet de tenir compte du rôle de chefs de file que jouent les CHU et les CLCC dans la structuration de l'offre régionale. - 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 médicaux. La part des rémunérations médicales des participants aux RCP dans les établissements ex-OQN restent en effet financés au titre des dispositifs conventionnels ou du FIQCS.
------------------------------------	--

Etablissement	Base MIG au 01/01/2012	JPE	
CH ST QUENTIN	0,00		152 395,00

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.
--------------------	---

Etablissement évalué :	CH ST QUENTIN
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 ST QUENTIN	0,00	739 923,00

Evaluation annuelle

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

Objectifs :	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.
--------------------	---

Détail des bases AC

Etablissement : CH Saint-Quentin

Typologie des AC dans ARBUST MIGAC	Libellé de la mesure notifiée	Bases + Mesures nouvelles 2012							
		Bases AC R au 01 01 2012	Débasage mesures diverses (ajustement des bases)	Plan AVC - coordination de la filière AVC	Mesure issue de la marge de manœuvre pour combler la AC contractualisée	Compensation réforme AME 2012	Recrutements d'apprentis préparateurs en pharmacie	Sécurité et qualité des soins (CREX)	Total AC au 13 avril 2012 (BP)
		R	R	R	NR	NR	NR	NR	R + NR
III Amélioration de l'offre de soins existante									
1 Actions de coopérations	Sécurité et qualité des soins (CREX)							8 684	8 684
2 Soutien à la démographie des professionnels de santé	Plan AVC-coordination de la filière AVC			55 000					55 000
	Recrutements d'apprentis préparateurs en pharmacie						6 000		6 000
V Investissements									
1 Mesures nationales d'investissement	Hôpital 2007	4 149 431							4 149 431
2 Mesures régionales d'investissement	PPRI-investissement régional	2 147 424							2 147 424
	Contract ARH-invest régional (échographe)	18 780	-18 780						
	Contract ARH-invest régional (aide rég)				500 000				500 000
VI Autres									
2 Divers	Compensation réforme AME 2012					27 651			27 651
Total		6 315 635	-18 779	55 000	500 000	27 651	6 000	8 684	6 894 190