



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

**Rapport 2010 au Parlement
sur les missions d'intérêt général
et l'aide à la contractualisation
des établissements de santé**

SOMMAIRE

1^{ère} PARTIE - Présentation du cadre juridique de la dotation MIGAC et de l'évolution de son enveloppe..... 5

1. Un cadre juridique détaillé qui favorise la transparence et s'adapte aux besoins..... 5

1.1. Les missions d'intérêt général (MIG)..... 5

1.1.1. Les MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation 5

1.1.2. Les autres missions d'intérêt général..... 6

1.2. Les aides à la contractualisation (AC)..... 7

2. Evolution du volume et de la répartition de la dotation nationale de financement des MIGAC depuis 2006..... 8

2.1. Un rythme annuel de progression en volume, à périmètre constant, proche de celui de l'ONDAM 8

2.2. Les effets de champ aboutissent à un poids élargi au sein de l'ONDAM hospitalier 9

2.3. Le périmètre des MIGAC a évolué plus fortement que celui de l'enveloppe MERRI 10

2.4. Une part minime mais accrue des établissements ex-OQN 11

2^{ème} PARTIE - Une construction des dotations MIGAC plus transparente sous l'effet du renforcement des modélisation..... 12

1. Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) ..12

1.1. L'achèvement de la réforme du modèle de financement des MERRI en 2010 12

1.2. La mesure des résultats et l'appel à projets, logiques de la réforme du financement des MERRI 14

1.3. Les perspectives d'évolution : une plus grande cohérence du périmètre des MERRI..... 14

2. Les autres missions d'intérêt général15

2.1. La diversité des activités financées suppose un travail de modélisation de long terme.... 15

2.2. Les améliorations apportées au modèle de financement des « autres MIG » 16

2.3. Les perspectives de rationalisation des dotations..... 17

3. Les aides à la contractualisation : une vocation d'appui aux transitions19

3.1. La modernisation de l'offre de soins : les plans Hôpital 2007, Hôpital 2012 et les enjeux de l'investissement..... 19

3.2. Le soutien aux restructurations et l'accompagnement des établissements déficitaires.... 20

3.3. Les crédits d'aide à la contractualisation, leviers des politiques régionales de santé 21

3^{ème} PARTIE - Une répartition et un pilotage plus efficients.....22

1. La contribution des MIGAC à la régulation macro-budgétaire22

2. Les modalités de la contractualisation et du pilotage : une logique de subsidiarité ..23

2.1. Le suivi national de l'allocation des dotations : principes, méthodes et outils 23

2.2. Un pilotage régional fondé sur la contractualisation 24

2.3. Vers la mise en œuvre d'une évaluation de l'efficacité des dotations..... 25

2.3.1.	L'évaluation externe.....	25
2.3.2.	L'évaluation interne	25

3. Une volonté de rééquilibrage intra et inter régionale des dotations26

3.1.	Le rééquilibrage géographique des marges de manœuvre régionales (aide à la contractualisation).....	26
------	---	----

3.2.	Le rééquilibrage géographique des missions d'intérêt général à caractère régional.....	27
------	--	----

ANNEXES30

<i>Annexe 1 : Données quantitatives</i>	31
---	-------	----

<i>Annexe 1.1 : Principales mesures nouvelles 2010 de la dotation MIGAC</i>	31
---	-------	----

<i>Annexe 1.2 : Dotations nationales et délégations régionales 2009 aux établissements par MIG.</i>	31
---	-------	----

<i>Annexe 2 : Tableau synoptique des MIGAC</i>		63
--	--	----

<i>Annexe 3 : Textes juridiques</i>		67
-------------------------------------	--	----

<i>Annexe 4 : Synthèse du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur le financement de la recherche de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé. Rapport établi par Pierre-Louis Bras et Dr Gilles Duhamel – novembre 2009</i>		77
---	--	----

DOSSIER ANNEXE AU RAPPORT :

Dotations MIGAC allouées en 2009 par les agences régionales de l'hospitalisation aux établissements de santé, détaillées par mission d'intérêt général (MIG) et par rubrique d'aide à la contractualisation (AC)

Introduction

Le financement par une dotation nationale des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation est indissociable de la construction du modèle de financement des établissements de santé par la tarification à l'activité (T2A) tel qu'il a été pensé dès l'origine.

La T2A comporte en effet deux volets complémentaires :

- le financement de l'activité de diagnostic, de traitement et de soins par des tarifs nationaux de prestation et des forfaits nationaux ; les ressources des établissements sont ainsi allouées en fonction du volume et de la nature de leur activité ; ce mécanisme incite l'ensemble des acteurs publics et privés à améliorer leur productivité en réduisant leurs coûts via le développement d'outils de pilotage interne (comptabilité analytique par séjour, pilotage médico-économique) et à définir une stratégie d'optimisation de leurs dépenses tenant compte de leur niveau de recettes prévisionnel ;
- la compensation de charges liées à l'accomplissement de missions d'intérêt général et à la contractualisation par une dotation ad hoc ; le législateur a entendu, au travers de la création de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) maintenir des sources de financement en dehors du principe général de la tarification à l'activité ; il a reconnu que les ressources d'un certain nombre de missions ne devaient pas être soumises aux variations de l'activité réalisée ; en effet, les activités des établissements de santé ne se limitent pas à des activités quantifiables à travers les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et facturables à l'assurance maladie ; cette notion de mission d'intérêt général n'est pas propre au système français et tous les systèmes étrangers de tarification à la pathologie les plus importants prévoient de telles modalités complémentaires de financement. Elle ne signifie pas pour autant que les dotations ne doivent pas prendre en compte les différences entre établissements, en termes d'activité ou de résultats.

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 consacre cette logique lorsqu'elle précise les contenus des quatorze missions de service public et les conditions de leur attribution aux établissements de santé. Le champ des missions de service public et celui des missions d'intérêt général ne sont pas identiques même s'ils se recoupent, notamment parce que les MIG portent également sur le financement des plans de santé publique.

En 2009, la dotation nationale de financement des MIGAC fixée dans le cadre de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) représentait 15,14 % (soit 7 694 M€) des ressources de l'assurance maladie (total des enveloppes ODMCO et MIGAC) allouées aux établissements soumis à la tarification à l'activité (T2A), contre 13,5 % en 2008. Cette progression s'explique notamment par la création de deux nouvelles dotations MIG en contrepartie d'une réfaction de la masse tarifaire au sein de l'enveloppe ODMCO à hauteur de 737 M€, pour le financement de la permanence des soins hospitalière et de la prise en charge des patients en situation de précarité, ainsi que par le passage du service de santé des armées en T2A qui a conduit à transformer une partie de la DAF en MIGAC.

Sur la base de cette dotation nationale, 7 678,76 M€ ont été notifiés aux agences régionales d'hospitalisation (ARH), compte tenu des dotations « hors régions » (délégation de MIGAC aux hôpitaux du service de santé des armées) et d'un gel exceptionnel de 15 M € opéré pour contribuer au respect de l'ONDAM.

Enfin, le montant total des crédits notifiés aux établissements de santé par les ARH s'élève à 7 678,08 M€ soit un taux de consommation des dotations avoisinant 100 %.

En 2010, la dotation nationale de financement des MIGAC s'élève à 8 142 M€ soit une progression de 5,8 % par rapport à la dotation 2009. Elle représente 15,53 % du total des enveloppes ODMCO et MIGAC alloués aux établissements soumis à la T2A. Une part de cette augmentation s'explique par le passage en T2A des établissements de Guyane et par le transfert correspondant d'une partie de la DAF en MIGAC.

Afin de permettre au Parlement et aux fédérations nationales des établissements de santé publics et privés de disposer d'informations sur l'utilisation des dotations affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC), l'article L 162-22-13 du code de la sécurité sociale prévoit la transmission avant le 15 octobre de chaque année d'un bilan relatif à ces dernières. *« Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des MIGAC [...], de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement, ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements. »*

Le rapport 2009 au Parlement sur les MIGAC rappelait que, à l'instar du financement par la tarification à l'activité dans son ensemble, la dotation MIGAC constitue un outil privilégié pour une allocation de moyen plus efficiente, comme en témoigne son appropriation par les ARH dans le cadre de la contractualisation avec les établissements.

Outre un bilan de l'année 2009 fondé sur des données exhaustives et une comparaison avec les premières données disponibles à ce stade pour 2010, le présent rapport s'attache à présenter, d'une part, la rationalisation de la construction des dotations qui a été menée depuis cinq ans, processus continu, et, d'autre part, les principes et illustrations du pilotage et de la répartition géographique des dotations.

1^{ère} PARTIE

Présentation du cadre juridique de la dotation MIGAC et de l'évolution de son enveloppe

1. Un cadre juridique détaillé qui favorise la transparence et s'adapte aux besoins

La diversité des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation explique que le législateur ait souhaité les délimiter et les ordonnancer de façon précise. Sont distinguées ainsi :

- 1 d'une part, les missions d'intérêt général (MIG) telles que les prévoient les articles D162-6 à D162-7 du code de la sécurité sociale, elles-mêmes réparties en deux catégories, les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) et les autres missions d'intérêt général ;
- 2 d'autre part, l'aide à la contractualisation.

Un tableau synoptique de l'ensemble des MIGAC est présenté en annexe 2.

1.1. Les missions d'intérêt général (MIG)

La liste des missions d'intérêt général est fixée par un arrêté mis à jour régulièrement. Au titre de l'année 2010, cette mise à jour a été effectuée par l'arrêté du 24 février 2010 qui modifie celui du 13 mars 2009 (cf. annexe 3.3).

1.1.1. Les MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

Historiquement, la dotation des MERRI correspond à la compensation des dépenses liées aux activités de recherche et d'enseignement qui se traduisait pour certains hôpitaux par un abattement forfaitaire de 13% appliqué au calcul du coût du point ISA (indice synthétique d'activité), coût qui était utilisé avant le passage à la T2A pour moduler la dotation globale des établissements,

A compter de la campagne 2008, cette base budgétaire « historique » a été revue à l'occasion de la réforme du calcul de la dotation financière des MERRI. La réforme a connu une montée en charge rapide et est quasiment achevée en 2010, un an avant la date initialement prévue. La dotation est désormais répartie en trois parts, dont chacune est construite selon des critères propres :

① la part fixe, proportionnelle à certaines dépenses de personnel médical, aux charges du plateau médico-technique et à certaines charges d'infrastructure ;

② la part modulable, calculée en fonction d'indicateurs relatifs à la dynamique et à la valorisation de la recherche, ainsi qu'au nombre d'étudiants ;

③ la part variable qui recouvre à la fois le financement de structures de soins labellisées, celui des activités donnant lieu à des appels à projets et celui des activités de soins réalisées à titre expérimental ou non couvertes par les nomenclatures ou les tarifs .

La liste des MERRI financées par cette dernière part est précisée au 1° de l'article D162-6 du code de la sécurité sociale et couvre les champs suivants :

- la recherche médicale et l'innovation, notamment la recherche clinique (ex : structures d'appui à la recherche clinique) ;
- l'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux (ex : téléenseignement) ;
- la recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours (ex : centres de référence pour la prise en charge des maladies rares) ;
- les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs (ex : laboratoires de génétique).

1.1.2. Les autres missions d'intérêt général

Ces missions figurent aux 2°, 3° et 4° de l'article D162-6 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à l'article D 162-7 du même code.

Leur liste, telle que fixée depuis l'arrêté du 24 février 2010, recouvre les activités suivantes des établissements de santé :

- La participation aux missions de santé publique :
 - ✓ vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise réalisées par des centres de référence (ex : centres antipoison, observatoire national de la fin de vie, centres de coordination des soins en cancérologie...);
 - ✓ formation, soutien, coordination et évaluation des besoins du patient réalisés par des équipes pluridisciplinaires (ex : équipes mobiles de soins palliatifs) ;
 - ✓ collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine, pour la part non couverte par des tarifs de cession (ex : conservation des gamètes et des embryons) ;
 - ✓ dispositifs favorisant le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci (ex : réseaux de télésanté) ;
 - ✓ dépistage anonyme et gratuit (ex : centres de dépistage anonyme et gratuit – CDAG-) ;
 - ✓ prévention et éducation pour la santé (ex : actions de prévention et d'éducation thérapeutique) ;
 - ✓ conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes (ex : centres nationaux d'éthique) ;
 - ✓ veille sanitaire, prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles;
 - ✓ intervention d'équipes pluridisciplinaires (ex : consultations mémoires, actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie...);
 - ✓ aide médicale urgente (ex : SAMU/SMUR).
- La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques dans les domaines suivants :
 - ✓ politique hospitalière (ex : participation à l'étude nationale de coûts-cf. rapport au parlement sur la tarification à l'activité) ;
 - ✓ dialogue social dans le secteur hospitalier ;
 - ✓ coopération internationale en matière hospitalière.
- La permanence des soins hospitalière.
- La prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité.

- La prise en charge sanitaire des détenus (ex : unités de consultation et de soins ambulatoires).
- La prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé.
- La prise en charge spécifique des patients en situation de précarité.

Le point commun de l'ensemble de ces activités est la difficulté ou l'impossibilité de les financer par des tarifs dans le cadre du modèle actuel : soit en raison de l'absence de groupes homogènes de séjour (GHS) ou de codifications adaptées dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ; soit parce qu'elles peuvent difficilement être rattachées à un patient donné.

La liste des missions d'intérêt général, des MERRI et des autres MIG, a été modifiée depuis 2005 (cf. tableau synoptique en annexe 2) et continue d'évoluer :

- Les suppressions dans cette liste correspondent la plupart du temps au transfert de leur financement de la dotation MIG vers les tarifs (par exemple, les activités liées aux greffes, les activités de court séjour gériatriques, le financement des implants cochléaires...). Ces évolutions interviennent à l'issue d'un travail préalable d'expertise, de modélisation et d'échange avec les professionnels concernés par ces activités.
- Les créations dans cette liste traduisent généralement la nécessité de mieux identifier certaines missions pour leur associer un financement spécifique, parfois en vue d'une évolution des modalités de financement. Ainsi, dans le cadre de la campagne 2010, le financement de la prise en charge des patients en cancérologie, compris l'année précédente au sein de la seule mission « actions de coordination et pratiques de soins spécifiques en cancérologie », est scindé entre celui de la mission « centres de coordination des soins en cancérologie », d'une part, et celui de la mission « actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie », d'autre part. Cet aménagement vise à améliorer la lisibilité des financements affectés à des actions distinctes, dans l'esprit du plan national de lutte contre le cancer.
- D'autres créations de MIG ont résulté de modification du vecteur de financement par transfert des tarifs vers les MIGAC. Il s'agit du financement des surcoûts liés à la prise en charge de patients précaires et du financement de la permanence des soins hospitalière, en 2009. Ces thèmes sont développés dans la 2^{ème} partie du rapport.

1.2. Les aides à la contractualisation (AC)

L'aide à la contractualisation a été conçue de manière à financer ponctuellement et temporairement les établissements de santé pour qu'ils puissent mettre en œuvre les adaptations de l'offre de soins, ainsi que pour accompagner la montée en charge du modèle de financement T2A.

Parallèlement, l'évolution de cette dotation manifeste à la fois le souhait de développer la marge de manœuvre des ARH/ARS, et donc leur capacité à orienter l'organisation de l'offre de soins des établissements au plus près des besoins des territoires, ainsi que la volonté de disposer d'un outil privilégié pour procéder aux nécessaires rééquilibrages interrégionaux des moyens.

Enfin, le rythme de croissance de l'enveloppe d'aide à la contractualisation a connu une nette décélération : très soutenu à l'origine, il ralentit sensiblement pour s'établir à 4,2 % en 2009, contre 10,1% en 2008 et plus de 36% en 2007.

Il est demandé aux ARS de déléguer ces crédits aux établissements à titre non reconductible, afin de pouvoir les reconsidérer chaque année.

En résumé, tout en rappelant que les composantes AC des MIGAC ont des contours souples afin de permettre aux ARS d'en optimiser l'usage, ces dotations sont gérées selon une typologie des ressources qui distingue six catégories d'AC :

- Développement de l'activité (aide au démarrage d'une activité ou aide au développement d'une activité déjà existante en attendant que les recettes tarifaires permettent à l'établissement de financer les charges afférentes) ;
- Maintien d'une activité déficitaire identifiée comme telle dans le SROS (absence d'équilibre économique de l'activité, sous-densité de l'offre) ;
- Amélioration de l'offre existante (renforcement de moyens) ;
- Restructurations et soutien aux établissements déficitaires (dans le cadre d'un contrat de retour à l'équilibre financier par exemple, il s'agit d'accompagner sur du court terme les réformes structurelles nécessaires au redressement financier à long terme) ;
- Investissements ;
- Autres aides (compensation temporaire de l'effet revenu lié à un changement du modèle tarifaire, développement de la culture à l'hôpital, politiques ponctuelles telles que le développement du nombre d'internes accueillis en stage).

2. Evolution du volume et de la répartition de la dotation nationale de financement des MIGAC depuis 2006

Le volume et la répartition de la dotation nationale de financement des MIGAC (crédits effectivement notifiés aux établissements par les agences régionales) ont évolué de manière significative depuis sa création. Cette partie présente les grandes évolutions en masse.

2.1. Un rythme annuel de progression en volume, à périmètre constant, proche de celui de l'ONDAM

La progression de la dotation de financement des MIGAC à périmètre constant suit un rythme comparable, voire inférieur, à celle de l'ONDAM. Ainsi, si l'on apprécie le taux d'évolution de la dotation MIGAC en termes budgétaires, soit au regard de la base annuelle, la progression est de 3,16% en 2009, contre 2,80 % en 2007 et en 2008, le taux de progression 2010 étant fixé à 2,83 %. Cette approche permet de comparer la progression de l'enveloppe en neutralisant les effets de périmètre, notamment les débasages et l'entrée de nouveaux établissements dans le champ de la T2A (Service de santé des armées en 2009, Guyane en 2010¹). Cette progression apparaît du même ordre de grandeur que l'évolution de l'ONDAM.

¹ L'entrée de nouveaux établissements dans le champ de la T2A aboutit à transférer un volume de DAF, d'une part vers l'enveloppe tarifaire, d'autre part vers les MIGAC. Il en résulte un effet de champ sans effet réel sur la structure des financements ou des missions.

2.2. Les effets de champ aboutissent à un poids élargi au sein de l'ONDAM hospitalier

Si la dotation de financement des MIGAC est considérée en valeur, c'est-à-dire sans neutraliser ces effets de champ, elle a fortement progressé en même temps que montait en charge la tarification à l'activité des établissements de santé, entre 2004 et 2008. Le rythme de progression a toutefois ralenti et la progression continue d'être maîtrisée, nonobstant une variation à la hausse en 2009 qui s'explique par l'extension du champ des missions financées (cf. tableau 3, *infra*).

Ainsi, la dotation nationale de financement des MIGAC a atteint 7,694 milliards d'euros en 2009, soit une progression de 16,4 % par rapport à 2008. Ce taux d'évolution nominal était de 6,1 % en 2008, 9,7 % en 2007, 11,3 % en 2006 et 15,4 % en 2005.

Cette rupture dans la décélération du rythme de progression de la dotation s'explique par la création, à hauteur de 737 M€, de deux missions d'intérêt général auparavant financées par les tarifs des prestations de séjours à compter du 1^{er} mars 2009 : la permanence des soins hospitaliers (PDSH) et les dépenses spécifiques liées à la prise en charge de patients en situation de précarité. Si l'effet de cette enveloppe abondée par un transfert depuis l'ODMCO est neutralisé, le taux d'évolution de la dotation nationale des MIGAC se réduit à 5,2% en 2009, c'est-à-dire qu'il confirme la tendance pluri-annuelle au ralentissement de sa progression.

Pour 2010, la dotation nationale des MIGAC a été fixée à 8,142 milliards d'euros, soit une progression de 5,8 % par rapport à la dotation notifiée en 2009, et conserve ainsi un rythme contenu.

Tableau 3 : Evolution de la dotation nationale des MIGAC de 2006 à 2010

	2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009
Evolution de la dotation nationale MIGAC	+ 9,7%	+ 6,1%	+ 16,4%	+ 5,6%
Evolution de la base	+ 2,8%	+ 2,8%	+ 3,2%	+ 2,8%
Evolution de l'ONDAM hospitalier	+ 3,1%	+ 3,0%	+ 2,8%	+ 2,8%

Source : DGOS et éco-santé

S'agissant de la part des MIGAC dans l'ONDAM hospitalier, on constate logiquement une progression de la dotation MIGAC au sein de l'ONDAM hospitalier puisque ce poids représentait les proportions suivantes : 8,2 % en 2005, 8,9% en 2006, 9,3 % en 2007, 9,9% en 2008 et 11,2 % en 2009, soit une progression de 1,3 point par rapport à l'année précédente dont l'importance relative s'explique par l'élargissement du périmètre des MIG déjà évoqué. Pour 2010, la dotation MIGAC a été arrêtée à presque 11,6 % de l'ensemble de l'ONDAM hospitalier.

S'agissant de la part de la dotation MIGAC au sein du sous-objectif de l'ONDAM « Etablissements de santé tarifés à l'activité », elle a évolué comme indiqué dans le tableau 4 ci-dessous. Ce calcul permet de neutraliser les effets de champ liés au passage à la T2A d'un nombre croissant d'établissements.

Tableau 4 : Evolution de la part de la dotation des MIGAC (réalisations)

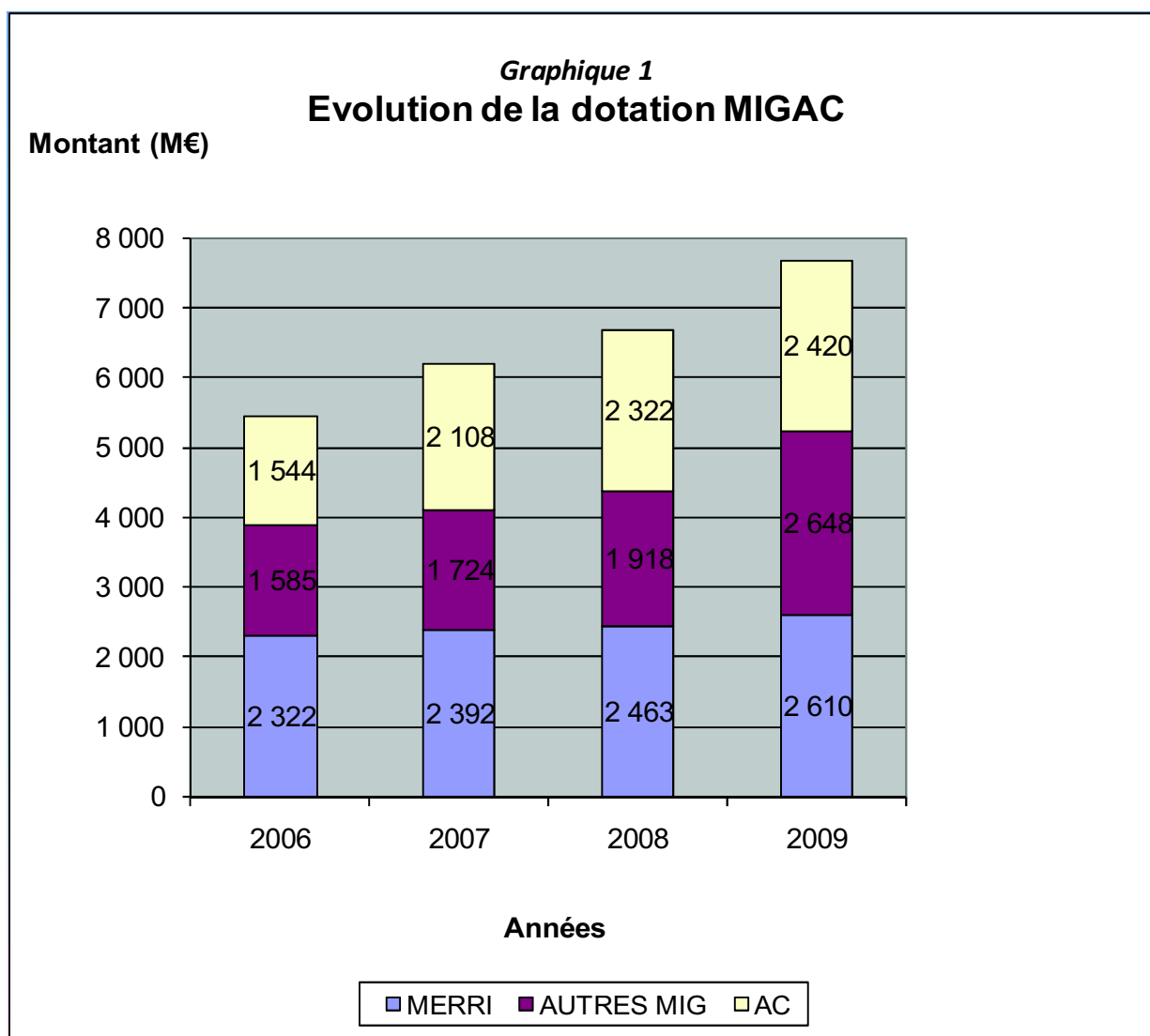
	2006	2007	2008	2009
Part de la dotation MIGAC dans l'ONDAM hospitalier ²	8,9%	9,3%	9,9%	11,2%
Part de la dotation MIGAC dans le sous-objectif « Etablissements de santé tarifés à l'activité » ³	12,1%	12,7%	13,5%	15,0%

Source : DGOS et éco-santé

² Total des enveloppes ODMCO, MIGAC, ODAM et OQN.

³ Total des enveloppes ODMCO et MIGAC

2.3. Le périmètre des MIGAC a évolué plus fortement que celui de l'enveloppe MERRI



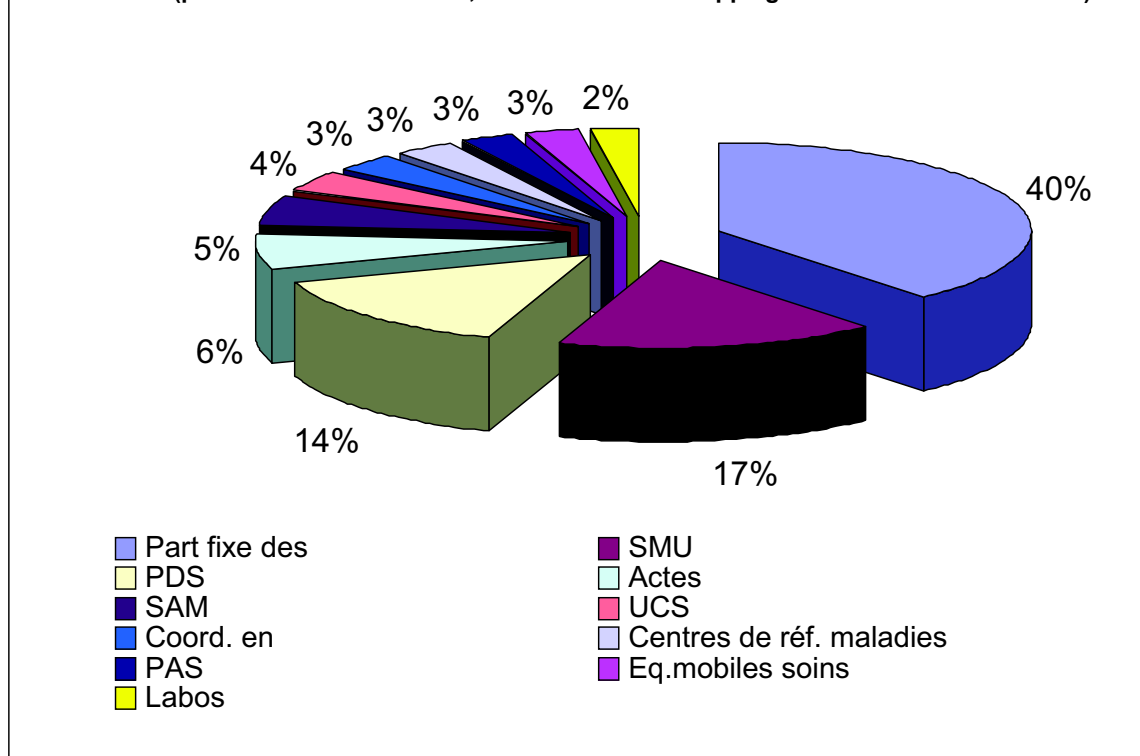
Source: ARBUST MIGAC, 2006-2009 (ATIH/DGOS)

Le graphique 1, ci-dessus, montre que la part des MERRI au sein de la dotation nationale est passée de 42,6 % en 2006 à 34% en 2009, du fait de la réforme de leur mode de calcul amorcée en 2008.

La part des autres MIG a augmenté sur la même période de 29,1 % à 34,5 %, traduisant l'extension du champ des missions financées.

Les aides à la contractualisation, quant à elles, ont connu une croissance de leur part relative plus modérée, de 28,3 % à 31,5 %, croissance due en particulier à un effort d'investissement et à la nécessité de soutenir des activités nécessaires mais déficitaires, car « perdantes » à la T2A.

Graphique 2
Les 11 principales MIG 2009 en valeur
 (pour un total de 3 879 M€, soit 74 % de l'enveloppe globale MERRI + autres MIG)



Source: ARBUST MIGAC 2009 (ATIH / DGOS)
 Note : Voir la liste des sigles dans le glossaire

Dans le graphique 2, ci-dessus, la répartition par mission permet de faire apparaître que la part dite « fixe » des MERRI reste néanmoins la première enveloppe puisqu'elle représente à elle seule plus de 1 494 M€. Vient ensuite l'aide médicale urgente, principalement le financement des SMUR et des SAMU, à hauteur de 16,4 % de l'ensemble des MIG (19% en 2008).

La PDSH et la prise en charge des patients en situation de précarité, représentent 737 M€, soit 14,3 % de l'enveloppe MIG globale.

L'allocation de ressources pour les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou par la dispensation de soins non couverts par la nomenclature ou les tarifs (« actes HN »), au titre des MERRI, s'élève à 8,4 % de la dotation globale des MIG (contre 10 % en 2008).

2.4. Une part minime mais accrue des établissements ex-OQN

En 2009, 1,3 % de la dotation MIGAC, soit 102 M€, ont été alloués aux cliniques privées (établissements ex-OQN), contre 1% de cette dotation en 2008. Il s'agit donc d'une part marginale, mais dont la progression est sensible et continue, puisque cette part de la dotation MIGAC allouée aux établissements ex OQN était de 0,4 % en 2005 (soit 53 M€), 0,7 % en 2006 et 0,9 % en 2007.

2^{ème} PARTIE

Une construction des dotations MIGAC plus transparente sous l'effet du renforcement des modélisations

La modélisation des MIGAC contribue à plus de transparence, d'équité et d'homogénéité dans l'allocation des moyens. Elle favorise la contractualisation et le contrôle par les ARS. C'est la raison pour laquelle le ministère continue de développer les référentiels et les modèles servant de base à l'allocation des moyens.

1. Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI)

Au sein des missions d'intérêt général, les missions hospitalo-universitaires ont une spécificité propre dont les enjeux dépassent le champ de la santé publique.

Avant la mise en place de la T2A, cette particularité était traitée par l'attribution d'un taux d'abattement quasi uniforme de 13% aux établissements assurant par nature des missions d'enseignement et de recherche, soit les centres hospitaliers régionaux, universitaires ou non, et les centres de lutte contre le cancer. Cette minoration visait à neutraliser les surcoûts induits par ces missions (enseignement aux étudiants hospitaliers, recherche clinique académique, obligation de disposer d'équipements à la pointe du progrès technique, mise en œuvre de protocoles induisant des coûts de biologie ou de médicaments supplémentaires, etc.) pour pouvoir ensuite mesurer, toutes choses égales par ailleurs, la valeur de leur point ISA, et la comparer à celle des autres catégories d'établissements.

Le montant correspondant aux abattements appliqués aux établissements était estimé au total à 1,74 milliards d'euros en 2001.

En 2004, considérant que ce montant correspondait à l'effort financier que l'assurance-maladie consacrait effectivement au financement de ces missions, il a été décidé d'en pérenniser le principe, dans le cadre du nouveau modèle de tarification et de transformer l'abattement en enveloppe budgétaire. Restait toutefois à opter pour une méthode de répartition entre les établissements prenant plus largement en compte le niveau d'activité et de résultats. Le nouveau modèle d'allocation des MERRI mis en œuvre à compter de 2008 répond à cet objectif.

1.1. L'achèvement de la réforme du modèle de financement des MERRI en 2010

- Entre 2005 et 2007, les MERRI étaient financées par deux types de dotations :
 - ① Une part fixe, calculée sur une base historique, dans la logique des « 13% », même si ce taux était modulé en fonction de la catégorie de l'établissement ;
 - ② Une part variable, dotant les missions d'enseignement, de référence, de recours et d'innovation telles que retenues par les textes réglementaires.

Au total, l'enveloppe MERRI atteignait 2,3 milliards d'euros, recouvrant les montants identifiés en 2004 et 640 millions d'euros au titre de la part variable.

La réforme du modèle de financement des MERRI, mise en place à partir de 2008, affecte les dotations de l'ensemble des missions, à l'exception notable de celles qui relèvent d'une compensation de dépenses qui pourraient être financées à l'activité mais qui ne sont pas couvertes par une nomenclature : les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et les actes dentaires, de biologie et d'anatomo-pathologie hors nomenclature (HN). Ces deux dernières missions sont donc financées de manière distincte, à l'instar des « autres MIG ».

Une nouvelle étape de la réforme du financement des MERRI a introduit trois types de dotations :

- ① Une part dite fixe, calculée au prorata de certaines charges des établissements assurant des missions d'enseignement, de recherche et d'innovation⁴, à partir des données de leur comptabilité analytique (dépenses au titre du personnel médical et du plateau médico-technique, quote-part des charges générales) ;
- ② Une part modulable, évoluant en fonction d'indicateurs de moyens et de résultats, en particulier le nombre d'étudiants, les publications scientifiques et les brevets déposés ;
- ③ Une part variable, finançant les missions énumérées dans les textes, notamment des structures de référence et de recherche clinique, et les crédits non reconductibles affectés à des appels à projets (PHRC).

Les objectifs de cette réforme étaient de :

- faire coïncider les financements avec des indicateurs objectivables ;
- lisser progressivement le montant de l'enveloppe afférente à la part fixe pour en transférer une grande partie au sein des parts modulable et variable ;
- inciter les établissements à investir dans la recherche et l'enseignement et favoriser une logique de mise en concurrence sur le principe des appels à projet.

Le nouveau mode de financement des MERRI a entraîné des écarts parfois importants (dans les deux sens) entre les allocations versées « historiquement » et les allocations déterminées par le nouveau modèle. Ces écarts ne pouvant pas être soutenus par les établissements en une seule année, la mise en œuvre de la réforme a donc été progressive. La prise en charge des effets revenus, recalculés au fur et à mesure de l'avancée des travaux sur l'intégration dans le modèle de nouveaux critères de répartition de la part modulable était initialement prévue sur une durée de quatre ans (15% de l'écart la première année en 2008, 35% la deuxième année, 65% la troisième année et 100% la dernière année, soit 2011).

La volonté d'accélérer la montée en charge de cette réforme a conduit à appliquer le modèle à hauteur de 90 % pour tous les établissements dès 2010. Il sera mis en œuvre intégralement en 2011, sans compensation des effets revenus.

⁴ Les établissements de santé liés par convention avec une université, conformément à l'article L. 6142-5 du code de la santé publique.

1.2. La mesure des résultats et l'appel à projets, logiques de la réforme du financement des MERRI

Les logiques de ce nouveau modèle de financement peuvent se décliner comme suit :

- incitation au développement d'une recherche de qualité ;
- équité, c'est-à-dire ajustement de la dotation en fonction des éléments liés à l'activité et à la production de recherche ;
- valorisation et diffusion de l'innovation ;
- accompagnement du développement de « pôles de recherche », au plan géographique.

Le système de répartition des MERRI en trois parts, l'utilisation d'indicateurs internationalement reconnus (et discutés avec les acteurs du terrain au niveau national) et le recours à des expertises scientifiques indépendantes des projets garantissent l'égal accès de tous les établissements à ces financements. Ces financements sont bien proportionnels à l'effort de recherche en termes d'investissement et de résultats produits.

Le modèle est également évolutif : le poids relatif des différents indicateurs de la part modulable (publications, étudiants, brevets) peut ainsi se modifier et le modèle lui-même s'enrichir de nouveaux indicateurs.

L'ensemble des évaluations conditionnant le calcul des dotations est réalisé chaque année, assurant ainsi un financement au plus près de l'effort de recherche effectif des établissements.

1.3. Les perspectives d'évolution : une plus grande cohérence du périmètre des MERRI.

Afin d'optimiser la dotation des MERRI, les travaux se poursuivent, car il s'agit de perfectionner son calcul et son mode de répartition.

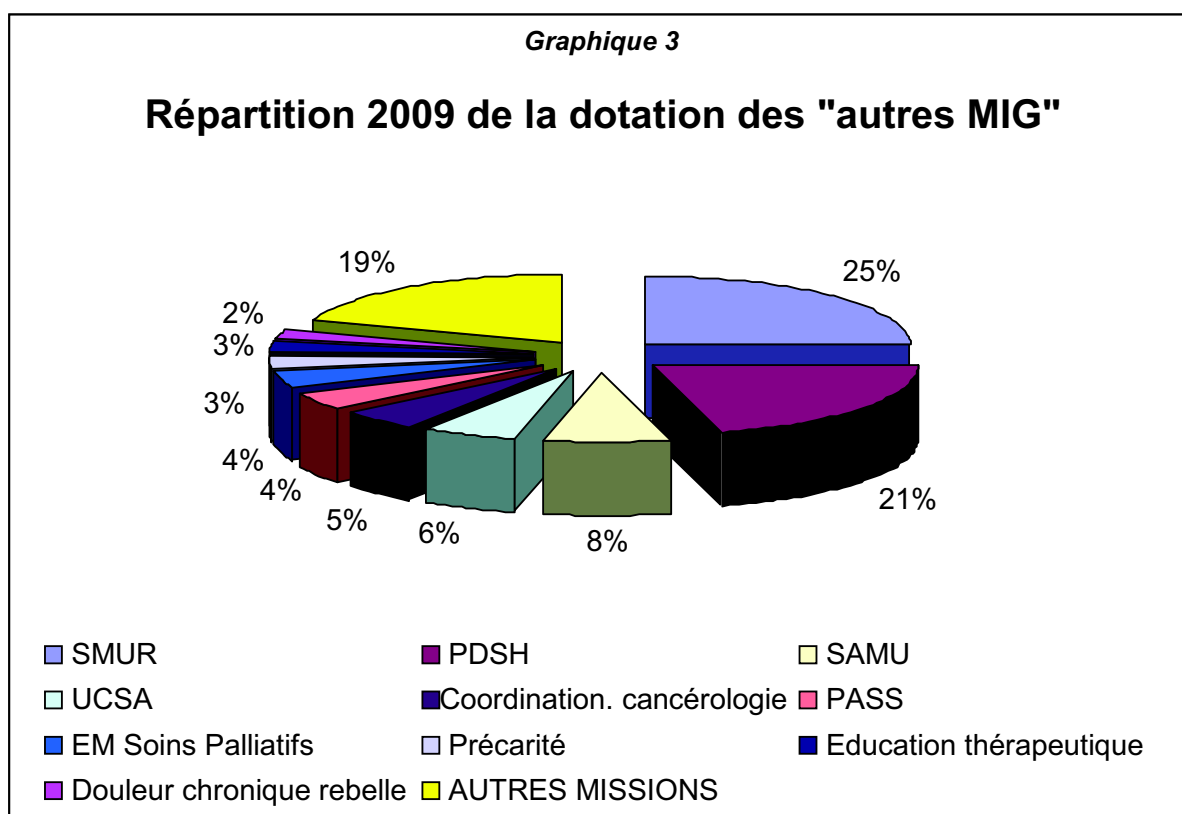
Cette évolution vers une prise en compte plus affinée des missions liées à une dynamique universitaire vise à contribuer à une véritable politique de structuration de la recherche clinique et de l'innovation dans les établissements de santé, conformément aux orientations préconisées par l'IGAS dans son rapport sur le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé (cf. annexe 4).

Le financement des réformes à venir pourrait s'opérer par un redéploiement des moyens de la part fixe vers la part modulable, afin d'alimenter des délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC) et des unités de méthodologie (UM). Le réajustement du versement au titre des centres d'investigation clinique (CIC) devrait permettre le financement de centres de recherche clinique (CRC) et la gestion des effets revenus par redéploiement des économies.

2. Les autres missions d'intérêt général

2.1. La diversité des activités financées suppose un travail de modélisation de long terme

- En 2009, ce sont 51 missions d'intérêt général autres que les MERRI qui sont financées par la dotation nationale (cf. tableau synoptique en annexe 2). Le graphique 3, ci-dessous, montre que 10 d'entre elles, soit 20 % des missions, bénéficient de 2,132 milliards d'euros, soit 81 % du financement des « autres MIG ».



Source: ARBUST MIGAC 2009 (ATIH / DGOS)

Le financement des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) représente à lui seul un quart de la valeur de la dotation des « autres MIG » et celui de la permanence des soins hospitalière (PDSH), institué en 2009 par transfert depuis la masse tarifaire, plus d'un cinquième.

Pour des valeurs moindres, apparaissent en troisième et quatrième rangs la dotation de financement des SAMU et celle visant à compenser la prise en charge hospitalière des patients en situation de précarité, également instituée en 2009.

Enfin, les six autres principales missions en termes de valeur sont dotées à hauteur de 2 à 5 % de l'enveloppe globale des « autres MIG ».

Il est intéressant de noter que la ventilation des financements par grandes catégories de missions conserve une hiérarchisation similaire à celle observée depuis 2007.

2.2. Les améliorations apportées au modèle de financement des « autres MIG »

Le modèle de financement des établissements de santé permet de prendre en compte les évolutions des modes de prise en charge des patients.

A cet égard, dans le double contexte de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » qui introduit quatorze missions de service public et du processus de convergence confirmé par les LFSS de 2009 et 2010, deux missions ont fait l'objet de travaux spécifiques ayant abouti à une première prise en compte dans le processus budgétaire en 2009, poursuivi en 2010.

- Les surcoûts liés à l'accueil de patients en situation de précarité

La situation de précarité de certains patients est l'un des facteurs souvent avancés pour expliquer des écarts de coûts de prise en charge dans le système de soins. Or, la classification des séjours et l'échelle des tarifs n'ont pas vocation à tenir compte de ce facteur. Les études et travaux engagés depuis 2008 visent donc à améliorer le dispositif en substituant un financement par dotation au financement par les tarifs, pour la part de surcoûts structurels.

Dès 2009, une première attribution de moyens en faveur des établissements de santé accueillant une forte proportion de patients hospitalisés en situation de précarité a été mise en œuvre. Sur la base d'une enquête ayant permis d'évaluer une première dotation à 100 M€, le financement a été réalisé par transfert de la base tarifaire vers une dotation « MIG précarité », à hauteur de 95 millions d'euros pour le secteur ex-DG et 5 millions d'euros pour le secteur ex-OQN.

Au sein de chaque secteur, la dotation est attribuée aux établissements ayant les plus fortes proportions de séjours de patients en situation de précarité. La répartition est effectuée sur la base des indicateurs⁵ aisément accessibles et généralisés dans le système d'information de l'Assurance Maladie. Ces indicateurs permettent d'appréhender différentes situations de précarité. Le choix a été de concentrer la dotation sur un nombre limité d'établissements afin de verser des dotations significatives et de ne pas entraîner d'effet de « saupoudrage ». A cette fin un double seuil plancher a été retenu faisant référence d'une part au financement minimal d'un poste d'assistant de service social et d'autre part à un pourcentage de la base tarifaire.

Le modèle a été amendé dès 2010, afin de prendre en compte le premier retour d'expérience et les observations formulées par les régions, les fédérations et les établissements. En effet, certains établissements publics situés en deçà du seuil avaient pourtant mis en place des organisations spécifiques et étaient concernés par la prise en charge de patients précaires. Les modalités d'attribution de la dotation « MIG précarité » sont ajustées par l'application d'un nouveau seuil « plancher » déterminé à 10,5% de séjours CMU ou AME. Le montant de la dotation a parallèlement été porté à 150 M€.

Au-delà de ces aménagements, une description plus précise des situations de précarité et des organisations mises en place ainsi qu'une meilleure évaluation des coûts devraient permettre de faire évoluer le modèle de financement. La MIG finançant les surcoûts liés à l'accueil de patients précaires constitue un exemple de modélisation, appuyée sur des études et des indicateurs précis et objectivables.

⁵ Séjours CMU, CMUC, AME, AMESU

- La permanence des soins hospitalière (PDSH)

La PDSH se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents les nuits, samedis après-midi, dimanches et jours fériés. Elle doit être distinguée de la continuité des soins, pour les patients déjà hospitalisés, qui est financée par les tarifs.

L'attribution de cette mission relève de la compétence des directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS), l'objectif étant de rationaliser son organisation territoriale. Pour engager et accompagner cette réforme, la DHOS a notifié en 2009, sur la base des résultats des études engagées, une enveloppe « PDSH » au titre des MIG, financée par un « débasage »⁶ des tarifs, avec possibilité pour les ARS de la moduler en fonction de l'organisation régionale existante, pour une part maximale de 10%. Cette dotation a été reconduite en 2010, le taux de marge de manœuvre des ARS ayant été porté à 20% afin de leur permettre de progresser dans la définition des organisations cibles, sur la base de l'analyse des premières réorganisations menées.

Cette marge de manœuvre des ARS sera progressivement augmentée les années suivantes pour représenter, à terme, l'intégralité de la dotation, l'objectif étant d'allouer le financement aux seuls établissements désignés pour prendre en charge cette mission de service public. Le financement des lignes de garde destinées à assurer la PDSH est un excellent exemple d'un financement complémentaire via les tarifs et les dotations MIG, ces dernières offrant aux ARS la possibilité de mobiliser un levier financier en complément des leviers organisationnels. Les réflexions se poursuivent pour étendre le dispositif de contractualisation et de financement de la participation des praticiens libéraux à la PDSH dans les établissements privés à but lucratif.

Ces deux exemples montrent que la dotation MIGAC a constitué un vecteur de financement adapté et satisfaisant à double titre : d'une part parce qu'il permet une allocation de moyens en direction des établissements qui supportent réellement les surcoûts spécifiques, d'autre part en raison de sa contribution au processus de convergence.

2.3. Les perspectives de rationalisation des dotations

Depuis la création de la dotation de financement MIGAC, la volonté de construire un modèle pertinent, équitable et lisible qui préside au calcul et à la répartition de cette dotation est constante. En ce domaine, le travail mené par le ministère en concertation avec les professionnels depuis 2005 a visé pour l'essentiel à « modéliser » les dotations allouées à certaines missions d'intérêt général, c'est-à-dire à s'éloigner d'un système de reconduction de budgets « historiques », dont le dimensionnement se fondait sur le retraitement des données 2003 de la comptabilité analytique des établissements, pour le remplacer par un calcul de dotations fondé sur des critères objectifs.

Cette « modélisation » de la construction de certaines dotations obéit globalement à deux types de logique et se construit alternativement sur l'une des bases suivantes :

- **Un référentiel standard d'activité**, soit un financement fondé à la fois sur l'estimation du coût des moyens, principalement en personnel, structurellement nécessaires à la mise en œuvre de la mission et sur les données réelles de l'activité, en fonction de différents seuils de la file active de patients pris en charge ou de dossiers traités.

A titre d'exemples (le tableau en annexe 2 précise pour chaque mission si elle bénéficie d'une dotation « modélisée »), les CCLIN, les ARLIN, les comités régionaux de pharmacovigilance, les centres antipoison, les centres de dépistage anonyme et gratuit, les structures spécialisées dans la

⁶ Un débasage des tarifs consiste à diminuer l'enveloppe budgétaire dévolue à la part tarifaire, au profit d'un autre vecteur de financement (dotation MIGAC en l'espèce).

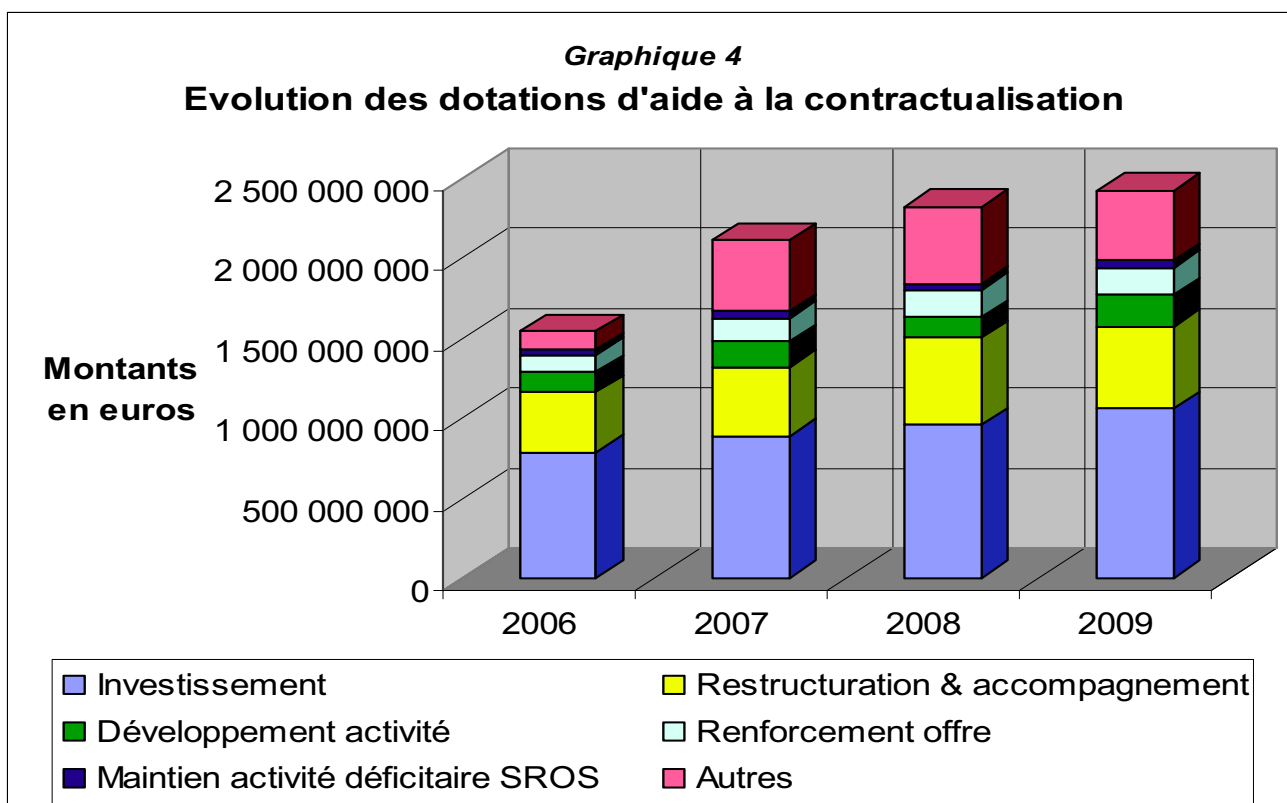
prise en charge de la douleur chronique rebelle, mais aussi les structures de prise en charge sanitaire des personnes détenues (UHSI, UCSA, chambres sécurisées) sont dotés sur ce modèle.

- **Une appréciation des surcoûts**, soit des dépenses non prises en compte par les tarifs, supportés par des établissements qui font face à une contrainte forte liée à une politique de santé publique. Cette estimation résulte de la mise en œuvre de plusieurs indicateurs, ou « marqueurs », d'enquêtes statistiques et de concertations avec les professionnels. La dotation de la permanence des soins hospitalière ou de la prise en charge des patients en situation de précarité relève par exemple de ce modèle.

Les travaux en cours ont pour objet, d'une part, d'affiner les modèles déjà existants et, d'autre part, de construire de nouveaux modèles d'allocation. Enfin, il ne faut pas exclure que le financement de certaines MIG puisse évoluer à terme en basculant vers une prise en charge par les tarifs, comme cela a par exemple déjà été le cas pour les implants cochléaires ou pour les activités liées aux greffes.

3. Les aides à la contractualisation : une vocation d'appui aux transitions

La typologie distinguant six catégories différentes de dotations pour les aides à la contractualisation permet d'apprécier leur évolution depuis 4 ans qui est retracée dans le graphique 4, ci-dessous.



Source: ARBUST MIGAC (ATIH / DGOS)

La structure de répartition de ces dotations demeure relativement inchangée depuis 2007, dans la mesure où environ les deux tiers des financements concernent soit des investissements, à hauteur de 44 % en 2009 (plus de 41 % en 2008), soit un soutien aux restructurations et l'accompagnement des établissements déficitaires, pour un peu plus de 21 % en 2009 (contre plus de 23 % en 2008). Ces deux volets sont développés ci-après.

3.1. La modernisation de l'offre de soins : les plans Hôpital 2007, Hôpital 2012 et les enjeux de l'investissement

Le volet investissement du plan « Hôpital 2007 » lancé en 2003, a favorisé la mise à niveau du parc hospitalier. Son volume de 10 milliards d'euros a permis un investissement supplémentaire s'ajoutant à l'investissement courant des établissements. L'accompagnement financier de l'Etat s'élève à 6 milliards d'euros. A ce titre, l'impact sur l'ONDAM du plan va se poursuivre de façon constante en mobilisant des financements chaque année et sur une base élevée jusqu'en 2023. Ce n'est qu'à partir de 2023 que le poids annuel du plan Hôpital 2007 commencera à décroître et rendra donc des marges de manœuvre.

Dans la continuité de ce premier plan, le « Plan Hôpital 2012 » a visé le maintien, durant la période 2008-2012, d'un niveau d'investissement équivalent à celui de la période précédente, tout en ciblant les orientations et priorités suivantes :

- Le caractère restructurant des opérations comme les regroupements d'établissements et de plateaux techniques,
- Le niveau d'investissement dimensionné de manière à répondre aux critères d'efficience et à garantir la qualité au plans sociaux, de sécurité, environnemental et d'organisation des soins
- La soutenabilité financière du projet, démontrée par une programmation budgétaire réaliste et cohérente avec les enjeux d'équilibre financier d'exploitation de l'établissement.

Parallèlement, deux cibles particulières sont visées dans le cadre du plan :

L'accélération de la mise en œuvre des systèmes d'information orientés sur l'informatisation des processus de soins,

Les mises aux normes de sécurité à caractère exceptionnel qui dépassent, par leur ampleur, la capacité normale de financement des établissements de santé comme les mises aux normes anti sismiques et les opérations majeures de désamiantage.

Néanmoins, les plans nationaux ne constituent pas le seul vecteur de soutien à l'investissement. Les ARS utilisent une grande partie de leurs marges de manœuvre en aides à la contractualisation pour soutenir les programmes d'investissement liés à l'organisation de l'offre de soins régionale.

En 2009, les aides à la contractualisation destinées à l'accompagnement d'investissement représentent un milliard d'euros. La moitié d'entre elles proviennent des plans nationaux et l'autre moitié des marges régionales comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : décomposition des aides à la contractualisation « Investissements » entre plans nationaux et aides régionales (Montants en M€)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Plan Hôpital 2007	72	162,5	247,8	352,5	446,6	446,6	446,6
Plan Hôpital 2012	0	0	0	0	0	19,8	58,4
Total Plan Nationaux	72	162,5	247,8	352,5	446,6	466,4	505
Aides régionales à l'investissement	ND	ND	ND	433,64	443,24	493,27	556,27
Total des aides à l'investissement enregistrées dans ARBUST MIGAC	ND	ND	ND	786,14	889,84	959,67	1 061,27

Source DGOS : les données ci-dessus sont reconstituées par croisement entre les données déclarées par les ARS dans Arbust Migac et des données issues des plans de financement Hôpital 2007 et Hôpital 2012

3.2. Le soutien aux restructurations et l'accompagnement des établissements déficitaires

La dotation d'aide à la contractualisation finançant le soutien aux restructurations et l'accompagnement des établissements déficitaires s'est élevé à 512,73 M€ en 2009, en baisse de 5,5% par rapport au montant de l'année précédente. Il s'agit essentiellement de crédits accordés dans le cadre du soutien aux établissements déficitaires, qu'ils soient soumis à un contrat de retour à l'équilibre (41 % de la dotation) ou non (46 % de la dotation). Le reste des crédits de cette catégorie d'aide à la contractualisation, à hauteur de 13 %, est alloué au titre des restructurations.

3.3. Les crédits d'aide à la contractualisation, leviers des politiques régionales de santé

L'allocation de crédits d'aide à la contractualisation par les agences régionales de santé est conditionnée par un engagement concret, planifié et mesurable de l'établissement bénéficiaire. A l'exception de certaines dotations relatives à l'investissement qui s'inscrivent dans une perspective pluri annuelle, l'attribution de nouveaux crédits d'AC est accordée à titre non reconductible. En 2009, 97 % des mesures nouvelles ont été notifiées à titre non reconductible contre 93 % en 2008 et 59 % en 2006.

Ces modalités sont une condition de respect des engagements pris, sachant que le contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) offre une garantie juridique puisqu'il les retrace et permet d'engager, le cas échéant, une procédure de sanction aboutissant à des pénalités financières, voire à une suspension des financements. Moyennant ces garanties, le financement via les aides à la contractualisation constitue l'essentiel des marges de manœuvre des agences régionales.

3^{ème} PARTIE

Une répartition et un pilotage plus efficaces

1. La contribution des MIGAC à la régulation macro-budgétaire

Les MIGAC, au même titre que les autres composantes de l'ONDAM, contribuent au pilotage budgétaire des dépenses d'assurance-maladie.

- Au moment de la construction de l'ONDAM, un effort d'économies global est appliqué au regard de l'estimation de l'augmentation tendancielle des charges, de manière à ne pas dépasser le niveau d'évolution souhaité. Cet effort traduit les gains d'efficacité globaux attendus des établissements (optimisation des processus, politique d'achat, etc.). Il est ensuite réparti entre les différentes composantes de l'ONDAM hospitalier au prorata des masses ou de la contribution attendue de chaque composante.

Ainsi, l'effort d'économies imputé sur la dotation des MIGAC en 2010 est de 62 M€. Il a été concentré sur les régions les plus dotées (cf. *infra*). Il est supérieur en proportion à ce qu'il représenterait au prorata de la masse des MIGAC dans l'ONDAM, traduisant la volonté du Gouvernement de contraindre la croissance de cette enveloppe.

- Au cours de la campagne budgétaire, une partie de la dotation nationale, telle que fixée en début d'année par l'objectif de dépenses, peut ne pas être déléguée ou être mise en réserve. La majeure partie des mesures (au moins 95%) est déléguée dès le début de l'année, afin de permettre aux ARS et aux établissements de disposer de temps pour mener un dialogue de gestion cohérent. Une partie des mesures peut être déléguée en cours d'année ou mise en réserve, en fonction des perspectives d'exécution de l'ONDAM. Ainsi, en 2009, deux gels ont été décidés au niveau national, puis maintenus au vu des prévisions de réalisation.
 - 25,00M€ au titre du respect de la réalisation ONDAM 2009 décidé en juillet,
 - 16,12M€ du solde des crédits hôpital 2012 (report à 2010) décidé en décembre

En 2010, deux mesures ont été mises en œuvre à la date du 1^{er} septembre :

- Mise en réserve de 80M€ de crédits AC au niveau national ;
- Mise en réserve de 15% de la marge de manœuvre régionale déjà déléguée aux ARS au titre de l'aide à la contractualisation, dans une logique préventive, soit 222 M€.

Ces mises en réserve seront réévaluées au cours de l'année, au vu de l'exécution des autres composantes de l'ONDAM hospitalier (part tarifs notamment).

2. Les modalités de la contractualisation et du pilotage : une logique de subsidiarité

2.1. *Le suivi national de l'allocation des dotations : principes, méthodes et outils*

- Mécanisme des allocations budgétaires

La dotation MIGAC dans son ensemble est revue annuellement, conformément à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale : « *L'Etat détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale et fixe, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements.* »

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale procèdent à la répartition de cette dotation entre les régions, par voie d'arrêté. Cette étape est désignée dans la suite de ce rapport sous le terme de notification, par opposition aux délégations qui sont l'attribution de crédits par les agences aux établissements.

Les critères de répartition des mesures nouvelles sont établis en fonction de la nature de la mission, et souvent mission par mission, compte tenu notamment des mesures des plans de santé publique mais également avec le souci de contribuer au rééquilibrage entre les régions.

Trois principes président à cette répartition :

- Assurer un maillage de l'ensemble du territoire (ex. : centres ressources prévus par le plan Alzheimer ; structures de soins palliatifs) ;
- Rééquilibrer la répartition de la dotation pour ce qui concerne les MIG à caractère régional et la AC; il s'agit, sur la base de travaux qui ont objectivé l'existence de disparités entre les régions en ce qui concerne les dotations allouées rapportées à la population régionale, de corriger ces déséquilibres via un mécanisme de transferts régionaux ; ce mouvement amorcé en 2009 est poursuivi en 2010 (cf. 2.3.1) ;
- Renforcer le financement des structures les moins dotées (ex. : régulation médicale des SAMU prévue par le complément au plan urgences).

L'enveloppe est notifiée aux ARS en distinguant les crédits reconductibles des crédits non reconductibles. Au sein des MIG, les MERRI constituent des dotations non reconductibles, ainsi que, plus largement, les MIG faisant l'objet d'une allocation décidée au niveau national et réévaluée annuellement (cas de la MIG « précarité » par exemple).

En ce qui concerne les autres MIG, la pratique des notifications nationales obéit cependant à une logique budgétaire pérenne fondée sur la reconduction de bases budgétaires. Historiquement, la dotation de financement MIGAC a été constituée à partir du retraitement comptable des établissements. Progressivement, afin de ne pas déstabiliser les équilibres économiques des établissements, le ministère tend à modifier cette pratique.

Globalement, les notifications à titre reconductible correspondaient ainsi encore à 78,3 % des crédits MIG attribués aux ARH en 2009 (contre 92,8 % en 2006). Mais au sein des seules « mesures nouvelles », la part des crédits MIG notifiée de manière non reconductible était de 77,6 % en 2009 (contre 40,2 % en 2006).

Enfin, la nature des MIG commande *in fine* le caractère reconductible ou non de l'allocation financière. Les MIG dont la dotation varie en fonction de certains critères, par exemple, correspondent à des allocations notifiées de manière non reconductible. En revanche, les missions dont la dotation correspond au financement d'une structure (centres de référence) sont financées de manière reconductible.

- Suivi des dotations

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) définit la méthode d'utilisation de la dotation MIGAC. Cette doctrine est mise à la disposition des agences régionales sous la forme d'un guide méthodologique explicitant les éléments techniques de la contractualisation entre ces agences et les établissements et visant à rendre plus équitable la répartition des allocations.

La DGOS et l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) ont également conçu et déployé un système d'information (ARBUST MIGAC) qui est renseigné par les agences régionales et permet un suivi annuel des dotations effectivement notifiées à chaque établissement, mission par mission. Cette remontée d'informations offre la possibilité de comparaison intra et interrégionales et constitue un élément essentiel de suivi des financements alloués, de connaissance par les professionnels eux-mêmes des politiques régionales menées par chaque ARS, ainsi qu'un support indispensable aux travaux de modélisations évoqués plus haut. Il a vocation à évoluer pour s'adapter aux nouveaux enjeux de répartition des moyens.

- Contrôle et évaluation

A partir de l'exploitation des données quantitatives d'ARBUST MIGAC, l'ATIH et la DGOS opèrent à l'égard des dotations notifiées aux établissements un contrôle de second rang et une évaluation qui ont encore vocation à être développés. Ces informations constituent un élément essentiel pour les travaux de standardisation de la construction des dotations, pour les analyses préalables aux décisions de péréquations interrégionales et pour l'information des professionnels eux-mêmes.

2.2. Un pilotage régional fondé sur la contractualisation

Les agences régionales ont été incitées à assurer un pilotage fin et régulier de la dotation de financement MIGAC qui leur est déléguée, en particulier par le moyen de la contractualisation avec les établissements de santé.

L'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale dispose en effet que les engagements d'un établissement de santé relatifs à la mise en œuvre de missions d'intérêt général sont inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qu'il conclut avec l'ARS, ou, à défaut, dans un engagement contractuel ad hoc. Les textes réglementaires (article D. 6114-3 du code de la santé publique) précisent que ce CPOM détermine les conditions d'exécution et les modalités d'évaluation des activités financées au titre des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation.

Il faut rappeler que la marge de manœuvre des ARS, c'est-à-dire la faculté dont elles disposent d'optimiser l'affectation des financements, ne peut s'exercer que dans la stricte limite de la dotation régionale notifiée par arrêté ministériel. Le CPOM qui constitue l'outil de cadrage pluriannuel n'ouvre

pas droit automatiquement à financement au titre des MIGAC; seul l'arrêté annuel par lequel le directeur général de l'ARS délègue une dotation à un établissement est juridiquement opposable en ce domaine.

Dans ce cadre et sur la base du guide de contractualisation élaboré par le ministère, les agences régionales doivent analyser la demande des établissements et le besoin, et utiliser les référentiels mis à leur disposition pour certaines MIG afin de contractualiser les engagements correspondant aux financements alloués, au sein des CPOM et de leurs annexes.

Lorsqu'il s'agit d'attribuer une nouvelle mission, c'est le plus souvent au travers d'appels à projets que les agences régionales de santé sont amenées à sélectionner les établissements les mieux à même de mettre en œuvre les missions d'intérêt général.

2.3. Vers la mise en œuvre d'une évaluation de l'efficience des dotations

2.3.1. L'évaluation externe

La DGOS a souhaité faire appel à une évaluation externe en sollicitant l'IGAS pour une appréciation du financement des missions d'intérêt général dans les établissements de santé⁷.

D'une manière générale, le constat fait par l'Inspection de l'évolution nécessaire du modèle de financement est partagé par la DGOS et les recommandations édictées par l'IGAS sont inscrites pour partie dans les axes de travail retenus ou déjà mis en œuvre.

On peut citer pour exemple la réforme du financement des MERRI dont l'objet a été de rompre avec la pratique de reconduction des bases historiques pour introduire une modulation à l'activité. L'IGAS préconise même sur ce point d'aller plus loin et de généraliser le financement par appel à projets dans le cadre d'une enveloppe qui ne serait pas fixée *ex ante* mais découlerait directement des volumes de projets sélectionnés. Afin de se prémunir contre le risque inflationniste de l'application d'une telle mesure, le ministère a mis en place un système qui répond implicitement à cette logique tout en modulant son impact grâce au double jeu d'un socle fixe et d'une part modulable.

De même, le modèle en cours d'élaboration pour le financement des internes prend en compte les observations de l'IGAS pour ce qui relève de son intégration complète dans les MIGAC à l'instar du financement des étudiants.

S'agissant des MIG, l'IGAS souligne l'existence de prescriptions nationales et d'outils méthodologiques mis à disposition auprès des ARS. Elle recommande « quelques principes qui pourraient présider à la gestion des MIG » et propose des éléments de calibrage de certaines missions qui seront étudiés lors des travaux futurs sur chacun de ces sujets.

2.3.2. L'évaluation interne

La question de l'évaluation des MIGAC rejoint celle des politiques sanitaires en général. Cette évaluation doit contribuer à la transparence du dispositif et sert également de support au dialogue de gestion entre agences régionales et établissements. Les données du retraitement comptable des établissements ont vocation à être exploitées en ce sens, pour confronter la réalité des coûts des missions aux dotations allouées.

⁷ Pierre-Louis Bras et Dr. Gilles Duhamel, *Le Financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé*, IGAS, Novembre 2009

Au niveau régional, cette confrontation est effective, à l'initiative soit d'établissements, pour justifier le besoin de financement des missions qu'ils assurent, soit d'agences régionales, pour effectuer une « mise à plat » des dotations, poser un diagnostic et réaliser une meilleure répartition dans le processus de contractualisation avec les établissements.

Au niveau national, un travail plus fin, complété par des enquêtes de terrain en association avec les professionnels, est engagé, par exemple, pour les dotations finançant les Centres de ressources et de compétences qui prennent en charge les patients atteints de mucoviscidose. Sous réserve de leur validation, les enseignements tirés de ce travail pourraient être utilisés pour construire les dotations de missions analogues, notamment pour mieux piloter les crédits attribués dans le cadre du deuxième plan national « maladies rares ».

A terme, la mise en œuvre d'une évaluation de l'efficacité des dotations MIGAC permet de s'orienter vers des modèles d'allocation qui se fondent sur la mesure des résultats obtenus au regard des résultats attendus, plutôt que sur le financement *a priori* des moyens mobilisés.

3. Une volonté de rééquilibrage intra et inter régionale des dotations

Les dotations régionales MIGAC ont été calibrées au moment du lancement de la réforme de la tarification à l'activité. Du fait de situations historiques, les niveaux de dotations régionales sont hétérogènes. La demande d'une plus grande objectivation dans la fixation des dotations MIGAC est forte de la part des partenaires institutionnels et des parlementaires.

La réduction des disparités territoriales est l'un des objectifs poursuivis. Elle constitue un réel outil de promotion de l'égalité d'accès aux soins, en redistribuant les moyens budgétaires finançant les missions d'intérêt général à destination de la population régionale, ainsi que l'aide à la contractualisation, notamment pour le maintien ou le développement d'activité.

Entre 2006 et 2008, ce sont les rééquilibrages intra régionaux qui ont été privilégiés et fondés sur des référentiels fournis pour les dotations de certaines missions. A compter de 2008, une politique de rééquilibrage inter régional a été initiée au moyen de la répartition des mesures nouvelles de crédits d'aide à la contractualisation.

Cette politique a été renforcée en 2009 par un rééquilibrage direct des financements entre régions, à la fois sur les marges de manœuvre régionales (aide à la contractualisation) et sur les dotations MIG finançant des missions destinées la population régionale. En 2009, l'impact financier pour les régions les mieux dotées a été de -7M€ sur les MIG et -3M€ sur les marges de manœuvre en AC. Le mouvement a été amplifié en 2010⁸ avec un impact financier de -16,1M€ sur les MIG et -28M€ sur les marges de manœuvre en AC.

3.1. Le rééquilibrage géographique des marges de manœuvre régionales (aide à la contractualisation)

Ces marges de manœuvre sont constituées des crédits AC dits reconductibles desquels sont soustraits les crédits nationaux fléchés pour l'aide à l'investissement, notamment liés aux plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ». Elles se chiffraient à plus de 1,5 milliard d'euros en 2009.

⁸ CIRCULAIRE N°DGOS/R1/DSS/2010/177 DU 31 MAI 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé

Le critère de comparaison interrégionale utilisé pour déterminer la sur-dotation ou sous-dotation d'une région est le poids de l'AC ramené au total des recettes MCO de la région. Ce critère a été préféré au critère populationnel, car il vise à prendre en compte le fait que la marge de manœuvre doit être proportionnelle à l'activité, certaines régions accueillant une importante part de population interrégionale en assurant des prises en charge en moyenne plus lourdes.

Les DOM sont traités séparément pour tenir compte de leurs spécificités notamment liées à l'isolement géographique, mais également afin de conserver à ces régions un niveau minimum de marge de manœuvre.

A la suite des travaux menés fin 2007 sur l'utilisation des marges de manœuvre régionales, les mesures nouvelles AC 2008 avaient été réparties sur la base de deux critères avec une pondération identique (50/50) :

- rééquilibrage des 12 régions dont les marges de manœuvre étaient les plus faibles ;
- aide aux restructurations avec une répartition selon un critère populationnel.

En 2009, un redéploiement inter régional a été mis en œuvre au sein de la dotation de l'aide à la contractualisation, comme pour les MIG à caractère régional. Cette première redistribution a abouti à un transfert à hauteur de 3 M€ depuis les trois régions les mieux dotées (Limousin, Picardie et Haute Normandie) vers les trois régions les moins dotées (Bretagne, Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon). Les montants transférés sont faibles, mais comparables à ceux opérés dans le cadre des MIG à caractère régional (7,2M€).

Les inégalités régionales demeurent sensibles, la part de l'AC dans les recettes MCO des établissements allant de 2% des recettes pour l'Aquitaine à 4% pour la Picardie et l'Île de France, pour une moyenne nationale à 3% (métropole hors DOM). Un rééquilibrage complet de l'aide à la contractualisation nécessiterait en théorie d'opérer un repliement interrégional de 140 M€. Ce dernier chiffre doit cependant être considéré avec prudence compte-tenu d'une méthodologie qui est encore susceptible d'évoluer.

En 2010, le mouvement de rééquilibrage a été accentué, dans un contexte de contraintes budgétaires fortes sur l'ONDAM. Ces contraintes budgétaires ont entraîné la mise en œuvre d'économies importantes dans les dépenses hospitalières. Le niveau des économies réalisées sur la dotation des MIGAC a été particulièrement élevé (62M€). Au sein de ces 62M€, 28 ont été imputés sur la dotation d'aide à la contractualisation des 7 régions les mieux dotées. L'effet sur ces régions entraîne un effet revenu de moins de 20% par rapport à un rééquilibrage théorique complet. Les régions les moins dotées ont ainsi été plus faiblement touchées par les mesures d'économies.

3.2. Le rééquilibrage géographique des missions d'intérêt général à caractère régional

Le rééquilibrage des dotations MIG porte sur le champ des missions destinées à couvrir la population régionale. Les MIG à caractère national (type centre national de référence) ou à caractère interrégional (par exemple les CCLIN ou les centres antipoison), dont les financements sont liés à la répartition géographique des structures, ont donc été exclues de l'analyse.

Au total, 34 missions (représentant un montant de 1,1 milliard d'euros) ont été identifiées comme étant à caractère régional, au terme d'un travail commun mené courant 2008 entre le ministère et les ARH. Pour deux d'entre elles (SAMU et SMUR), la comparaison ne s'est opérée que sur une quote-part (50%) des dotations en raison de contextes locaux très variés insuffisamment pris en compte par

le seul critère populationnel. Les DOM et la Corse sont écartés de ce dispositif afin de tenir compte de leurs spécificités.

Le critère retenu pour déterminer la sur-dotation ou sous-dotation régionale est le critère populationnel : montant des dotations MIG à caractère régional rapporté à la population régionale. L'attractivité ou les flux interrégionaux n'ont pas été pris en compte dans la mesure où la patientèle a essentiellement recours, pour ces MIG, à l'offre régionale (exemples des SAMU et des SMUR).

En 2009, l'objectif a été d'atténuer les écarts extrêmes : des transferts à hauteur de 7 M€ ont donc été opérés entre les six régions les mieux dotées au profit des six régions les moins bien dotées. Ces transferts de crédits correspondent à 20% de l'effet revenu qui correspondrait à un rééquilibrage complet.

Les travaux menés en 2009 (sur la base des dotations effectives de 2008) montrent que les disparités interrégionales restent marquées : un rééquilibrage complet nécessiterait un redéploiement de 70M€ entre régions.

Le rééquilibrage a ainsi été accentué en 2010 : 16,1 M€ ont été redéployés des 8 régions les mieux dotées vers les 9 régions les moins dotées. Pour les régions les mieux dotées, cela représente un quart du chemin restant par rapport à un rééquilibrage complet.

Le rééquilibrage des MIGAC de 2008 à 2010

Enveloppe	2008	2009	2010
MIG à caractère régional	Pas de rééquilibrage	7 M€ transférés des 6 régions les mieux dotées vers les 6 régions les moins bien dotées.	16,1 M€ transférés des 8 régions les mieux dotées vers les 9 régions les moins bien dotées.
Marges de manœuvre AC	Fléchage des mesures nouvelles vers les 12 régions les moins bien dotées	3 M€ transférés des 3 régions les mieux dotées vers les 3 régions les moins bien dotées.	Concentration de 28 M€ d'économies sur les 7 régions les mieux dotées.

CONCLUSION :

Un modèle de financement indispensable marqué par des évolutions récentes

La dotation MIGAC constitue une partie indissociable du modèle de financement T2A .

Elle est composée de trois volets faisant l'objet chacun d'enjeux forts :

- Les dotations MERRI s'éloignent de la dotation historique de 13% pour mieux prendre en compte l'activité et les résultats,
- Les dotations des autres MIG, qui traduisent pour l'essentiel les plans de santé publique et la mise en œuvre de politiques nationales, sont soumises de façon renforcée à l'application de référentiels et de modèles pour renforcer l'équité du dispositif et en favoriser le suivi,
- Les AC qui, hormis les aides à l'investissement, constituent la marge de manœuvre des ARS, leur permettent de conduire l'accompagnement aux transformations nécessaires à l'adaptation de l'offre de soins régionale.

S'agissant de ces deux derniers volets des MIGAC, l'objectif de réduction des disparités territoriales a conduit à mener depuis plusieurs années des actions de rééquilibrage des dotations entre établissements et plus récemment entre les régions elles-mêmes.

Les relations contractuelles entre ARS et établissements de santé sont essentielles dans le processus d'allocation de moyens. Elles sont étayées par les outils méthodologiques conçus par le ministère sous forme de référentiels et de modèles consignés dans un guide méthodologique.

D'une manière générale la dotation MIGAC n'est pas sanctuarisée, elle doit être utilisée par les ARS comme un instrument de mise en œuvre dynamique des politiques nationales et des réformes régionales.

La dynamique engagée se poursuivra dans les années à venir, tant du point de vue des aménagements du modèle que de l'évaluation des résultats.

ANNEXES 1 A 4

ANNEXE 1 : DONNEES QUANTITATIVES

Annexe 1.1 : Les principales mesures nouvelles 2010 de la dotation MIGAC

A la mi-campagne budgétaire 2010, les mesures nouvelles financées par la dotation MIGAC ont déjà été déléguées en grande partie comme lors des campagnes précédentes.

La base budgétaire 2009 nationale, soit le total des dotations effectivement déléguées en 2008 minorées des mesures nouvelles non reconductibles, s'établit à 6 352,97 M€, après le rééquilibrage des MIG à caractère régional, le redéploiement interrégional de l'aide à la contractualisation et les autres transferts interrégionaux. Sur cette base, l'effort d'économie engagé sur la dotation MIGAC pour le respect de l'ONDAM se monte à - 35,16 M€⁹ tandis que l'effet prix et mesures salariales la majore de 58,83 M€.

Les mesures nouvelles figurant dans la circulaire du 31 mai 2010 à hauteur de 1 241,19 M€ se détaillent selon la liste ci-dessous.

① MIG (dont MERRI)

- Redéploiement interrégional et réforme du modèle de financement MERRI: 13,83M€
- Recherche clinique et soutien aux innovations coûteuses : 63,40 M€
- Centre d'épidémiologie clinique : 0,35 M€
- Intégration des pharmaciens dans un corps hospitalo-universitaire : 1,04 M€
- Médicaments sous ATU : 21,53 M€
- Recours exceptionnel : 35 M€
- Plan cancer : 10,38 M€
- Equipes mobiles de soins palliatifs : 7,17 M€
- Plan urgences (complément) : 6,50 M€
- Prise en charge des personnes détenues : 6,36 M€
- Plan Alzheimer : 1,21 M€
- Plan national maladies rares : 1 ,20 M€
- Développement de l'éducation thérapeutique : 1,55 M€
- Qualité des soins : 1,25 M€
- Plan addictologie : 6,50 M€
- Programme maisons des adolescents : 2,42 M€
- Centre de diagnostic préimplantatoire (création de MIG) : 2,85 M€
- Coopération internationale : 1,04 M€
- Prise en charge des patients en situation de précarité : 150 M€
- PDSH : 761,89 M€

⁹ Auxquels s'ajoutent 28 M€ imputés au titre du rééquilibrage interrégional.

② Aide à la contractualisation

- Plan accidents vasculaires cérébraux : 2,32 M€
- Recrutements de préparateurs en pharmacie et création de postes médicaux : 9,31M€
- Financement partiel de la rémunération d'un quota d'internes : 60,16 M€
- Plan AVC : 2,32 M€
- Plates-formes d'information santé : 5,60 M€
- Plan Hôpital 2012 : 16,48 M€
- Accompagnement et soutien aux établissements : 11,66 M€
- Autres mesures ponctuelles : 16,49 M€

Les dotations relatives à la permanence des soins hospitalière ainsi qu'à la précarité sont de loin les plus importantes, notamment pour la raison qu'elles n'entrent pas dans la base budgétaire puisqu'elles sont notifiées chaque année de manière non reconductible.

Annexe 1.2 : Dotations nationales et délégations régionales 2009 aux établissements par catégorie de MIG Tableaux 1 à 7

Tableau 1A (source DGOS)

Evolution des dotations nationales en 2009

(Les données sont en millions d'euros)

	Base 2009	Objectif 2009 initial	Taux* 2009 initial	Objectif 2009 final	Taux* 2009 final	Rappel taux d'évolution 2007	Rappel taux d'évolution 2008
ODMCO	41 811,07	43 134,07	3,16%	43 134,07	3,16%	2,80%	2,80%
MIGAC	7 346,75	7 694,26	4,73%	7 678,76	4,52%	9,70%	6,10%
Total ODMCO-MIGAC	49 157,82	50 828,33	3,40%	50 812,83	3,37%	3,60%	3,20%
Poids relatif de la dotation MIGAC dans "Total ODMCO-MIGAC"	14,95%	15,14%		15,11%			
ODAM	15 075,18	15 515,04	2,92%	15 472,70	2,64%	2,50%	3,40%
OQN	2 054,13	2 176,19	5,94%	2 176,19	5,94%	5,20%	4,40%
Total	66 287,13	68 519,57	3,37%	68 461,73	3,28%	3,40%	3,30%
Poids de la dotation MIGAC dans "Total"	11,08%	11,23%		11,22%			

Tableau 1B (source DGOS)

Evolution des dotations nationales en 2010

(Les données sont en millions d'euros)

	Base 2010	Objectif 2010	Taux* 2010
ODMCO	43 148,57	44 299,16	2,67%
MIGAC	7 917,93	8 142,34	2,83%
Total ODMCO-MIGAC	51 066,50	52 441,50	2,69%
Poids relatif de la dotation MIGAC dans "Total ODMCO-MIGAC"	15,51%	15,53%	--
ODAM	15 071,22	15 455,35	2,55%
OQN	2 271,84	2 354,36	3,63%
Total	68 409,56	70 251,20	2,69%
Poids de la dotation MIGAC dans "Total"	11,57%	11,59%	--

Tableau 2 (source DGOS) EVOLUTION CAMPAGNES 2009 / 2008 DES DOTATIONS MIGAC NOTIFIEES AUX ARH (en milliers d'euros)

Régions	Dotations finales MIGAC 2008	Bases MIGAC 2009	Mesures nouvelles circulaire 17/03/2009	Dotations après 1ère circulaire	Mesures nouvelles circulaire 02/11/2009	Dotations après 2ème circulaire	Mesures nouvelles circulaire 22/12/2009	Dotations après 5ème circulaire	Variation 2009/2008 (en valeur absolue)	Variation campagne 2009 / base 2009	Variation 2009/2008 (en valeur absolue)	Variation campagne 2009 / base 2009 (en valeur absolue)
Alsace	185 086,03	174 200,21	31 753,52	205 953,73	9 449,67	215 403,40	2 383,64	217 787,04	17,7%	32 701,01	25,0%	43 586,83
Aquitaine	262 462,47	248 151,74	44 660,76	292 812,50	16 750,38	309 562,88	592,17	310 155,05	18,2%	47 692,58	25,0%	62 003,31
Auvergne	136 457,09	129 689,48	18 944,35	148 633,83	9 543,89	158 177,72	1 675,32	159 853,04	17,1%	23 395,95	23,3%	30 163,56
Bourgogne	145 062,71	133 745,33	25 941,23	159 686,56	15 080,11	174 766,66	150,50	174 917,16	20,6%	29 854,45	30,8%	41 171,83
Bretagne	257 055,43	237 898,42	44 872,18	282 770,61	20 146,65	302 917,25	2 955,80	305 873,05	19,0%	48 817,62	28,6%	67 974,63
Centre	213 345,22	198 318,01	33 868,90	232 186,91	12 347,01	244 533,92	0,00	244 533,92	14,6%	31 188,70	23,3%	46 215,91
Champagne-Ardenne	145 837,06	136 898,59	22 143,05	159 041,63	12 734,55	171 776,18	3 136,55	174 912,73	19,9%	29 075,67	27,8%	38 014,14
Corse	28 877,92	26 691,66	4 866,04	31 557,70	3 831,68	35 389,38	5 355,00	40 744,38	41,1%	11 866,46	52,6%	14 052,72
Franche-Comté	107 015,54	99 430,94	17 957,71	117 388,65	7 722,46	125 111,10	1 006,00	126 117,10	17,8%	19 101,56	26,8%	26 686,17
IdF hors APHP	570 526,13	540 761,33	106 429,74	647 191,06	36 553,39	683 744,45	5 333,89	689 078,34	20,8%	118 552,21	27,4%	148 317,01
AP-HP	1 122 194,76	1 039 000,18	130 876,02	1 169 876,21	57 762,08	1 227 638,29	867,71	1 228 506,00	9,5%	106 311,24	18,2%	189 505,81
Languedoc-Roussillon	221 981,22	201 985,25	39 496,91	241 482,17	14 372,56	255 854,73	224,42	256 079,15	15,4%	34 097,93	26,8%	54 093,90
Limousin	89 496,85	85 183,37	12 807,29	97 990,67	2 700,31	100 690,98	345,00	101 035,98	12,9%	11 539,13	18,6%	15 852,61
Lorraine	242 288,13	222 152,87	40 844,64	262 997,51	24 453,59	287 451,10	986,51	288 437,61	19,0%	46 149,48	29,8%	66 284,74
Midi-Pyrénées	289 204,63	272 857,96	38 789,46	311 647,43	20 957,26	332 604,69	1 446,42	334 051,11	15,5%	44 846,48	22,4%	61 193,15
Nord-Pas-de-Calais	359 760,78	326 391,60	74 448,05	400 839,64	24 106,11	424 945,75	504,42	425 450,17	18,3%	65 689,39	30,3%	99 058,57
Basse-Normandie	147 357,43	135 604,06	24 449,38	160 053,44	11 472,97	171 526,41	0,00	171 526,41	16,4%	24 168,98	26,5%	35 922,35
Haute-Normandie	181 827,68	156 341,88	28 179,83	184 521,71	11 858,33	196 380,04	250,50	196 630,54	8,1%	14 802,86	25,8%	40 288,66
Pays-de-la-Loire	247 334,57	225 484,47	41 704,53	267 189,01	16 181,25	283 370,26	2 652,42	286 022,68	15,6%	38 688,11	26,8%	60 538,20

Picardie	167 574,33	155 206,84	28 371,44	183 578,29	14 668,53	198 246,81	136,80	198 383,61	18,4%	30 809,28	27,8%	43 176,77
Régions	Dotations finales MIGAC 2008	Bases MIGAC 2009	Mesures nouvelles circulaire 17/03/2009	Dotations après 1ère circulaire	Mesures nouvelles circulaire 02/11/2009	Dotations après 2ème circulaire	Mesures nouvelles circulaire 22/12/2009	Dotations après 3ème circulaire	Variation 2009/2008 (en valeur absolue)	Variation campagne 2009 / base 2009	Variation campagne 2009 / base 2009 (en valeur absolue)	
Poitou-Charentes	133 557,99	125 907,50	22 975,65	148 883,15	7 836,37	156 719,51	12,00	156 731,51	17,4%	23 173,52	24,5%	30 824,01
Provence-Alpes-Côte d'Azur	488 649,22	455 272,47	85 461,16	540 733,63	29 001,12	569 734,75	4 093,70	573 828,45	17,4%	85 179,22	26,0%	118 555,98
Rhône-Alpes	628 668,85	588 521,03	91 403,46	679 924,48	34 830,26	714 754,74	324,36	715 079,10	13,7%	86 410,25	21,5%	126 558,08
France métropolitaine	6 371 622,05	5 915 695,20	1 011 245,31	6 926 940,51	414 360,50	7 341 301,01	34 433,13	7 375 734,14	15,8%	1 004 112,08	24,7%	1 460 038,93
Guadeloupe	65 632,97	60 612,52	9 045,99	69 658,51	4 818,00	74 476,52	-2 417,09	72 059,43	9,8%	6 426,46	18,9%	11 446,91
Guyane	121,08	119,64	129,22	248,86	21,98	270,84	0,00	270,84	123,7%	149,77	126,4%	151,20
Martinique	75 555,85	57 712,29	15 327,49	73 039,78	2 480,68	75 520,46	2 990,35	78 510,81	3,9%	2 954,96	36,0%	20 798,52
Réunion	94 922,90	88 184,59	18 440,94	106 625,53	3 372,45	109 997,98	1 837,41	111 835,39	17,8%	16 912,50	26,8%	23 650,81
DOM	236 232,79	206 629,04	42 943,65	249 572,68	10 693,12	260 265,81	2 410,67	262 676,48	11,2%	26 443,68	27,1%	56 047,44
France entière	6 607 854,85	6 122 324,24	1 054 188,95	7 176 513,20	425 053,62	7 601 566,81	36 843,80	7 638 410,61	15,6%	1 030 555,76	24,8%	1 516 086,37
Service santé des armées	0,00	31 180,87	9 023,80	40 204,67	120,00	40 324,67	28,78	40 353,45	-	40 353,45	29,4%	9 172,58
Total général	6 607 854,85	6 153 505,11	1 063 212,76	7 216 717,87	425 173,62	7 641 891,49	36 872,58	7 678 764,07	16,2%	1 070 909,22	24,8%	1 525 258,95

Tableaux 3A et 3B

L'évolution des dotations régionales en 2009

Les tableaux 3A et 3B, ci-dessous, détaillent les réalisations régionales 2009 des dotations au titre des MIGAC, c'est-à-dire les crédits effectivement alloués aux établissements par les agences régionales. Sur l'ensemble du territoire, le total des écarts entre les délégations ministérielles faites aux agences régionales et les notifications effectives aux établissements est extrêmement faible, de l'ordre de 0,01 %, ce qui révèle un respect remarquable de la délégation de la part des régions, deux d'entre elles seulement affichant une réelle sous consommation (Corse et Guyane¹⁰). Le tableau 4, en annexe, retrace l'évolution du poids relatif des dotations régionales MIGAC en 2009 et l'impact de chacune des délégations ministérielles, à l'occasion des trois circulaires de campagne successives.

Les tableaux 5 et 6, en annexe, détaillent pour chaque région la répartition de la dotation MIGAC, d'une part, entre établissements antérieurement soumis à la dotation globale et établissements antérieurement soumis à l'objectif quantifié national, et d'autre part entre dotation des missions d'intérêt général et dotation de l'aide à la contractualisation.

Tableau 3A (source DGOS)

ANALYSE DU RESPECT PAR LES ARH DE LA DOTATION MIGAC 2009 (données en millions d'euros)

	Objectifs 2009 initiaux	Objectifs 2009 finaux	Délégations aux ARH	Réalisations 2009	Taux réalisation/objectifs initiaux (%)	Ecart réalisations/objectifs initiaux (en valeur absolue)	Taux réalisation/délégations (%)	Ecart réalisations/délégations aux ARH (en valeur absolue)
Total dotation MIGAC	7 694,26	7 678,76	7 678,76	7 678,09	99,79%	-16,18	99,99%	-0,68

¹⁰ Dans le cas de la Guyane, la forte sous-consommation en taux (près de 9%) s'explique par le volume très faible des MIGAC de la région en 2009 et traduit une sous-consommation de seulement vingt-quatre mille euros.

Tableau 3B (source DGOS) - REALISATIONS REGIONALES 2009 (les données sont en milliers d'euros)

Régions	Dotations finales MIGAC déléguées aux ARH en 2009	Total délégations régionales aux établissements en crédits MIGAC	Ecart en valeur absolue délégations régionales/ délégations nationales aux ARH	Taux de délégation des dotations régionales aux établissements
Alsace	217 787,04	217 787,03	-0,01	100,00%
Aquitaine	310 155,05	313 539,96	3 384,91	101,09%
Auvergne	159 853,04	163 035,93	3 182,89	101,99%
Bourgogne	174 917,16	174 905,12	-12,04	99,99%
Bretagne	305 873,05	309 699,15	3 826,09	101,25%
Centre	244 533,92	244 533,93	0,00	100,00%
Champagne-Ardenne	174 912,73	174 912,73	0,00	100,00%
Corse	40 744,38	34 744,37	-6 000,00	85,27%
Franche-Comté	126 117,10	125 099,22	-1 017,88	99,19%
Ile-de-France (hors AP-HP)	689 078,34	688 931,74	-146,60	99,98%
AP-HP	1 228 506,00	1 228 656,01	150,01	100,01%
Languedoc-Roussillon	256 079,15	255 644,61	-434,55	99,83%
Limousin	101 035,98	101 035,97	-0,01	100,00%
Lorraine	288 437,61	288 437,60	-0,01	100,00%
Midi-Pyrénées	334 051,11	334 051,11	0,00	100,00%
Nord-Pas-de-Calais	425 450,17	425 450,17	0,01	100,00%
Basse-Normandie	171 526,41	171 505,68	-20,73	99,99%
Haute-Normandie	196 630,54	196 610,44	-20,10	99,99%
Pays-de-la-Loire	286 022,68	286 078,26	55,58	100,02%
Picardie	198 383,61	198 383,57	-0,05	100,00%
Poitou-Charentes	156 731,51	156 157,93	-573,58	99,63%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	573 828,45	573 899,87	71,42	100,01%
Rhône-Alpes	715 079,10	714 945,95	-133,15	99,98%

Régions	Dotations finales MIGAC déléguées aux ARH en 2009	Total délégations régionales aux établissements en crédits MIGAC	Ecart en valeur absolue aux établissements/ délégations nationales aux ARH	Taux de délégation des dotations régionales aux établissements
France métropolitaine	7 375 734,14	7 378 046,34	2 312,20	100,03%
Guadeloupe	72 059,43	70 585,58	-1 473,85	97,95%
Guyane	270,84	246,50	-24,34	91,01%
Martinique	78 510,81	77 046,91	-1 463,91	98,14%
Réunion	111 835,39	111 835,39	-0,01	100,00%
DOM	262 676,48	259 714,37	-2 962,11	98,87%
France entière	7 638 410,61	7 637 760,70	-649,91	99,99%
Service de santé des armées	40 353,45	40 324,67	-28,78	99,93%
Total général	7 678 764,07	7 678 085,38	-678,69	99,99%

Tableau 4 (source DGOS) - EVOLUTION DU POIDS RELATIF DES DOTATIONS REGIONALES MIGAC EN 2009 (les données sont en milliers d'euros)

Régions	Base circulaire du 17/03/2009	Poids relatif en début de campagne 2009	Dotations fin de campagne 2009	Poids relatif en fin de campagne 2009	Evolution fin/début de campagne (points)	Rappel poids relatif début de campagne 2008	Rappel poids relatif fin de campagne 2008
Alsace	174 200,21	2,83%	217 787,04	2,84%	0,01	2,90%	2,80%
Aquitaine	248 151,74	4,03%	310 155,05	4,04%	0,01	3,96%	3,97%
Auvergne	129 689,48	2,11%	159 853,04	2,08%	-0,03	2,06%	2,07%
Bourgogne	133 745,33	2,17%	174 917,16	2,28%	0,10	2,16%	2,20%
Bretagne	237 898,42	3,87%	305 873,05	3,98%	0,12	3,79%	3,89%
Centre	198 318,01	3,22%	244 533,92	3,18%	-0,04	3,12%	3,23%
Champagne-Ardenne	136 898,59	2,22%	174 912,73	2,28%	0,05	2,28%	2,21%
Corse	26 691,66	0,43%	40 744,38	0,53%	0,10	0,32%	0,44%
Franche-Comté	99 430,94	1,62%	126 117,10	1,64%	0,03	1,64%	1,62%
Ile-de-France (hors AP-HP)	540 761,33	8,79%	689 078,34	8,97%	0,19	8,76%	8,63%
AP-HP	1 039 000,18	16,88%	1 228 506,00	16,00%	-0,89	17,36%	16,98%
Languedoc-Roussillon	201 985,25	3,28%	256 079,15	3,33%	0,05	3,11%	3,36%
Limousin	85 183,37	1,38%	101 035,98	1,32%	-0,07	1,41%	1,35%
Lorraine	222 152,87	3,61%	288 437,61	3,76%	0,15	3,67%	3,67%
Midi-Pyrénées	272 857,96	4,43%	334 051,11	4,35%	-0,08	4,38%	4,38%
Nord-Pas-de-Calais	326 391,60	5,30%	425 450,17	5,54%	0,24	5,40%	5,44%
Basse-Normandie	135 604,06	2,20%	171 526,41	2,23%	0,03	2,26%	2,23%
Haute-Normandie	156 341,88	2,54%	196 630,54	2,56%	0,02	2,77%	2,75%
Pays-de-la-Loire	225 484,47	3,66%	286 022,68	3,72%	0,06	3,58%	3,74%
Picardie	155 206,84	2,52%	198 383,61	2,58%	0,06	2,57%	2,54%
Poitou-Charentes	125 907,50	2,05%	156 731,51	2,04%	-0,01	2,01%	2,02%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	455 272,47	7,40%	573 828,45	7,47%	0,07	7,42%	7,39%
Rhône-Alpes	588 521,03	9,56%	715 079,10	9,31%	-0,25	9,69%	9,51%
France métropolitaine	5 915 695,20	96,14%	7 375 734,14	96,05%	-0,08	96,61%	96,42%
Guadeloupe	60 612,52	0,99%	72 059,43	0,94%	-0,05	1,01%	0,99%
Guyane	119,64	0,00%	270,84	0,00%	0,00	0,00%	0,00%
Martinique	57 712,29	0,94%	78 510,81	1,02%	0,08	0,93%	1,14%
Réunion	88 184,59	1,43%	111 835,39	1,46%	0,02	1,44%	1,44%
DOM	206 629,04	3,36%	262 676,48	3,42%	0,06	3,39%	3,58%
France entière	6 122 324,24	99,49%	7 638 410,61	99,47%	-0,02	100,00%	100,00%
Service de santé des armées	31 180,87	0,51%	40 353,45	0,53%	0,02	-	-
Total général	6 153 505,11	100,00%	7 678 764,07	100,00%	0,00	100,00%	100,00%

Tableau 5 (source ARBUST-MIGAC / ATIH /DGOS USID)

REPARTITION REGIONALE 2009 DES DELEGATIONS MIGAC ENTRE LES ETABLISSEMENTS EX DG ET EX OQN (données en millions d'euros)

Régions	Dotations ex DG	Dotations ex OQN	Total MIGAC	Part ex OQN (%)
Alsace	215 795,31	1 991,72	217 787,03	0,91
Aquitaine	307 967,37	5 572,59	313 539,96	1,78
Auvergne	161 519,55	1 516,38	163 035,93	0,93
Basse-Normandie	169 796,45	1 709,23	171 505,68	1,00
Bourgogne	173 060,08	1 845,04	174 905,12	1,05
Bretagne	305 935,84	3 763,31	309 699,15	1,22
Centre	240 300,14	4 233,79	244 533,93	1,73
Champagne-Ardenne	171 336,97	3 575,76	174 912,73	2,04
Corse	32 048,31	2 696,06	34 744,37	7,76
Franche-Comté	124 140,02	959,20	125 099,22	0,77
Guadeloupe	70 585,58	0,00	70 585,58	0,00
Guyane	0,00	246,50	246,50	100,00
Haute-Normandie	194 475,30	2 135,14	196 610,44	1,09
Ile-de-France (APHP)	1 228 656,01	0,00	1 228 656,01	0,00
Ile-de-France (Hors APHP)	711 503,27	17 753,14	729 256,41	2,43
La Réunion	107 643,69	4 191,69	111 835,39	3,75
Languedoc-Roussillon	246 925,91	8 718,70	255 644,61	3,41
Limousin	99 233,07	1 802,91	101 035,97	1,78
Lorraine	285 172,34	3 265,26	288 437,60	1,13
Martinique	76 776,99	269,91	77 046,91	0,35
Midi-Pyrénées	326 537,22	7 513,90	334 051,11	2,25
Nord-Pas-de-Calais	418 133,61	7 316,57	425 450,17	1,72
Pays-De-La-Loire	281 686,16	4 392,10	286 078,26	1,54
Picardie	196 458,25	1 925,32	198 383,57	0,97
Poitou-Charentes	154 168,26	1 989,68	156 157,93	1,27
Provence-Alpes-Côte-D'azur	568 220,17	5 679,70	573 899,87	0,99
Rhône-Alpes	707 553,48	7 392,47	714 945,95	1,03

Tableau 6 (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)

POIDS RELATIF DES MISSIONS D'INTERET GENERAL ET DES AIDES A LA CONTRACTUALISATION DANS LES DELEGATIONS DES DOTATIONS MIGAC PAR REGION EN 2009

(Données en millions d'euros)

Régions	Dotations MIG	Dotations AC	Dotations MIGAC	Proportion AC (%)
Alsace	148 704,64	69 082,39	217 787,03	31,72
Aquitaine	223 879,40	89 660,56	313 539,96	28,60
Auvergne	111 283,85	51 752,08	163 035,93	31,74
Basse-Normandie	121 663,58	49 842,10	171 505,68	29,06
Bourgogne	118 197,04	56 708,08	174 905,12	32,42
Bretagne	205 166,93	104 532,21	309 699,15	33,75
Centre	152 344,14	92 189,78	244 533,93	37,70
Champagne-Ardenne	99 424,20	75 488,53	174 912,73	43,16
Corse	17 558,60	17 185,77	34 744,37	49,46
Franche-Comté	79 795,11	45 304,11	125 099,22	36,21
Guadeloupe	32 448,07	38 137,50	70 585,58	54,03
Guyane	214,70	31,80	246,50	12,90
Haute-Normandie	121 120,03	75 490,41	196 610,44	38,40
Ile-de-France (APHP)	1 033 996,40	194 659,60	1 228 656,01	15,84
Ile-de-France (hors APHP)	402 268,56	326 987,85	729 256,41	44,84
La Réunion	60 397,02	51 438,37	111 835,39	45,99
Languedoc-Roussillon	187 084,86	68 559,74	255 644,61	26,82
Limousin	68 879,88	32 156,09	101 035,97	31,83
Lorraine	181 403,89	107 033,71	288 437,60	37,11
Martinique	47 195,99	29 850,92	77 046,91	38,74
Midi-Pyrénées	227 054,71	106 996,40	334 051,11	32,03
Nord-Pas-de-Calais	298 470,44	126 979,73	425 450,17	29,85
Pays-De-La-Loire	205 532,93	80 545,33	286 078,26	28,15
Picardie	120 005,46	78 378,11	198 383,57	39,51
Poitou-Charentes	107 904,11	48 253,82	156 157,93	30,90
Provence-Alpes-Côte-D'azur	410 592,95	163 306,92	573 899,87	28,46
Rhône-Alpes	475 710,68	239 235,27	714 945,95	33,46

Tableaux 7A à 7K (source ARBUST-MIGAC / ATIH /DGOS USID) DELEGATIONS REGIONALES 2009 AUX ETABLISSEMENTS PAR CATEGORIE DE MIG

(toutes les données sont en euros)

**Tableau 7A (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION 2009 PAR REGION DES DOTATIONS MERRI «PART FIXE »**

Régions	Part fixe des MERRI
Alsace	25 747 852,74
Aquitaine	72 201 790,00
Auvergne	16 493 518,00
Basse-Normandie	31 856 179,00
Bourgogne	27 016 548,00
Bretagne	59 666 549,00
Centre	20 238 933,62
Champagne-Ardenne	27 443 160,53
Corse	0
Franche-Comté	11 465 041,00
Guadeloupe	12 958 910,00
Guyane	0
Haute-Normandie	34 484 542,00
Ile-de-France (APHIP)	427 512 571,00
Ile-de-France (hors APHP)	104 544 538,04
La Réunion	11 937 054,10
Languedoc-Roussillon	37 161 062,00
Limousin	12 740 178,00
Lorraine	25 195 770,00
Martinique	17 977 739,00
Midi-Pyrénées	64 939 819,86
Nord-Pas-de-Calais	76 889 202,00
Pays-de-la-Loire	32 923 086,00
Picardie	17 072 459,00
Poitou-Charentes	12 170 509,00
Provence-Alpes-Côte-D'azur	129 601 402,00
Rhône-Alpes	184 214 649,00

**Tableau 7B (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION 2009 PAR REGION DES DOTATIONS MERRI « RECHERCHE MEDICALE ET INNOVATION »(art. D. 162-6 1°a du CSS)**

Régions	Structures d'appui à la recherche clinique (CIC, CIT, CEC)	Centres de ressources biologiques	Actions de recherche faisant l'objet d'un contrat entre les EPCS et les établissements de santé	STIC (programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses)	Emploi de techniciens et d'ARC pour les essais cliniques (politique de lutte contre le cancer)	PHRC (programme hospitalier de recherche clinique)	Délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC)
Alsace	470 233	297 742	368 000	50 000	509 945	963 500	380 000
Aquitaine	5 327 198	811 281	0	1 091 000	425 726	1 931 000	775 646
Auvergne	926 757	207 322	0	93 393	471 318	3 120 214	326 902
Basse-Normandie	107 835	876 800	0	350 000	187 132	1 713 158	0
Bourgogne	2 971 231	668 545	115 000	0	260 358	1 550 000	674 877
Bretagne	2 158 409	1 013 306	92 000	605 000	0	3 797 000	575 000
Centre	1 160 862	376 552	89 596	50 000	224 166	1 726 000	250 000
Champagne-Ardenne	13 214	418 950	46 000	0	267 360	742 000	280 000
Corse	0	0	0	0	0	0	0
Franche-Comté	293 923	236 553	0	495 000	130 607	1 128 000	201 000
Guadeloupe	500 267	0	0	118 000	0	0	0
Guyane	0	0	0	0	0	0	0
Haute-Normandie	1 969 006	497 297	53 000	1 625 000	0	1 831 000	273 000
Ile-de-France (APHP)	9 580 559	5 904 421	3 197 000	10 077 000	901 747	33 475 000	2 064 576
Ile-de-France (hors APHP)	4 441 333	1 869 734	598 000	4 742 269	125 533	5 403 000	0
La Réunion	300 614	34 185	0	0	197 662	174 000	0
Languedoc-Roussillon	1 014 250	276 677	368 000	300 000	541 246	2 375 000	630 000
Limousin	128 228	311 209	300 000	406 781	173 090	826 000	250 000
Lorraine	2 461 727	886 718	161 000	2 144 944	92 300	2 060 799	325 001
Martinique	0	58 529	0	711 000	0	57 000	0
Midi-Pyrénées	2 509 755	467 615	736 000	0	569 476	4 123 000	380 000
Nord-Pas-de-Calais	5 188 119	426 778	184 000	5 886 824	0	2 177 000	678 823
Pays-de-la-Loire	3 497 513	2 998 090	439 315	619 274	1 055 547	5 639 809	381 378

Picardie		0	722 027	0	273 000	152 873	551 000	171 225
Poitou-Charentes	2 425	248	545 706	457 000	160 010	588 000	509 094	
Provence-Alpes-Côte-D'azur	6 907 618	1 744 453	0	1 518 917	323 575	6 646 400	332 381	
Rhône-Alpes	3 505 073	1 022 541	1 081 000	3 791 360	985 390	6 260 350	1 075 000	

**Tableau 7B bis (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION 2009 PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENTS DES DOTATIONS MERRI « RECHERCHE MEDICALE ET INNOVATION »
(Art. D. 162-6 1° a du code de la sécurité sociale)**

Régions	Structures d'appui à la recherche clinique (CIC, CIT, CEC)	Centres de ressources biologiques	Actions de recherche faisant l'objet d'un contrat entre les EPCS et les établissements de santé	STIC (programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses)	Emploi de techniciens et d'ARC pour les essais cliniques (politique nationale de lutte contre le cancer)	PHRC (programme hospitalier de recherche clinique)	Délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC)
APHP	9 580 559	5 904 421	3 197 000	10 077 000	901 747	33 475 000	2 064 576
CH	511 276	766 813	91 999	745 363	709 884	1 121 089	0
CHR & CHRU	18 072 725	9 641 788	4 186 024	17 330 355	3 677 435	43 878 641	8 469 326
CLCC	26 273 627	4 733 421	852 594	5 107 185	2 189 050	9 384 500	0
Cliniques	9 564	0	0	0	192 025	0	0
EBNL - PSPH	482 244	1 043 588	46 000	2 145 859	84 918	999 000	0
EBNL - non PSPH	0	0	0	0	0	0	0
SSA	0	37 542	0	0	0	0	0

Tableau 7C (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION PAR REGION DES DOTATIONS MERRI « ENSEIGNEMENT, EXPERTISE, REFERENCE ET RECOURS »
(Art. D. 162-6 1°b et c du code de la sécurité sociale)

REGIONS	Centres mémoire de ressources et de recherche	Stages de résidents de radiophysiciens	Centres de ressources sur les maladies professionnelles	COREVIH	Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage	Centres de référence pour la prise en charge des maladies	Actions de formation et de téléenseignement	Centres de référence sur l'hépatite	Centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose	Centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique	Centres de référence sur le mort subite du nourrisson	Centres de référence d'implantation cochléaire	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal	Centres nationaux de référence pour la lutte contre les	Pôles de référence hépatite C	Centres de référence pour les infections ostéo-articulaires
Alsace	715 405	127 181	-	1 098 975	118 496	1 694 284	-	-	-	-	-	-	367 520	-	-	-
Aquitaine	362 473	63 759	438 798	644 043	205 970	1 819 084	-	331 498	484 879	453 425	76 153	512 708	753 440	-	-	-
Auvergne	346 373	63 190	329 152	116 646	471 557	1 441 982	-	-	-	130 761	25 933	-	177 932	-	-	-
Basse-Normandie	364 845	70 262	385 671	349 992	280 017	1 086 718	-	-	-	-	414 700	-	-	-	-	-
Bourgogne	850 857	43 054	146 839	343 492	200 104	480 250	92 776	314 342	482 462	196 702	151 036	39 300	684 427	158 112	-	-
Bretagne	275 216	135 912	293 890	730 357	114 755	2 966 711	-	236 044	294 237	-	190 863	-	496 629	-	-	-
Centre	238 242	162 739	200 813	429 539	321 795	278 454	-	-	-	-	-	264 684	464 954	496 164	-	152 351
Champagne-Ardenne	474 614	63 000	184 400	46 920	323 000	515 000	-	216 000	215 354	-	27 500	150 000	220 000	71 320	191 000	149 278
Corse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Franche-Comté	395 234	63 000	100 405	236 504	220 000	11 155	-	227 236	319 328	14 588	77 927	120 002	410 259	-	62 404	-
Guadeloupe	-	-	-	660 737	-	-	-	-	-	-	-	-	78 120	-	-	-
Guyane	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haut-Normandie	655 022	10 775	507 468	376 635	217 468	718 679	407 692	235 570	459 771	-	143 263	301 671	314 160	62 252	-	-
Normandie	1 067 041	128 426	1 261 766	4 463 898	2 816 801	73 203 098	-	-	-	-	405 548	3 557 029	1 575 017	8 121 487	-	315 338
APHU	-	364 743	405 065	219 173	-	3 381 931	-	288 809	297 253	-	-	-	750 000	-	-	147 500
le-De-France (Hors APHP)	-	-	-	266 433	-	761 067	-	16	458 684	-	12 000	-	423 589	-	-	-
Languedoc-Roussillon	468 119	159 848	124 698	571 541	362 585	1 263 311	-	194 963	637 227	684 499	246 229	374 126	633 958	269 473	-	-
Limousin	401 388	31 500	16 189	-	160 106	595 266	-	79 437	206 105	194 453	51 375	-	163 908	-	524 188	-
Lorraine	449 999	156 376	420 000	295 949	380 000	612 976	-	390 000	1 000 000	190 000	111 092	-	307 100	-	500 000	-
Martinique	-	-	-	786 589	-	1 165 453	1 438 463	-	-	-	-	-	251 232	-	25 813	-
Midi-Pyrénées	546 887	124 040	605 700	720 993	923 098	2 724 585	35 147	336 277	1 888 995	885 828	52 740	800 462	1 176 683	29 035	323 951	150 884
Nord-Pas-De-Calais	986 332	63 000	1 139 579	397 048	378 401	5 051 943	51 234	-	-	128 030	237 792	1 082 945	700 400	-	277 730	147 500
Pays-De-La-Loire	384 749	157 500	363 455	756 601	134 540	3 382 638	-	20 303	-	-	6 748	592 789	596 185	-	-	-
Picardie	583 384	63 000	52 465	209 490	260 863	199 078	-	132 136	245 846	-	167 207	-	193 846	-	-	-
Poitou-Charentes	264 889	20 436	-	-	-	314 205	-	-	-	-	-	1 345	210 591	-	-	-
PACA	813 743	290 231	434 145	1 858 556	528 823	5 743 500	-	-	-	-	24 953	-	1 010 323	-	-	-
Rhône-Alpes	785 025	247 037	370 055	1 088 209	1 155 973	7 880 737	-	121 111	-	18 445	25 800	-	1 014 442	555 996	-	148 906

Tableau 7C bis (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENT DES DOTATIONS MERRI « ENSEIGNEMENT, EXPERTISE, REFERENCE ET RECOURS »
(Art. D. 162-6 1° b et c du code de la sécurité sociale)

Catégorie	Centres de recherche de mémoire	Stage de résidents de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	Centres de ressources sur les maladies professionnelles	COREVIH (comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH)	Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	Centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	Actions de téléenseignement et de téléformation	Centres de référence sur l'hémophilie	Centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose	Centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique	Centres de référence sur la mort subite du nourrisson	Centres de référence d'implantation cochléaire	Centres pluridisciplinaires de diagnostics prénatal	Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnées à l'article L. 1413-4 CSP	Centres de référence pour les infections ostéo-articulaires	
APHP	1 067 041,00	128 426,00	1 261 766,00	4 463 898,00	2 816 801,00	73 203 098,00	0,00	0,00	0,00	0,00	405 548,00	3 557 029,00	1 575 017,00	8 121 487,00	0,00	315 338,00
CH	70 315,55	137 112,00	704 270,73	899 803,57	149 039,90	3 702 063,58	226 141,00	348 898,00	1 050 173,59	0,00	123 092,00	0,00	1 868 026,00	0,00	0,00	0,00
CHR	10 251 719,01	655 619,20	5 814 515,35	11 304 618,51	6 608 510,84	37 246 297,52	1 767 170,87	2 754 843,91	5 939 967,16	2 896 731,15	1 920 219,30	4 240 031,97	9 174 977,99	1 642 352,63	1 905 086,18	748 918,41
CLCC	40 762,00	1 603 640,48	0,00	0,00	0,00	1 085 550,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cliniques	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	94 484,00	0,00	0,00	0,00
EBNL - PSPH	0,00	62 662,06	0,00	0,00	0,00	2 055 095,94	32 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	251 300,00	0,00	0,00	147 500,00
EBNL - non PSPH	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10 911,00	0,00	0,00	0,00
SSA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tableau 7D (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION PAR REGION DES DOTATIONS MERRI « ACTIVITES INNOVANTES ET EXPERIMENTALES »
(Art. D. 162-6 1° d du code de la sécurité sociale)

Régions	Laboratoires d'oncogénétique , de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique	Médicaments bénéficiant d'une ATU en application des dispositions de l'article L.5121- 12 CSP	Actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocytologie non pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 CSS	Implants cochléaires	Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	Centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle
Alsace	1 372 116,47	1 188 058,60	8 617 385,56	64 999,60	0,00	0,00
Aquitaine	2 334 615,00	1 527 187,00	8 259 859,00	115 000,00	0,00	0,00
Auvergne	2 963 789,00	225 316,00	3 600 623,00	65 000,00	0,00	0,00
Basse-Normandie	1 734 212,00	1 953 967,00	3 824 784,00	0,00	0,00	0,00
Bourgogne	725 691,00	1 424 382,00	3 950 187,00	226 307,00	0,00	96 630,00
Bretagne	6 265 037,00	2 137 065,00	10 410 133,00	170 000,00	0,00	0,00
Centre	835 881,06	3 242 669,96	3 481 579,16	60 000,00	0,00	0,00
Champagne-Ardenne	1 542 107,80	695 700,00	4 204 633,44	85 000,00	132 215,00	0,00
Corse	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Franche-Comté	141 000,00	4 19 093,00	2 488 536,00	57 116,00	0,00	0,00
Guadeloupe	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Guyane	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Haute-Normandie	2 917 398,00	1 048 466,00	2 908 850,00	60 000,00	0,00	0,00
Ile-De-France (APHP)	27 120 876,00	28 461 846,00	86 565 238,00	740 000,00	0,00	0,00
Ile-De-France (Hors APHP)	6 211 430,19	4 445 817,25	19 246 697,99	0,00	0,00	0,00
La Réunion	1 462 299,71	245 943,48	1 582 210,58	0,00	0,00	0,00
Languedoc-Roussillon	5 853 142,00	2 140 545,00	3 612 307,00	0,00	450 000,00	0,00
Limousin	1 105 345,00	1 022 535,00	3 737 027,00	0,00	47 846,00	0,00
Lorraine	3 259 448,00	1 884 350,00	6 931 849,00	65 000,00	624 000,00	0,00
Martinique	0,00	473 429,00	8 928,00	267 333,00	0,00	0,00
Midi-Pyrénées	761 100,11	1 451 435,08	8 629 343,44	422 373,66	0,00	0,00
Nord-Pas-De-Calais	7 917 481,00	4 832 037,00	11 682 883,00	115 000,00	0,00	0,00
Pays-De-La-Loire	3 599 782,00	2 426 369,00	8 100 511,00	0,00	0,00	0,00
Picardie	937 919,00	239 563,00	2 926 753,00	0,00	0,00	0,00
Poitou-Charentes	899 209,00	485 078,00	4 949 072,00	278 344,00	0,00	218 963,00
Provence-Alpes-Côte-D'Azur	6 119 189,71	1 890 256,09	27 555 602,16	0,00	0,00	0,00
Rhône-Alpes	9 984 783,00	7 831 822,00	13 549 895,00	1 215 679,00	1 998 114,00	182 656,00

Tableau 7D bis (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENT DES DOTATIONS MERRI « ACTIVITES INNOVANTES ET EXPERIMENTALES »
(Art. D. 162-6 1° d du code de la sécurité sociale)

Catégorie	Laboratoires d'oncogénétique , de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique	Médicaments bénéficiant d'une ATU en application des dispositions de l'article L.5121- 12 CSP	Actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocyt- pathologie non inscrits sur la liste prévus à l'article L.162-1-7 CSS	Implants cochléaires	Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	Centres de référence pour le traitement de l'hypercholesté- rolémie majeure par épuration extracorporelle
APHP	27 120 876,00	28 461 846,00	86 565 238,00	740 000,00	0,00	0,00
CH	3 924 249,60	9 829 485,61	17 090 802,90	267 332,77	9 127,00	0,00
CHR	49 336 644,87	28 837 091,70	117 936 074,14	2 999 819,49	3 064 822,00	498 249,00
CLCC	13 767 457,66	1 499 602,91	18 157 687,49	0,00	178 226,00	0,00
Cliniques	0,00	346 354,00	29 019,00	0,00	0,00	0,00
EBNL - PSPH	1 914 623,92	421 233,23	6 457 185,79	0,00	0,00	0,00
EBNL - non PSPH	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SSA	0,00	2 297 317,00	4 588 880,00	0,00	0,00	0,00

Tableau 7E (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION PAR REGION DES DOTATIONS DES AUTRES MIG « VEILLE ET VIGILANCE »
(Art. D. 162-6 2° a du code de la sécurité sociale)

Régions	Comités régionaux chargés du suivi et de l'analyse des pratiques de prescription régionales	CCLIN	Centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'études et d'information sur la pharmacovigilance	Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance	Centres antipoison	Registres à caractère épidémiologique	ARLIN
Alsace	97 421	0	169 699	197 990	426 055	131 575	140 685
Aquitaine	806 824	843 257	382 873	245 882	478 182	769 484	60 000
Auvergne	0	0	19 731	238 703	0	50 293	159 494
Basse-Normandie	83 501	0	341 864	0	0	25 981	92 356
Bourgogne	62 169	0	479 791	130 084	0	443 971	241 211
Bretagne	129 389	654 734	321 911	343 832	500 327	0	40 029
Centre	395 433	0	469 821	213 012	0	0	283 923
Champagne-Ardenne	131 851	0	207 934	182 235	0	155 455	174 718
Corse	0	0	0	75 408	0	0	85 000
Franche-Comté	-152 429	0	110 258	518 563	0	281 176	170 000
Guadeloupe	0	74 000	0	150 000	0	0	0
Guyane	0	0	0	0	0	0	0
Haute-Normandie	209 864	268 244	252 912	200 804	13 354	0	0
APHP	500 000	1 427 583	2 320 059	484 964	1 379 039	1 140 452	184 000
Ile-De-France (Hors APHP)	286 221	0	0	478 138	0	0	0
La Réunion	37 128	0	0	236 559	0	230 000	328 801
Languedoc-Roussillon	154 902	0	511 614	159 497	0	26 747	224 181
Limousin	95 593	0	283 300	133 913	0	143 000	40 000
Lorraine	127 016	590 408	505 757	250 000	760 000	0	170 328
Martinique	239 402	490 137	507 110	284 509	0	0	0
Midi-Pyrénées	127 104	0	0	338 411	832 383	238 152	346 775
Nord-Pas-De-Calais	589 734	110 000	0	209 834	1 306 125	203 797	365 326
Pays-De-La-Loire	311 420	0	534 889	155 355	858 938	60 953	259 453
Picardie	0	0	69 288	126 394	0	0	291 426
Poitou-Charentes	146 923	225 309	207 221	171 009	0	144 524	150 214
Provence-Alpes-Côte-D'Azur	156 888	385 868	330 026	139 143	959 737	432 610	0
Rhône-Alpes	189 642	1 189 071	4 066 090	0	1 671 177	0	115 425

Tableau 7E bis (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENT DES DOTATIONS DES AUTRES MIG « VEILLE ET VIGILANCE »
(Art. D. 162-6 2° a du code de la sécurité sociale)

Catégorie	Comités régionaux chargés du suivi et de l'analyse des pratiques de prescription régionales	OCLIN	Centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'études et d'information sur la pharmacovigilance	Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance	Centres antipoison	Registres à caractère épidémiologique	ARLIN
APHP	500 000	1 427 583	2 244 125	484 964	1 379 039	1 140 452	184 000
CH	33 596	126 834	361 661	1 511 488	-	267 812	413 801
CHR	2 879 976	4 479 292	8 990 829	3 667 787	7 806 278	2 349 687	3 325 544
CLCC	1 084 083	97	-	-	-	693 471	-
Cliniques	-	225 000	-	-	-	-	-
EBNL - PSPH	228 341	-	-	-	-	26 747	-
EBNL - non PSPH	-	-	-	-	-	-	-
SSA	-	-	-	-	-	-	-

**Tableau 7F (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION PAR REGION DES DOTATIONS DES AUTRES MIG « EQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES »
(Art. D. 162-6 2° b du code de la sécurité sociale)**

Régions	Equipes hospitalières de liaison en addictologie	Equipes mobiles de gériatrie	Equipes mobiles de soins palliatifs	Equipes de cancérologie pédiatriques
Alsace	1 767 008	1 350 332	3 286 635	294 297
Aquitaine	1 807 831	2 998 090	4 081 096	575 932
Auvergne	753 642	1 375 784	2 047 645	567 057
Basse-Normandie	1 782 287	1 510 461	4 654 728	235 435
Bourgogne	829 187	1 745 482	3 199 505	110 578
Bretagne	1 629 838	3 191 272	2 952 753	448 710
Centre	970 801	1 540 337	5 318 796	294 862
Champagne-Ardenne	739 240	1 029 826	2 747 086	166 591
Corse	-	580 834	525 284	-
Franche-Comté	512 266	829 130	2 380 125	180 000
Guadeloupe	-	87 919	696 259	-
Guyane	-	-	-	-
Haute-Normandie	919 917	1 157 449	2 702 199	400 470
APHP	2 004 223	4 010 051	6 995 566	2 468 900
Ile-De-France (Hors APHP)	3 166 161	6 299 463	12 505 126	2 222 495
La Réunion	335 264	995 700	1 429 653	136 508
Languedoc-Roussillon	2 370 033	2 179 410	5 535 131	340 436
Limousin	321 260	1 735 790	1 431 370	83 334
Lorraine	1 100 680	1 430 000	4 716 353	400 000
Martinique	487 476	334 221	649 667	-
Midi-Pyrénées	803 801	3 572 071	4 847 754	509 120
Nord-Pas-De-Calais	2 959 265	4 086 428	5 247 935	809 375
Pays-De-La-Loire	1 243 134	2 367 155	4 738 754	283 658
Picardie	2 521 617	1 672 089	4 168 794	53 847
Poitou-Charentes	246 134	1 938 375	3 362 352	187 944
Provence-Alpes-Côte-D'Azur	4 206 535	5 821 077	7 376 736	870 222
Rhône-Alpes	4 289 068	5 416 428	8 903 529	1 587 280

Tableau 7F bis (source ARBUST-MIGAC / ATH / DGOS USID)
REPARTITION PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENT DES DOTATIONS DES AUTRES MIG « EQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES »
(Art. D. 162-6 2°b du code de la sécurité sociale)

Catégorie	Equipes hospitalières de liaison en addictologie	Equipes mobiles de gériatrie	Equipes mobiles de soins palliatifs	Equipes de cancérologie pédiatriques
APHP	2 004 223	4 010 051	6 995 566	2 468 900
CH	27 413 497	42 301 926	67 722 059	958 488
CHR	7 452 788	10 255 551	17 073 469	6 746 094
CLCC	16 762	296 084	6 329 194	3 003 569
Cliniques	36 000	235 000	1 364 432	-
EBNL - PSPH	843 397	1 999 188	5 918 223	50 000
EBNL - non PSPH	-	157 370	1 097 886	-
SSA	-	-	-	-

**Tableau 7G (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
 REPARTITION PAR REGION DES DOTATIONS DES AUTRES MIG « PRODUITS HUMAINS »
 (Art. D. 162-6 2° c du code de la sécurité sociale)**

Régions	Lactariums mentionnés à l'article L.2323-1 du CSP	Recueil, le traitement et la conservation des gamètes ainsi que la conservation des embryons dans les conditions prévues aux articles L. 1244-5 et R. 1244-1 CSP	Prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté
Alsace	653 289	575 956	0
Aquitaine	315 182	578 268	190 534
Auvergne	4 346	946 759	0
Basse-Normandie	17 337	347 461	0
Bourgogne	245 223	1 085 260	0
Bretagne	829 116	630 106	0
Centre	384 969	2 239 771	0
Champagne-Ardenne	99 548	228 381	0
Corse	0	0	0
Franche-Comté	0	606 497	0
Guadeloupe	0	0	0
Guyane	0	0	0
Haute-Normandie	0	161 521	0
APHP	0	2 555 921	0
Ile-De-France (Hors APHP)	290 097	251 000	0
La Réunion	0	0	14
Languedoc-Roussillon	122 045	460 073	422 939
Limousin	0	0	91 759
Lorraine	0	400 000	0
Martinique	0	0	0
Midi-Pyrénées	0	739 917	58 736
Nord-Pas-De-Calais	285 155	1 086 915	550 498
Pays-De-La-Loire	354 847	92 526	0
Picardie	247 897	185 715	0
Poitou-Charentes	338 814	0	845
Provence-Alpes-Côte-D'Azur	0	603 267	0
Rhône-Alpes	364 139	1 614 102	0

Tableau 7G bis (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENT DES DOTATIONS DES AUTRES MIG « PRODUITS HUMAINS »
(Art. D. 162-6 2° c du code de la sécurité sociale)

Catégorie	Lactariums mentionnés à l'article L.2323-1 du CSP	Recueil, le traitement et la conservation des gamètes ainsi que la conservation des embryons dans les conditions prévues aux articles L. 1244-5 et R.1244-1 CSP	Prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté
APHP	-	2 555 921	-
CH	492 551	1 040 627	92 164
CHR	3 769 357	11 622 869	1 123 161
CLCC	-	-	-
Cliniques	-	15 000	-
EBNL - PSPH	290 097	155 000	100 000
EBNL - non PSPH	-	-	-
SSA	-	-	-

**Tableau 7H (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION PAR REGION DES DOTATIONS DES AUTRES MIG « PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES »
(Art. D. 162-6 2°d, e, f, g, h et i du code de la sécurité sociale)**

Régions	PASS	La prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'exérieur des établissements de santé	Unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des maisons médicales	Réseaux de télésoin, notamment la télé-médecine	Centres d'éthique nationaux	Consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH	Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents	Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques	Structures spécialisées dans la gestion du risque NRBC	Consultations mémoires	L'emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique	Les consultations hospitalières d'audiologie	Structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle	Les consultations hospitalières de génétique	La nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'HAD
Alsace	580 271	-	463 609	-	-	-	582 775	-	741 736	249 108	1 005 418	996 381	1 151 825	2 960 892	519 380	848 542
Aquitaine	1 414 851	727 410	295 054	-	66 210	-	265 777	159 372	1 775 843	526 016	3 660 879	1 501 674	2 332 439	3 095 002	711 127	465 217
Auvergne	504 536	-	-	-	88 125	41 867	221 804	408 650	1 392 062	-	1 745 033	2 439 946	1 543 096	1 592 415	556 573	274 935
Basse-Normandie	626 878	202 850	-	-	137 333	37 843	460 487	-	1 799 653	-	1 764 248	709 616	1 182 216	1 812 881	479 492	21 568
Bourgogne	18 008 579	48 723	-	164 229	309 602	110 114	416 212	-	1 963 628	-	843 231	809 786	1 359 316	990 325	621 357	-
Bretagne	1 529 690	-	285 737	-	-	73 739	654 031	3 672	1 639 005	257 580	2 977 723	645 072	1 705 625	1 622 762	1 659 877	411 988
Centre	828 218	-	-	-	-	-	630 404	221 275	1 654 365	61 522	1 446 381	554 178	1 445 448	2 387 372	2 303 217	-
Champagne-Ardenne	346 939	-	-	-	82 542	400 000	675 854	148 000	2 119 245	44 695	1 319 112	155 561	740 272	767 041	401 381	-
Corse	77 549	-	-	-	-	-	94 239	-	-	59 481	440 910	10 502	257 469	-	-	-
Franche-Comté	500 559	-	-	-	160 427	-	93 216	-	1 990 955	-	553 323	269 991	530 971	1 726 136	176 943	-
Guadeloupe	3 890 894	-	-	-	-	-	137 651	-	-	-	-	-	162 890	316 750	171 000	-
Guyane	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	214 700	-	-	-	-	-
Haute-Normandie	1 075 123	-	-	-	34 649	-	288 222	169 079	1 005 064	518 863	1 261 771	998 541	1 542 170	668 007	747 825	291 715
APHP	10 584 088	2 432 454	594 901	-	1 535 688	1 309 792	1 237 636	8 476 146	17 739 030	-	2 888 990	18 194 947	12 841 377	12 118 315	8 096 951	6 899 746
Ile-De-France (Hors APHP)	3 612 048	9 570 906	-	285 601	124 374	-	1 976 569	630 917	3 025 230	333 603	4 033 721	4 988 411	3 246 546	3 631 311	313 618	53 900
La Réunion	663 978	-	-	96 409	85 213	-	552 679	130 938	777 012	551 191	451 989	300 145	468 437	729 681	539 129	28 634
Languedoc-Roussillon	1 205 292	-	148 374	300 000	460 304	-	470 190	296 000	2 270 377	37 350	3 248 960	533 148	1 399 359	1 939 762	828 993	262 135
Limousin	371 287	-	-	-	1 382 234	-	329 763	-	621 367	-	867 512	297 133	568 759	401 485	61 058	-
Lorraine	1 177 358	-	300 000	-	-	-	581 220	70 000	2 244 036	625 000	2 628 098	681 854	1 765 453	2 486 440	347 186	-
Martinique	326 145	-	-	-	-	-	770	-	1 779 434	806 891	806 619	260 292	312 264	717 419	110 895	-
Midi-Pyrénées	1 199 455	443 884	298 688	62 202	1 036 538	-	1 086 399	67 951	4 964 082	384 063	1 658 366	674 643	2 602 844	2 880 769	597 348	881 475
Nord-Pas-De-Calais	7 291 684	-	464 275	234 128	233 433	-	276 505	156 000	4 903 217	641 592	3 113 660	868 486	3 349 367	1 910 708	1 245 083	3 049 618
Pays-De-La-Loire	2 009 118	-	145 014	-	126 302	1 694	1 864 098	310 042	1 316 830	-	3 003 311	1 653 275	1 120 893	1 124 483	1 374 032	239 927
Picardie	983 142	-	-	-	1 220 159	-	455 660	169 880	3 953 553	-	1 016 523	1 133 184	854 554	1 802 864	402 980	-
Poitou-Charentes	1 745 837	-	-	-	67 993	-	1 531 268	157 487	2 445 534	-	1 399 387	494 256	1 272 107	1 111 220	231 400	717 538
Provence-Alpes-Côte-D'Azur	50 553 673	10 460 065	436 705	-	98 935	262 914	1 246 807	-	4 016 476	280 939	3 492 998	2 864 630	1 716 534	6 012 136	1 095 147	378 515
Rhône-Alpes	2 103 641	527 555	482 465	41 767	506 438	201 331	2 307 652	706 378	1 629 065	357 289	4 116 260	5 822 411	2 710 523	7 829 106	1 602 505	4 613 866

**Tableau 7H bis (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENT DES DOTATIONS DES AUTRES MIG « PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES »
(Art. D. 162-6 2° d, e, f, g, h et i du code de la sécurité sociale)**

Catégorie	PASS	La mise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé	Unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des maisons médicales	Réseaux de télésoins, notamment la téléexpertise	Centres d'éthique nationaux	Consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH	Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents	Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques	Structures spécialisées dans la gestion du risque NRBC	Consultations mémorées	L'emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique	Les consultations hospitalières d'audiologie	Structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle	Les consultations hospitalières de génétique	La nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'HAD
APHP	10 584 068	2 432 454	594 901	-	1 535 688	1 309 792	1 237 636	8 476 146	17 739 030	-	2 880 890	18 194 947	12 841 377	12 118 315	8 095 561	6 899 746
CH	59 145 636	14 145 820	-	494 766	2 048 388	1 557	10 889 326	1 657 756	23 660 265	1 179 199	33 570 664	13 962 545	23 293 243	20 049 056	2 033 455	490 374
CHR	30 364 967	5 310 454	2 855 646	0	2 516 538	1 127 768	6 041 322	1 195 768	20 359 554	4 555 985	9 452 537	6 655 762	8 387 427	21 561 289	12 675 954	11 787 668
CLCC	2 945 870	-	-	103 969	329 169	312	-	329 917	2 222 855	-	-	663 648	537 415	2 698 727	2 039 455	260 978
Cliniques	1 455 824	-	-	300 000	536 678	-	-	-	1 740 724	-	539 014	6 756 751	967 648	1 092 528	114 231	-
EBNL - PSPH	3 653 964	1 474 681	464 275	-	65 664	288	239 803	622 100	1 909 876	-	3 478 019	1 196 302	1 843 982	3 792 893	239 810	437
EBNL - non PSPH	5 755 474	1 050 438	-	-	-	-	-	-	-	-	1 913	149 123	164 079	992 762	4 358	-
SSA	-	-	-	285 601	124 374	-	-	-	130 504	-	17 884	279 485	126 582	329 692	-	-

Tableau 71 (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION PAR REGION DES DOTATIONS DES AUTRES MIG « AIDE MEDICALE URGENTE »
(Art. D. 162-6 2° j du code de la sécurité sociale)

Régions	Services d'aide médicale urgente y compris les centres d'enseignement aux soins d'urgences	Services mobiles d'urgence et de réanimation	Centre de consultations médicales maritimes
Alsace	5 917 137	15 948 430	-
Aquitaine	12 286 851	31 473 928	-
Auvergne	6 536 723	15 662 664	-
Basse-Normandie	5 738 492	24 888 897	-
Bourgogne	5 428 573	25 681 872	-
Bretagne	7 815 599	33 603 105	-
Centre	8 923 960	28 458 357	-
Champagne-Ardenne	5 097 475	20 409 553	-
Corse	1 978 096	9 194 465	-
Franche-Comté	5 234 228	15 795 609	-
Guadeloupe	3 515 665	4 739 856	-
Guyane	-	-	-
Haute-Normandie	5 091 087	20 767 680	-
APHP	18 709 009	40 411 298	-
Ile-De-France (Hors APHP)	12 358 230	45 989 091	-
La Réunion	3 785 046	9 200 968	-
Languedoc-Roussillon	9 223 711	17 686 424	-
Limousin	3 779 299	7 778 345	-
Lorraine	6 629 630	29 891 259	-
Martinique	2 031 839	2 788 429	-
Midi-Pyrénées	11 977 812	37 298 088	206 042
Nord-Pas-De-Calais	14 134 375	32 766 354	-
Pays-De-La-Loire	9 660 430	24 892 497	-
Picardie	5 760 840	25 414 842	-
Poitou-Charentes	6 992 521	25 385 867	-
Provence-Alpes-Côte-D'Azur	13 486 026	53 145 093	-
Rhône-Alpes	17 468 760	52 393 203	-

Tableau 71 bis (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)

REPARTITION PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENT DES DOTATIONS DES AUTRES MIG « AIDE MEDICALE URGENTE »
 (Art. D. 162-6 2° j du code de la sécurité sociale)

Catégorie	Services d'aide médicale urgente y compris les centres d'enseignement aux soins d'urgences	Services mobiles d'urgence et de réanimation	Centre de consultations médicales maritimes
APHP	18 709 009	40 411 298	-
CH	105 227 807	464 581 949	-
CHR	85 396 182	139 928 601	206 042
CLCC	- 5 899	-	-
Cliniques	15 000	974 000	-
EBNL - PSPH	219 921	5 127 195	-
EBNL - non PSPH	606	621 048	-
SSA	-	22 083	-

Tableau 7J (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION PAR REGION DES DOTATIONS DES AUTRES MIG « DEFINITION ET MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES PUBLIQUES »
(Art. D. 162-6 3° a du code de la sécurité sociale)

Régions	La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts	Rémunération, charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat	La coordination des instances nationales des directeurs hospitaliers et des présidents de CME et de conférences médicale	Rémunération et charges sociales des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des établissements de santé	Les actions de coopération internationale
Alsace	167 463	130 709	137 822	165 196	52 458
Aquitaine	137 698	212 766	114 010	22 488	362 917
Auvergne	106 500	-	-	152 749	-
Basse-Normandie	-	222 028	-	50 918	-
Bourgogne	59 760	417 940	-	100 800	55 036
Bretagne	220 297	163 336	-	68 960	-
Centre	132 126	466 287	-	66 012	-
Champagne-Ardenne	108 227	78 087	-	-	-
Corse	-	-	-	53 792	-
Franche-Comté	-	129 775	-	-	47 736
Guadeloupe	-	-	-	11 000	-
Guyane	-	-	-	-	-
Haute-Normandie	70 057	293 828	-	56 915	-
APHP	65 470	2 318 790	-	478 053	-
Ile-De-France (Hors APHP)	441 556	7 721 230	-	-	150 603
La Réunion	24 000	-	-	-	-
Languedoc-Roussillon	300 598	132 753	-	78 900	-
Limousin	187 875	-	-	-	31 000
Lorraine	130 708	180 000	-	216 776	-
Martinique	-	-	-	-	-
Midi-Pyrénées	198 450	321 435	-	139 560	183 633
Nord-Pas-De-Calais	205 676	-	-	542 758	368 332
Pays-De-La-Loire	414 434	342 467	23 131	115 730	-
Picardie	110 925	86 908	-	-	-
Poitou-Charentes	196 042	98 651	-	34 198	-
Provence-Alpes-Côte-D'Azur	187 399	144 999	-	348 743	-
Rhône-Alpes	332 350	298 724	27 316	279 371	-

Tableau 7 J bis (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENT DES DOTATIONS DES AUTRES MIG « DEFINITION ET MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES PUBLIQUES » (Art. D. 162-6 3° a du code de la sécurité sociale)

Catégorie	La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts	Rémunération, charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat	La coordination des instances nationales des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de CME et de conférences médicale	Rémunération et charges sociales des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements de santé	Les actions de coopération internationale
APHP	65 470	2 318 790	-	478 053	-
CH	1 197 083	8 519 371	274 963	799 131	149 167
CHR	590 162	2 286 457	81 810	1 224 136	921 946
CLCC	230 488	152 090	-	38 239	-
Cliniques	1 240 139	39 371	-	-	-
EBNL - PSPH	403 513	444 634	-	372 916	180 603
EBNL - non PSPH	70 755	-	12 237	70 444	-
SSA	-	-	-	-	-

**Tableau 7K (source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
 REPARTITION PAR REGION DES DOTATIONS DES AUTRES MIG « SOINS AUX DETENUS ET AUX FEMMES ENCEINTES »
 (Art. D. 162-6 3° b du code de la sécurité sociale)**

Région	Centres périnataux de proximité	Unités de consultations et de soins ambulatoires	Unités hospitalières sécurisées interrégionales	Chambres sécurisées pour détenus
Alsace	1 378 503	3 732 212	-	-
Aquitaine	341 587	7 724 336	1 835 866	-
Auvergne	489 072	2 561 865	-	46 619
Basse-Normandie	1 173 470	3 613 779	-	-
Bourgogne	723 407	3 691 658	-	-
Bretagne	1 681 439	4 447 944	818 000	-
Centre	2 187 330	5 337 468	-	-
Champagne-Ardenne	75 970	3 541 193	-	164 842
Corse	-	1 047 431	-	-
Franche-Comté	53 871	1 638 115	-	87 144
Guadeloupe	-	1 190 185	-	-
Guyane	-	-	-	-
Haute-Normandie	1 250 568	5 258 667	-	49 952
Ile-De-France (APHP)	-	6 293 107	5 205 643	547 200
Ile-De-France (Hors APHP)	-	20 568 716	-	-
La Réunion	171 718	2 833 848	-	216 337
Languedoc-Roussillon	268 217	6 742 743	-	-
Limousin	-	1 668 777	-	-
Lorraine	749 853	7 545 238	3 140 000	-
Martinique	-	1 265 070	-	-
Midi-Pyrénées	1 800 324	6 370 568	1 832 979	87 156
Nord-Pas-De-Calais	-	13 909 419	1 196 534	319 200
Pays-De-La-Loire	205 792	5 438 468	-	40 197
Picardie	985 212	5 105 370	-	195 457
Poitou-Charentes	847 890	4 637 080	-	-
Provence-Alpes-Côte-D'Azur	-	16 684 131	9 459 454	26 248
Rhône-Alpes	3 113 987	11 574 930	3 775 227	288 469

Tableau 7K bis source ARBUST-MIGAC / ATIH / DGOS USID)
REPARTITION PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENT DES DOTATIONS DES AUTRES MIG « SOINS AUX DETENUS ET AUX FEMMES ENCEINTEES »
 (Art. D. 162-6 3°b du code de la sécurité sociale)

Catégorie	Centres périnataux de proximité	Unités de consultations et de soins ambulatoires	Unités hospitalières sécurisées interrégionales	Chambres sécurisées pour détenus
APHP	-	6 293 107	5 205 643	547 200
CH	14 251 202	98 329 533	949 283	1 168 130
CHR	909 608	49 799 678	21 108 778	354 222
CLCC	-	-	-	730
Cliniques	223 349	-	-	-
EBNL - PSPH	2 114 050	-	-	-
EBNL - non PSPH	-	-	-	-
SSA	-	-	-	-

Annexe 2 – Tableau synoptique des MIGAC

Légende des sigles (Les missions dont la ligne est grisée ont été supprimées en 2010 ou antérieurement. Les intitulés tiennent compte des modifications apportées depuis 2005 à certaines missions.)

PF	Part fixe des MERRI
PM	Part modulable des MERRI
PV	Part variable des MERRI
HP	Hors périmètre réforme MERRI
M	Construction modélisée de l'allocation (critères)
Historique	Reconduction et modulation de l'allocation sur la base du socle de 2005
CR	MIG à caractère régional

N°	NOM	Nature	Créée	Sup	CR	Modèle
	PART FIXE DES MERRI	MERRI	2008			PF
	PART MODULABLE DES MERRI	MERRI	2008			PM
	Activités de recours exceptionnel	MERRI	2008			PV
1	Structures d'appui recherche clinique (dont CIC, CEC, CIT)	MERRI	2009			PV
	Centres d'investigation clinique (CIC)	MERRI	2005	2009		
	Centres d'épidémiologie clinique (CEC)	MERRI	2005	2009		
	Centres d'investigation technologique (CIT)	MERRI	2005	2009		
2	Centres de ressources biologiques	MERRI	2005		CR	PV
	Conservation tissus, tumeurs et produits humains pour recherche	MERRI	2005	2009		
3	Projets de recherche PHRC	MERRI	2005			PV
4	Actions de recherche contrat EPCST / ES	MERRI	2005			PV
5	Programmes STIC	MERRI	2005			PV
6	Emploi techniciens et ARC pour essais cliniques (pol nat. de lutte contre le cancer)	MERRI	2005			PV
7	DIRC	MERRI	2006			PV
8	Actions de téléenseignement et de téléformation	MERRI	2005		CR	PV
9	Stages de résidents de radio physiciens (politique nationale de lutte contre le cancer)	MERRI	2005			PV
10	Centres mémoires de ressources et de recherche	MERRI	2005		CR	PV / M
11	Corevih (CISIH jusqu'en 2007)	MERRI	2007			PV / M
12	Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	MERRI	2005			PV
13	Centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	MERRI	2005			PV
14	Centres de référence sur l'hémophilie	MERRI	2005			PV
15	Centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose	MERRI	2005			PV
16	Centres de référence sur la SLA	MERRI	2005			PV
17	Centres de référence sur la mort subite du nourrisson	MERRI	2005			PV
	Centres de ressource de l'autisme	MERRI	2005	2007		
18	Centres de référence d'implantation cochléaire	MERRI	2005			PV

N°	NOM	Nature	Créée	Sup	CR	Modèle
19	Centres de ressources sur les maladies professionnelles	MERRI	2005			PV
20	Centre national d'aide à la prise en charge des ESS transmissibles	MERRI	2006			PV
21	Pôles de référence hépatite C	MERRI	2006			PV
22	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (& Centres DPI en 2010)	MERRI	2007		CR	PV / M
23	Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles	MERRI	2005			PV
24	Centres de référence pour les infections ostéo-articulaires	MERRI	2008			PV
25	Laboratoires oncogénétique, génétique moléculaire, cytogénétique, neurogénétique	MERRI	2005			PV
26	Centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle	MERRI	2005			PV
27	Médicaments bénéficiant d'une ATU	MERRI	2005		CR	HP
28	Actes dentaires, B & P HN sauf hygiène hospitalière / typage HLA	MERRI	2005			HP
	Stimulateurs corticaux profonds	MERRI	2005	2006		
	Implants cochléaires	MERRI	2005	2009		
29	Organes artificiels jusqu'à inscription remboursement	MERRI	2005			PV
30	Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	MERRI	2007		CR	PV
31	Comités rég. sur pratiques de prescription	Autre MIG	2005		CR	Historique
32	CCLIN	Autre MIG	2005			M
33	ARLIN	Autre MIG	2006		CR	M
34	CR Pharmacovigilance & CEI Pharmacovigilance	Autre MIG	2005			M
35	Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance	Autre MIG	2005		CR	Historique
36	Centres antipoison	Autre MIG	2005			M
37	Registres à caractère épidémiologique	Autre MIG	2005			Historique
38	Centre national de ressources de la douleur	Autre MIG	2006			Historique
39	Centre national de ressources soins palliatifs	Autre MIG	2006			Historique
40	Observatoire national de la fin de vie	Autre MIG	2010			Historique
41	Centres coord. des soins en cancérologie (supprimée temporairement en 2009)	Autre MIG	2006			Historique
	Actions de coord et pratiques de soins spécifiques en cancérologie	Autre MIG	2009	2010		
42	Equipes hospitalières de liaison en addicto	Autre MIG	2005		CR	Historique
43	Equipes mobiles de gériatrie	Autre MIG	2005		CR	Historique
44	Equipes mobiles de soins palliatifs	Autre MIG	2007		CR	Historique
	Equipes mobiles de lutte contre la douleur	Autre MIG	2005	2007		
45	Equipes de cancérologie pédiatrique	Autre MIG	2005		CR	Historique
46	Lactariums	Autre MIG	2005		CR	M
47	Recueil, trait., conserv. gamètes embryons	Autre MIG	2005			Historique
48	Prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté	Autre MIG	2007		CR	Historique
	Banques de tissus	Autre MIG	2005	2007		

N°	NOM	Nature	Créée	Sup	CR	Modèle
	Greffes de moelle : consultation fichier national & typage	Autre MIG	2005	2006		
	Greffes cellules souches HPT : inscription et cs fichier nat + typage + transport	Autre MIG	2006	2007		
	Frais examens, hospi, trajets, hbgt et perte salaire pour donneur familial PEC par un ES	Autre MIG	2006	2007		
49	Réseaux de télésanté, notamment télémedecine	Autre MIG	2005		CR	Historique
50	MAD moyens ES pour maisons médicales	Autre MIG	2005		CR	Historique
51	Unités d'accueil et de soins en langue des signes	Autre MIG	2007			M
52	CDAG	Autre MIG	2005		CR	M
53	Actions de prévention et d'éducation thérap. (nutrition, asthme, diabète avt 2006)	Autre MIG	2006		CR	M
54	Centres nationaux d'éthique	Autre MIG	2005			Historique
55	Prévention et gestion des risques (circ. exc.)	Autre MIG	2007		CR	Historique
56	Agents MAD auprès Etat (risques circ.exc.)	Autre MIG	2007			Historique
57	Structures spécialisées dans la gestion du risque NRBC crise sanitaire	Autre MIG	2007			Historique
	Actions et structures + MAD auprès Etat pour prév et gestion risques (circ. exc.)	Autre MIG	2005	2007		
58	Consultations mémoire	Autre MIG	2005		CR	M
	Services de court séjour gériatrique	Autre MIG	2005	2006		
59	Consultations hospitalières d'addictologie (tabacologie avant 2006)	Autre MIG	2005		CR	M
60	Psychologues (ou ASE après 2006) dans les services de soins (PNSP, sauf plan cancer)	Autre MIG	2005		CR	Historique
61	Structures spécialisées PEC douleur chronique rebelle	Autre MIG	2005		CR	M
62	Consultations hospitalières de génétique	Autre MIG	2005		CR	Historique
63	Nutrition parentérale à domicile (sauf HAD)	Autre MIG	2005		CR	Historique
64	Structures pluridisciplinaires spéc. PEC ado	Autre MIG	2005		CR	Historique
	Consultations de suivi post-greffes	Autre MIG	2005	2007		
65	Qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	Autre MIG	2010			Historique
	DA & RCP dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	Autre MIG	2006	2009		
66	SAMU y compris les CESU	Autre MIG	2005		50% CR	Historique
67	SMUR (art. R. 6123-10 CSP)	Autre MIG	2005		50% CR	Historique
68	Centre de consultations médicales maritimes	Autre MIG	2005			Historique
69	Contribution exp. / outils / ENC	Autre MIG	2005			Historique
70	MAD auprès des services de l'Etat	Autre MIG	2005			Historique
71	MAD auprès de l'IGAS	Autre MIG	2009			Historique
72	Coordination des instances de représentation	Autre MIG	2005			Historique
73	MAD auprès des OS	Autre MIG	2005			Historique
74	Actions de coopération internationale	Autre MIG	2005		CR	Historique
75	Gardes et astreintes	Autre MIG	2009			Historique
76	Centres périnataux de proximité (CPP)	Autre MIG	2005		CR	Historique
77	UHSI	Autre MIG	2005			M
78	UCSA	Autre MIG	2005			M
79	Chambres sécurisées pour détenus	Autre MIG	2005			M

N°	NOM	Nature	Créée	Sup	CR	Modèle
80	PEC hospitalière des patients en précarité	Autre MIG	2009			M
81	Permanences d'accès aux soins de santé	Autre MIG	2005		CR	Historique
82	PEC hospitalière des patients en précarité à l'extérieur des établissements	Autre MIG	2006		CR	Historique
	Accompagnement social patients en situation précaire (PASS mobiles)	Autre MIG	2005	2006		
83	Investissement	AC	2005			
84	Restructuration & accompagnement CREF	AC	2006			
85	Développement activité	AC	2005			
86	Renforcement offre	AC	2005			
87	Maintien activité déficitaire SROS	AC	2005			
88	Autres	AC	2005			

Annexe 3 – Textes juridiques

3.1 Extraits du code de la sécurité sociale

Article L. 162-22-13

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 25 | Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005)

(Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 18 Journal Officiel du 21 décembre 2004)

(Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 45 Journal Officiel du 20 décembre 2005)

(Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 10 et 17)

Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code, à ceux relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas.

L'Etat détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale et fixe, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements.

En vue de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé est transmis avant le 15 octobre de chaque année au Parlement et aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés au premier alinéa, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement, ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements.

Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation.

Article L. 162-22-14 1er alinéa

Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par l'Etat en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu à l'article L. 162-22-13.

Article D. 162-6

(Décret n° 2009-294 du 13 mars 2009 art. 1 Journal Officiel du 17 mars 2009 modifiant le Décret n° 2005-246 du 14 mars 2005 art. 2 Journal Officiel du 18 mars 2005)

Peuvent être financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 les dépenses correspondant aux missions d'intérêt général suivantes :

1° L'enseignement, la recherche, le rôle de référence et l'innovation. Notamment, à ce titre :

- a) La recherche médicale et l'innovation, notamment la recherche clinique ;
- b) L'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux ;
- c) La recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours ;
- d) Les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs ;

2° La participation aux missions de santé publique mentionnées ci-dessous :

- a) La vigilance, la veille épidémiologique, l'évaluation des pratiques et l'expertise réalisées par des centres de référence au bénéfice des autorités de santé publique, des établissements de santé ou du public ;
- b) La formation, le soutien, la coordination et l'évaluation des besoins du patient réalisés par des équipes pluridisciplinaires intervenant auprès des équipes soignantes ;
- c) La collecte, la conservation et la distribution des produits d'origine humaine, à l'exception de la part de cette activité couverte par les tarifs de cession ;
- d) Les dispositifs ayant pour objet de favoriser le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci ;
- e) Le dépistage anonyme et gratuit effectué dans les conditions prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique ;
- f) La prévention et l'éducation pour la santé ;
- g) Le conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes ;
- h) La veille sanitaire, la prévention et la gestion des risques sanitaires liés à des circonstances exceptionnelles ;
- i) L'intervention d'équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies en consultation ou en hospitalisation ;
- j) L'aide médicale urgente réalisée par les services d'aide médicale urgente et les services mobiles d'urgence et de réanimation respectivement mentionnés aux articles L. 6112-5 et R. 712-71-1 du code de la santé publique ;

3° La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques dans les domaines suivants :

- a) La politique hospitalière ;
- b) Le développement du dialogue social dans le secteur hospitalier ;
- c) La coopération internationale en matière hospitalière.

4° La permanence des soins hospitalière

Article D. 162-7

(Décret n° 2009-294 du 13 mars 2009 art. 1 Journal Officiel du 17 mars 2009 modifiant le Décret n° 2005-246 du 14 mars 2005 art. 2 Journal Officiel du 18 mars 2005)

Peuvent également être financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 les dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations spécifiques dans les conditions suivantes :

- 1° Prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité ;
- 2° Prise en charge des détenus dans des unités hospitalières spécialisées ou dans les établissements pénitentiaires ;
- 3° Prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé ;
- 4° Prise en charge spécifique des patients en situation de précarité

Article D. 162-8

(Décret n° 2005-246 du 14 mars 2005 art. 2 Journal Officiel du 18 mars 2005)

Un arrêté précise la liste des structures, des programmes et des actions ainsi que des actes et produits pris en charge par la dotation nationale mentionnée à l'article L. 162-22-13 au titre des missions mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7.

Cette dotation participe au financement de ces missions dans la limite des dépenses y afférentes à l'exclusion de la part incombant à d'autres financeurs en application de dispositions législatives ou réglementaires et de celle déjà supportée par l'assurance maladie en application des dispositions législatives ou réglementaires relatives à la prise en charge des soins.

NB : L'arrêté en vigueur en 2009 est celui du 13 mars 2009, modifié depuis par celui du 24 février 2010, ce pourquoi ces deux textes sont présentés *infra*.

Article R. 162-42-4

(Décret N° 2004-1539 du 30 décembre 2004 art. 4)

Dans un délai de quinze jours suivant la publication des arrêtés mentionnés aux articles R. 162-42-1 et R. 162-42-3, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête, pour chaque établissement, 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 dans le respect de sa dotation régionale.

3.2 Extraits du code de la santé publique

Article D.6114-2

(Décret n°2006-1322 du 2 novembre 2006 journal officiel du 3 novembre)

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu par l'article L.6114-1 détermine pour tout titulaire de l'autorisation :

[...]

3° les missions d'intérêt général et les activités de soins dispensés à des populations spécifiques mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, assurés par l'établissement de santé, en précisant les conditions de leur exécution et les modalités de leur évaluation ;

Article D.6114-5

(Décret n°2006-1322 du 2 novembre 2006 journal officiel du 3 novembre)

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévoit des engagements précis et mesurables du titulaire de l'autorisation en vue d'améliorer le service rendu au patient et de renforcer l'efficacité de sa gestion par une meilleure utilisation de ses ressources et le développement d'outils de gestion. Le contrat peut prévoir des actions d'accompagnement et des mesures d'intéressement.

**Liste des possibilités de financement au titre des MIG issue de l'arrêté du 13 mars 2009
modifié par l'arrêté du 24 février 2010**

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

La ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-13 et D. 162-6 à D. 162-8 ;

Vu le décret no 2009-294 du 13 mars 2009 modifiant les articles D. 162-6 à D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 3 mars 2009 ;

Vu l'avis de la Commission des accidents de travail et des maladies professionnelles en date du 4 mars 2009 ;

Vu la lettre de saisine du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 13 février 2009 ;

Vu l'avis no 2008-23 du conseil de l'hospitalisation en date du 16 décembre 2008,

Arrête :

Art. 1. - Peuvent être pris en charge au titre des missions mentionnées au 1° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale, outre les missions générales d'enseignement, de recherche, de référence, d'innovation et de recours faisant l'objet d'un financement forfaitaire, les structures, programmes, actions ainsi que les actes et produits suivants :

1° Au titre de la recherche médicale et de l'innovation :

a) Les structures d'appui à la recherche clinique, notamment les centres d'investigation clinique, les centres d'épidémiologie clinique et les centres d'investigation technologique ;

b) Les centres de ressources biologiques ;

c) Les projets de recherche entrant dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique ;

d) Les actions de recherche faisant l'objet d'un contrat entre les établissements publics à caractère scientifique et technologique et les établissements de santé ;

e) Les programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses ;

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

g) Les délégations interrégionales à la recherche clinique.

2° Au titre des missions d'enseignement et de formation des personnels médicaux et paramédicaux :

a) Les actions de téléenseignement et de téléformation ;

b) Les stages de résidents de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer.

3° Au titre des missions de recherche, d'enseignement, de formation, d'expertise, de coordination et d'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies ainsi que des activités hautement spécialisées :

a) Les centres mémoires de ressources et de recherche ;

b) Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (Corevih) mentionnés à l'article D. 3121-34 du code de la santé publique ;

c) Les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage ;

d) Les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares ;

e) Les centres de référence sur l'hémophilie ;

f) Les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose ;

g) Les centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique ;

h) Les centres de référence sur la mort subite du nourrisson ;

- i) Les centres de référence d'implantation cochléaire ;
- j) Les centres de ressources sur les maladies professionnelles ;
- k) Le centre national d'aide à la prise en charge des encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles ;
- l) Les pôles de référence hépatite C ;
- m) Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ;
 - les centres de diagnostic préimplantatoire ;
- n) Les centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique ;
- o) Les centres de référence pour infections ostéo-articulaires.

4° Au titre des activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou de la dispense des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs :

- a) Les laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique ;
- b) Les centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle ;
- c) Les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation en application des dispositions de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;
- d) Les actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomo-cyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale à l'exception des activités d'hygiène hospitalière et des typages HLA effectués dans le cadre de l'activité de greffe ;
- e) Les organes artificiels jusqu'à la date de leur inscription sur la liste des produits et prestations remboursables ;
- f) Les dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire.

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

1° Au titre des missions de vigilance, de veille épidémiologique, d'évaluation des pratiques et d'expertise :

- a) Les comités régionaux chargés du suivi et de l'analyse des pratiques de prescription régionales en matière de médicaments et de produits et prestations ;
- b) Les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales mentionnés aux articles 6 et 7 de l'arrêté du 3 août 1992 modifié relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- c) Les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales mentionnées dans l'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales ;
- d) Les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance mentionnés aux articles R. 5121-167 et R. 5132-99 du code de la santé publique ;
- e) Les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés aux articles R. 1221-32 à R. 1221-35 du code de la santé publique ;
- f) Les centres antipoison mentionnés à l'article L. 6141-4 du code de la santé publique ;
- g) Les registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au Comité national des registres ;
- h) Le Centre national de ressources de la douleur ;
- i) Le Centre national de ressources pour les soins palliatifs ;
 - l'Observatoire national de la fin de vie ;
 - les centres de coordination des soins en cancérologie.

2° Au titre des missions de formation, de soutien, de coordination et d'évaluation des besoins du patient :

- a) Les équipes hospitalières de liaison en addictologie ;
- b) Les équipes mobiles de gériatrie ;
- c) Les équipes mobiles de soins palliatifs ;
- d) Les équipes de cancérologie pédiatrique.

3° Au titre des missions de collecte, de conservation et de distribution des produits d'origine humaine :

- a) Les lactariums mentionnés à l'article L. 2323-1 du code de la santé publique ;
- b) Le recueil, le traitement et la conservation des gamètes ainsi que la conservation des embryons dans les conditions prévues aux articles L. 1244-5 et R. 1244-1 du code de la santé publique ;
- c) Les prélèvements de tissus lors de prélèvement multi-organes et à cœur arrêté.

4° Au titre des dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci :

- a) Les réseaux de télésanté, notamment la télémedecine ;
- b) La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des maisons médicales mentionnées à l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale ;
- c) Les unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes.

5° Au titre de l'activité de dépistage anonyme et gratuit :

— Les consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou d'autres maladies transmissibles, mentionnées à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique.

6° Au titre des missions de prévention et d'éducation pour la santé :

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

7° Au titre de la mission de conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes :

— Les centres nationaux d'éthique.

8° Au titre des missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques :

- a) Les actions de prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles ;
- b) La rémunération, les charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat chargés de la prévention et de la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles ;
- c) Les structures spécialisées dans la gestion du risque nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique ou d'une crise sanitaire majeure.

9° Au titre de l'intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies :

- a) Les consultations mémoire ;
- b) Les consultations hospitalières d'addictologie ;
- c) 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 ;
- d) Les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle ;
- e) Les consultations hospitalières de génétique ;

- f) La nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile ;
- g) Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents ;
- h) Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie.

10° Au titre de l'aide médicale urgente :

- a) Les services d'aide médicale urgente mentionnés à l'article L. 6112-5 du code de la sécurité sociale, y compris les centres d'enseignement aux soins d'urgence ;
- b) Les services mobiles d'urgence et de réanimation mentionnés à l'article R. 6123-10 du code de la santé publique ;
- c) Le centre de consultations médicales maritimes mentionné à l'arrêté du 10 mai 1995 relatif à la qualification du centre de consultations médicales maritimes de Toulouse comme centre de consultations et d'assistance télémédicale maritimes dans le cadre de l'aide médicale en mer.

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

- 1° La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts ;
- 2° La rémunération, les charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière ou de la gestion des crises sanitaires ;
- 3° La coordination des instances nationales de représentations des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de commission médicale d'établissements et de conférences médicales mentionnées aux articles L. 6144-1, L. 6161-2 et L. 6161-8 du code de la santé publique ;
- 4° La rémunération, les charges sociales des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- 5° Les actions de coopérations internationales en matière hospitalière dans le cadre des politiques de coopération internationale définies par les autorités de l'Etat ;
- 6° La rémunération, les charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'inspection générale des affaires sociales.

Art. 4. - Peuvent être prises en charge au titre des missions mentionnées au 4° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale les dépenses correspondant aux frais de gardes et d'astreintes des personnels des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Art. 5. - Peuvent être prises en charge au titre des missions mentionnées au 1° à 3° de l'article D. 162-7 du code de la sécurité sociale les structures suivantes :

- 1° Les centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R. 6123-50 du code de la santé publique ;
- 2° Les unités hospitalières sécurisées interrégionales ;
- 3° Les unités de consultations et de soins ambulatoires ;
- 4° Les chambres sécurisées pour détenus.

Art. 6. – Peuvent être prises en charge au titre des missions mentionnées au 4° de l'article D. 162-7 du code de la sécurité sociale :

- 1° Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières ;
- 2° Les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 du code de la santé publique ;

3° La prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé.

Art. 7. – L'arrêté du 23 mars 2007, modifié, pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la Sécurité sociale est abrogé.

Art. 8. – La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé et des sports est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 13 mars 2009.
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

Arrêté du 24 février 2010 modifiant l'arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale

La ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-13 et D. 162-6 à D. 162-8;

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

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 24 février 2010 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 10 février 2010 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 11 février 2010 ;

Vu l'avis n° 2009-20 du conseil de l'hospitalisation en date du 15 décembre 2009,

Arrête :

Article 1

Au 3° de l'article 1er de l'arrêté du 13 mars 2009 susvisé, après les mots : « — centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal » est inséré un alinéa ainsi rédigé : « — les centres de diagnostic préimplantatoire ».

Article 2

L'article 2 de l'arrêté du 13 mars 2009 susvisé est ainsi modifié :

1. Le 1° est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« — l'Observatoire national de la fin de vie ;

« — les centres de coordination des soins en cancérologie. »

2 Le dernier alinéa du 9° est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« — les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie. »

Article 3

La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé et des sports est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 24 février 2010
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

Annexe 4 : Synthèse du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur le financement de la recherche de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé. Rapport établi par Pierre-Louis Bras et Dr Gilles Duhamel – novembre 2009 -

L'IGAS a inscrit à son programme de travail, approuvé par les ministres, une mission d'évaluation du financement des missions d'intérêt général dans les établissements de santé. Les investigations ont été conduites au niveau national auprès des institutions intéressées au premier chef la DHOS, en région auprès de cinq ARH et, dans ces régions, auprès de dix-huit établissements.

La tarification à l'activité finance les établissements de santé en fonction des soins qu'ils délivrent. Ce mode de financement ne peut prendre en charge certaines missions assumées par les établissements de santé. Dès 2005, une dotation dite Mission d'Intérêt Général¹ a été constituée. Elle se décompose en deux parties:

- une enveloppe qui vise à financer principalement les activités d'enseignement et de recherche mais aussi les activités de recours et celles liées à l'innovation. Cette enveloppe dite enveloppe Mission Enseignement Recherche, Recours, Innovation (MERRI) s'élevait à 2,5 Mds d'euros en 2008 ;
- une enveloppe qui a vocation à financer toutes les autres missions d'intérêt général. La liste de ces missions, fixée par arrêté, comporte une cinquantaine de rubriques. Les principales en montant sont l'aide médicale urgente soit les SAMU et les SMUR (829 M€), les équipes mobiles de gériatrie et celles de soins palliatifs (151 M€), les unités de consultation et de soins ambulatoires pour les personnes détenues (142 M€), la lutte contre le cancer (plus de 100 M€). Cette enveloppe dite "autres MIG" s'élevait à 1,8 Mds d'euros en 2008.

1° Le financement de l'enseignement et de la recherche

L'enveloppe consacrée à l'enseignement et à la recherche clinique est fondée sur un calcul économétrique réalisé il y a quatorze ans, en 1995, calcul dont il est admis qu'il était frustré. C'est à partir de ce calcul que la dotation consacrée à la recherche et à l'enseignement a été calibrée. Elle représente encore aujourd'hui environ 13% de l'enveloppe globale des dépenses des établissements assumant des fonctions d'enseignement et de recherche. Rien ne garantit donc que les sommes consacrées à l'enseignement et à la recherche correspondent effectivement aux coûts de ces missions pour les établissements. De plus, ce mode de fixation de l'enveloppe conduit de fait à considérer la recherche clinique comme une charge proportionnelle aux dépenses de soins. Or il semble admis que la recherche clinique constitue un investissement stratégique ce qui devrait conduire à calibrer l'enveloppe qui lui est consacrée, non en fonction des dépenses de soins, mais en fonction des opportunités et donc des projets de recherche.

Pour ce qui concerne la répartition de l'enveloppe au titre de la recherche entre les établissements, des progrès ont été accomplis en 2008 et 2009 puisque l'affectation de l'enveloppe dépend plus étroitement des études engagées ou des résultats de la recherche mesurés à travers les publications. Il n'en reste pas moins qu'une part significative de l'enveloppe reste indépendante de l'activité de recherche ou de ses résultats. Au total, un établissement améliore sa situation financière s'il développe les soins mais la dégrade s'il développe la recherche. Heureusement, les décisions d'engager des recherches ne dépendent pas principalement de considérations financières.

Toutefois l'on peut craindre si les préoccupations de retour à l'équilibre financier deviennent de plus en plus prégnantes, si le calcul économique interne se développe au sein des établissements – évolutions promues par ailleurs - que le développement de la recherche ne soit handicapé. En tout état de cause, il est paradoxal que d'une part la recherche soit considérée comme un investissement stratégique et que d'autre part les établissements dégradent leur situation financière s'ils investissent dans la recherche.

La mission recommande donc de faire évoluer progressivement le mode de financement de la recherche. Dans le nouveau modèle cible, il conviendrait tout d'abord de financer à leur coût les structures transversales supports de la recherche sous la réserve de leur évaluation régulière. Quant aux surcoûts par rapport au processus "normal" de dispensation des soins induits par la recherche clinique, ils devraient être intégralement compensés aux établissements. Cette compensation est possible si la recherche est financée par projet ; financement par projet qui permet une évaluation préalable des surcoûts et leur financement intégral. Le financement par projet donne par ailleurs, grâce à une évaluation préalable par les pairs, de meilleures garanties que les financements ne sont dirigés que vers des projets pertinents conduits par des équipes qui ont la capacité de les faire aboutir. Au niveau macroéconomique, l'enveloppe pourrait être constituée par sommation des surcoûts des projets pertinents ce qui permettrait de calibrer l'investissement en recherche clinique en fonction des opportunités de recherche.

Pour ce qui concerne l'enseignement, la mission a constaté que l'enveloppe enseignement/recherche n'a pas évolué avec la progression de la charge d'enseignement : le numérus clausus a doublé depuis que la norme de 13% a été arrêtée. Par ailleurs, les dotations aux établissements ne dépendent pas directement du nombre d'étudiants et d'internes formés. Il est donc proposé de constituer un forfait par étudiant et interne modulé par leur ancienneté et par leur densité dans les services². Il n'est pas possible d'objectiver de manière précise, le coût de l'interne ou de l'étudiant. Pour autant, ce forfait modulé peut être construit par consensus, il permettra de lier les dotations des établissements aux charges qu'ils supportent effectivement au titre de l'enseignement.

2° Le financement des autres missions d'intérêt général

Les autres missions d'intérêt général sont gérées pour l'essentiel par les ARH qui ont vocation à répartir une enveloppe entre les missions et les établissements. Des instructions de la DHOS encadrent cette gestion. Il est demandé aux ARH de dresser un état des besoins, d'établir des priorités, de contractualiser avec chaque établissement sur le niveau et la qualité des activités, d'ajuster les financements en fonction des résultats. Les constats de terrain dans les ARH font apparaître une situation éloignée de ces recommandations. Les ARH ont, pour l'essentiel, reconduit les dotations issues du processus de retraitement comptable utilisé pour calibrer les dotations initiales en 2005. Elles agissent à la marge en essayant d'affecter de manière pertinente les mesures nouvelles fléchées. Il n'y a pas de contrat prévoyant des objectifs quantifiés d'activité et de qualité.

Pour ce qui concerne le premier degré de la gestion budgétaire - vérifier l'adéquation entre les dépenses engagées par les établissements pour les missions d'intérêt général et les dotations allouées – seule une ARH sur les cinq visitées avait procédé à la mi-2009 à un bilan complet et contradictoire mission par mission, établissement par établissement.

Dans ce contexte, il n'est pas possible de répondre à la question : les missions d'intérêt général sont-elles sur ou sous financées ? Le sentiment prévaut toutefois parmi les établissements – mais c'est un sentiment attendu - que les missions d'intérêt général sont sous financées. De même, il est souvent évoqué, tant par les ARH que par les établissements, des activités qui seraient insuffisamment développées faute de financement. Bien évidemment cette incertitude sur les financements des MIG complique le débat autour des établissements en difficulté, les difficultés étant souvent renvoyées à un sous financement des missions d'intérêt général.

Pour expliquer cette situation, les ARH, même si elles saluent le travail effectué par la DHOS pour leur fournir des éléments de référence, évoquent les difficultés à collecter les données pertinentes et à les interpréter, l'insuffisance de leurs moyens et enfin les difficultés "politiques" à opérer des redéploiements de crédits entre établissements. La mission recommande donc de procéder à un rebasage des dotations MIG pour ajuster les dotations aux dépenses. Il s'agit de conduire les ARS à

réaliser un bilan dépenses/dotations en leur demandant dans toute la mesure du possible de procéder aux rationalisations qui s'imposent (arrêt des activités non pertinentes, recherche de l'efficacité des financements). Ce rebasage, par réflexion sur l'enveloppe aide à la contractualisation ou sur les tarifs, est nécessaire pour que puisse être géré le processus de retour à l'équilibre des établissements.

Il est probable que les ARS ne seront pas en mesure de procéder, à l'occasion de ce rebasage, à une rationalisation en profondeur des dépenses c'est-à-dire à ajuster finement les dotations au niveau d'activité, au niveau de besoin et/ou à la qualité des actions entreprises. Malgré les efforts louables entrepris par la DHOS, les ARS manquent encore d'éléments de référence, d'étalonnage pour procéder à ces ajustements. Par ailleurs, elles ne peuvent agir que si un consensus parmi les professionnels concernés a été construit au niveau national. Aussi la mission recommande d'organiser progressivement une rationalisation des financements MIG. Il s'agirait d'investir fortement au niveau national sur une ou deux missions par an pour construire ces références et ce consensus. La mise en œuvre sur le terrain par les ARS de la rationalisation devrait être à la fois accompagnée et contrôlée par la DHOS pour que la tendance, forte sur le terrain, à privilégier la reconduction des budgets historiques ne l'emporte pas. Il faut certainement pour cela renforcer les moyens que la DHOS peut consacrer à cette question.

Il convient enfin de préciser les principes de gestion des missions d'intérêt général en distinguant celles qui peuvent être financées à partir de l'activité réalisée (avec éventuellement un forfait minimal comme dans les cas des services d'urgences), celles pour lesquelles la dotation régionale doit être constituée à partir d'un indice de besoins, à charge pour l'ARS d'organiser l'offre de service correspondante, et enfin celles qui doivent être financées à partir des dépenses engagées par les établissements dès lors que la pertinence de ces dépenses a été validée par les ARS. Pour ces dernières, afin d'éviter d'avoir à procéder à des rebasages successifs, la mission propose de constituer les budgets de manière ascendante. Constituer les budgets de manière ascendante peut sembler inflationniste par rapport à la procédure actuelle. Il restera toutefois possible de limiter ces budgets sur la base d'un choix assumé préférable à la procédure actuelle d'enveloppe descendante indépendante des besoins et/ou des initiatives des établissements.

La mission propose enfin des pistes de réflexion sur certaines missions d'intérêt général parmi les plus coûteuses.