



# **Rapport 2011 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC)**

*(Article L. 162-22-13 Code de la sécurité sociale)*



Introduction générale aux rapports au Parlement sur la convergence, la Tarification à l'Activité et le financement des missions d'intérêt général des établissements de santé pour l'année 2011. ....	5
Synthèse du rapport .....	11
Introduction .....	14
Avant propos : les composantes des MIGAC.....	17
A. Les missions d'enseignement, recherche, référence et innovation (MERRI) .....	17
B. Les autres MIG.....	18
C. Les dotations d'aide à la contractualisation.....	19
➤ Aides à l'investissement .....	19
➤ Développement de l'activité .....	19
➤ Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS .....	19
➤ Amélioration de l'offre .....	19
➤ Restructuration et soutien financier aux établissements .....	20
➤ Autres .....	21
1. Les MIGAC dans la campagne budgétaire.....	22
1.1 Analyse de l'exécution de l'enveloppe MIGAC en 2010 .....	22
1.1.1. La distinction MIG/AC : diminution des crédits alloués en AC .....	22
1.1.2 L'évolution par région .....	23
1.1.3 L'évolution par secteur.....	24
1.1.4 Zoom sur les MIG : recherche, permanence des soins et urgence .....	24
1.1.5 Zoom sur l'aide à la contractualisation : prédominance de l'investissement et des restructurations ....	25
1.2. Une dotation inscrite dans l'évolution d'un ONDAM contraint .....	26
1.3. La péréquation des dotations .....	27
1.3.1. Les MIG à caractère régional : une intensification des efforts de rééquilibrage géographique des dotations régionales.....	27
1.3.2. Les marges de manœuvre régionales en AC .....	28
2. Les principales évolutions intervenues en 2011 .....	30
2.1. L'évolution des modes de délégation : la justification au premier euro et ses perspectives .....	31
2.1.1. Présentation de la démarche de justification au premier euro .....	31
2.1.2. L'extension en 2012.....	32
2.2. Les progrès de la modélisation des dotations .....	32
2.2.1. Le modèle des MERRI a été consolidé en 2011.....	34
2.2.2. Les modélisations conduites en 2011 ont pour l'essentiel concerné trois autres MIG .....	37

2.3. La sécurisation juridique des notifications : le guide de délégation des dotations finançant les AC.....	40
2.3.1. Rappel de la procédure de notification des crédits.....	40
2.3.2. Rappel des règles de délégation à respecter .....	41
3. Les perspectives et travaux en cours.....	42
3.1. La révision du guide méthodologique d’attribution des MIG .....	42
3.1.1. Le contexte .....	42
3.1.2. Le guide méthodologique d’attribution des MIG : un outil à des fins d’objectivation .....	42
3.2 Le financement des activités isolées.....	43
3.3. L’intégration du système d’information .....	43
3.4. Pour l’avenir, tirer les enseignements de la mise en œuvre des MIGAC dans le secteur MCO .....	44
ANNEXES .....	45
Annexe 1 - Données quantitatives .....	45
<i>Annexe 1.1 Les principales mesures nouvelles de la dotation MIGAC inscrites dans la circulaire budgétaire 2011 .....</i>	<i>45</i>
<i>Annexe 1.2 Dotations nationales et délégations régionales 2010 .....</i>	<i>50</i>
Annexe 2 - Tableau synoptique des MIGAC .....	98
Annexe 3 – La place des financements par dotation dans les systèmes de T2A étrangers .	102
Annexe 4 : Textes juridiques.....	104

## Introduction générale aux rapports au Parlement sur la convergence, la Tarification à l'Activité et le financement des missions d'intérêt général des établissements de santé pour l'année 2011.

L'état des lieux de la réforme du dispositif de financement des établissements de santé publics et privés est présenté au Parlement au moyen de trois rapports annuels distincts, relatifs :

- ✓ A la tarification à l'activité (T2A) ;
- ✓ Aux missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC), incluant les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) ;
- ✓ A la convergence tarifaire.

Ces rapports constituent une synthèse de l'évaluation interne opérée par le ministère chargé de la santé, responsable de la mise en œuvre du dispositif de financement de l'hospitalisation sur la base des choix votés par le législateur, ainsi que des évolutions projetées de ce dispositif. Mais il convient de rappeler l'étendue des évaluations externes diverses et approfondies menées sur le modèle de financement, ses évolutions et ses impacts.

Peuvent être évoqués, principalement : les auditions parlementaires, les travaux et rapports de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), ainsi que les nombreuses questions parlementaires auxquelles il est répondu tout au long de la législature et en particulier lors des phases préparatoires aux projets de loi de financement de la sécurité sociale ; les rapports annuels ou thématiques de la Cour des comptes, qui s'est tout particulièrement attachée au secteur de l'hospitalisation depuis la mise en œuvre de la T2A ; les missions et rapports de l'Inspection générale des affaires sociales réalisés à son initiative ou en réponse à une demande d'appui au profit du Ministère de la santé ; les autres rapports ou missions spécifiques dont, par exemple en 2009 le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie consacré à un état des lieux de l'hôpital ou, notamment en 2010, la mission présidée par Monsieur Briet et relative aux moyens de garantir le respect de l'ONDAM.

Si la tarification à l'activité (T2A)<sup>1</sup> ne peut, à elle seule, déterminer la performance, elle constitue un système de financement devant permettre de révéler, à mesure que les déterminants historiques des financements s'estompent, les qualités et les limites des stratégies et des gestions hospitalières. Néanmoins, et comme le paiement à l'acte pour les activités réalisées dans les cabinets libéraux, le paiement au séjour des hospitalisations, base de la tarification à l'activité, peut constituer une incitation à la croissance de l'activité. La T2A doit donc être accompagnée de dispositifs qui permettent de vérifier et garantir l'exactitude du codage d'une part, et, d'autre part, la pertinence et l'efficacité des prises en charge en regard des pathologies considérées.

La rémunération des activités hospitalières doit, en outre, être soutenable et contenue strictement dans le cadre de l'ONDAM, alors que la progression de celui-ci est inférieure à l'augmentation tendancielle des charges. Ceci n'est possible que si la performance médico-économique de la production de soin connaît une amélioration. Or, le système de financement à l'activité doit permettre d'identifier les leviers de performance. Pour cette raison, il est mis en œuvre par la quasi-totalité des pays dont le système de santé est comparable au nôtre.

Ainsi, depuis la généralisation de la T2A pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), les établissements, notamment publics, ont dû faire face à des défis majeurs, source de transformations rapides et profondes de leur pilotage et de leur gestion. Le maintien, dans la durée, du sens et de l'intensité de ces transformations, constitue la double condition du retour à l'équilibre financier des établissements et du respect de l'ONDAM, alors que s'améliorent aussi la qualité et la sécurité des soins.

❖ **La mobilisation des établissements pour l'amélioration de leur performance globale n'a pas connu d'équivalent avant la T2A, en particulier celle des hôpitaux publics.**

La mise en œuvre de la tarification à l'activité a induit et accompagné une révolution profonde des modes de gestion de l'hôpital public dont certains chantiers, compte tenu de leur ampleur, ne vont aboutir qu'au cours des prochaines années. Accompagnant la T2A, est ainsi mobilisée la totalité des leviers de la performance, c'est-à-dire ceux permettant d'améliorer à la fois la qualité et la sécurité des soins et l'efficacité des structures :

- Ne sont plus autorisées des structures, mais des activités ; ne sont plus financés des lits (éventuellement vides), mais les séjours des patients réellement hospitalisés ;
- La convergence intra-sectorielle achevée début 2011 a mis fin, au sein de chacun des deux secteurs, aux iniquités historiques de sur- et sous-dotation des établissements ;
- Révision de l'ensemble des dotations aux fins de s'affranchir des bases historiques au profit de l'objectivation des déterminants des financements et du suivi de leur utilisation (avec un développement en cours des systèmes d'information de l'ATIH) : budget base zéro pour les MERRI dès 2011, pour les autres MIG en 2012 ; passage à la T2A des établissements SSR en 2013, psychiatriques et USLD ensuite ;

---

<sup>1</sup> La T2A s'entend comme le paiement à l'activité (séjours, séances, actes et consultations externes, actes techniques), complété par des dotations (missions d'intérêt général, médicaments, aides à la contractualisation..).

- La répartition de l'activité entre établissements publics et privés n'est plus contrainte, au détriment des premiers, par leur budget limitatif ; en revanche, la convergence intersectorielle impose aux deux secteurs de tendre vers les tarifs les plus efficaces ;
- Mise en place d'une double contractualisation sur les dix priorités nationales de gestion du risque : Etat-ARS et ARS-établissements, pour accélérer la transformation des pratiques ;
- Dynamisation des politiques d'achat ; création de groupements et de centrales d'achats ;
- Encouragement et facilitation des coopérations, des mutualisations (GCS, CHT) ;
- Développement des compétences liées au pilotage stratégique des établissements, concrétisé dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés avec les agences régionales de santé ; diffusion de la culture de la performance médico-économique au sein des établissements notamment par la création des pôles et leur responsabilisation *via* les contrats de pôle ; généralisation en cours de la comptabilité analytique ; lancement des contrats de performance par les ARS avec l'appui de l'ANAP (agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) ;
- Le budget global est remplacé par un état prévisionnel des recettes et des dépenses : l'évaluation prospective de l'activité permet d'effectuer une prévision de recettes autorisant les dépenses ; les contraintes liées au caractère limitatif des ressources précédemment allouées à l'année disparaissent ; le lien entre résultat d'exploitation et capacité d'investir est établi par la capacité d'autofinancement ;
- Amélioration de la qualité comptable : interdiction des reports de charge ; amélioration des processus de contrôle interne et de recouvrement dans la perspective de la facturation directe des séjours dès 2013 et de la certification des comptes pour les premiers établissements à partir de 2015 ;
- Renforcement du suivi et de l'accompagnement individualisé des établissements : revue annuelle au niveau national des projets d'investissements aidés ; déploiement sous l'égide des ARS des contrats ou des plans de retour à l'équilibre financier ; mise sous administration provisoire des établissements défectueux ;
- Renforcement des exigences et des résultats attendus dans le domaine de la qualité par la certification obligatoire et périodique par la Haute Autorité de santé, l'obligation de publicité d'indicateurs et bientôt des incitations financières liées aux résultats dans ce domaine ; possibilité de mise sous administration provisoire en cas de manquement grave à la qualité des soins ;
- Gestion dynamique de la liste des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des séjours ; contrats de bon usage du médicament ; création des OMEDIT (observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et de innovations thérapeutiques).

**❖ L'évolution des dépassements de l'ONDAM et celle des déficits hospitaliers confirment les résultats positifs de l'ensemble de ces efforts qui doivent être poursuivis**

Chaque année, l'évolution tendancielle des charges hospitalière fait l'objet d'un calcul prospectif dont le résultat, mis en regard de l'évolution de l'ONDAM hospitalier, permet d'approcher l'effort de productivité global à réaliser pour atteindre l'équilibre entre les recettes et les dépenses. Cet effort

est ensuite réparti entre les différents compartiments du système de financement. Il est donc possible d'individualiser les efforts attendus de chacun des deux secteurs (ex-DG et ex-OQN<sup>2</sup>).

Le respect de l'ONDAM ou son dépassement, rapproché de l'évolution des déficits hospitaliers, constitue un bon indicateur de l'effectivité des économies retenues en début d'exercice. L'intensité des efforts, qui doivent être maintenus dans la durée à un niveau adapté aux capacités d'adaptation des établissements, peut être jugée à son optimum si le retour à l'équilibre financier est conjugué au respect de l'ONDAM.

Ainsi, s'agissant des hôpitaux publics :

- En 2007, l'ONDAM a été respecté, mais le déficit cumulé du secteur a été important ;
- En 2009, l'ONDAM est dépassé, mais le déficit consolidé régresse fortement ;

L'année 2010 a donc constitué un rendez-vous majeur : la diminution sensible du taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier s'est traduite, mécaniquement, par une augmentation conséquente de l'effort de productivité imposé, alors même que tout dépassement de l'ONDAM était pour la première fois strictement proscrit. Or, malgré ces contraintes fortes, le déficit consolidé des établissements devrait se stabiliser au même niveau que celui de 2009<sup>3</sup>. Cette stabilité ne rend d'ailleurs pas justice aux efforts réalisés : neutralisé des aides au retour à l'équilibre versées à certains établissements en difficulté, le déficit structurel continue de se réduire de 14% en 2010, après s'être déjà considérablement réduit de 23% en 2009.

	2007	2008	2009	2010	2011
ONDAM hospitalier	+3,5%	+3,2%	+3,2%	+2,8%	+2,8%
Economies en construction*	460,00	405,06	302,56	444,51	365,73
<i>Dont ex-DG**</i>	<i>345,41</i>	<i>335,46</i>	<i>250,65</i>	<i>401,52</i>	<i>327,66</i>
Dépassement ONDAM part établissements publics*	0	154	390	0	0
Déficit consolidé établissements publics*	-475	-360	-185	-180***	nc

*\*en M€ \*\*source DGOS \*\*\* données provisoires source DGFIP*

Cependant, la répartition de ce déficit évolue fortement entre 2009 et 2010 : si les CHU réduisent leur déficit global de 85 M€ en 2010 et les centres hospitaliers de grande taille progressent et atteignent l'équilibre, la situation des établissements hospitaliers présentant un budget inférieur à 70 M€ se dégrade nettement. Ainsi, le nombre d'établissements publics en déficit passe de 338 en 2009 à 434 en 2010, soit 41% des établissements publics. Il convient d'indiquer que, selon la fédération de l'hospitalisation privée, le pourcentage des cliniques en situation de déficit était compris entre 31% et 36% en 2009 ; selon des chiffres encore provisoires, elles pourraient être jusqu'à 39% dans ce cas en 2010 (source : FHP/MCO).

Deux enseignements essentiels peuvent être avancés :

- L'effort soutenu d'adaptation des établissements publics et privés mérite d'être souligné : les gains de productivité sont réels, les déficits cumulés se réduisent fortement et l'ONDAM est respecté ; mais la proportion d'établissements en déficit montre que sont atteintes les limites du rythme auquel peuvent évoluer les organisations. L'IGAS recommandait dans son rapport de 2005 « mission d'appui à la mise en œuvre de la convergence intersectorielle »

<sup>2</sup> Désigne les établissements privés à but lucratif relevant antérieurement à la T2A de l'objectif quantifié national.

<sup>3</sup> Source : Direction générale des finances publiques – données provisoires 2010



que l'indicateur retenu pour le « bon » niveau de tension devait être le fait qu'un tiers des cliniques ait une rentabilité sur fonds propres supérieure à 5%. Aujourd'hui, cette situation est atteinte ;

- L'objectif de retour à l'équilibre global des établissements publics dans le respect de l'ONDAM ne sera atteint que si, d'une part, les ressources financières continuent d'être ajustées et redéployées en regard des coûts des activités et, d'autre part, les schémas régionaux d'organisation des soins en cours d'élaboration accélèrent la transformation des activités pour optimiser en la rationalisant une offre en stricte adéquation avec les besoins des populations sur les territoires de santé.

CONCLUSION COMMUNE AUX TROIS RAPPORTS : LA SOUPLESSE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE PERMET UN PILOTAGE FIN DE LA REGULATION FINANCIERE DES ACTIVITES HOSPITALIERES, INSEPARABLE CEPENDANT DE CELUI DE L'ORGANISATION TERRITORIALE POUR RESPECTER L'ONDAM

Parce qu'elle repose sur des études de coûts annuelles et que la rémunération des activités peut être révisée chaque année, la T2A permet des ajustements avec une réactivité inégalée à ce jour dans le secteur hospitalier.

La T2A ne peut cependant garantir à elle seule la pertinence de l'activité dans un domaine où, parce qu'elle est solvabilisée par des financements collectifs, la demande de soins est très élastique à l'offre. Cette pertinence doit pouvoir être vérifiée au niveau individuel du séjour : les contrôles opérés par les services de l'assurance maladie ou des ARS et les référentiels de la Haute Autorité de santé visent cet objectif. Elle doit aussi être garantie par l'organisation de l'offre de soins sur le territoire : la qualité et la sécurité de certaines interventions ne peut être assurée que si le professionnalisme des équipes soignantes est entretenu par un volume minimal d'activité. Les redondances inutiles doivent donc céder devant la nécessité des coopérations et des mutualisations et de l'optimisation des parcours de soins des patients. Or, la densité de l'offre hospitalière reste supérieure, en France<sup>4</sup>, à celle des pays comparables à l'exception de l'Allemagne : des marges importantes existent donc pour qu'elle continue d'être rationalisée.

C'est tout l'enjeu des futurs schémas régionaux d'organisation des soins, lesquels porteront pour la première fois à la fois sur les soins reçus en établissements et auprès des professionnels de ville, et seront articulés avec les schémas régionaux d'organisation médico-sociale. Cette nouvelle approche globale des prises en charge est menée dans le cadre du projet régional de santé. Elle doit faciliter le recentrage de l'hôpital sur le soin en phase aiguë, sans négliger ses missions de proximité, par une optimisation de l'amont (soins de premier recours) et de l'aval, comme de la prise en charge des pathologies chroniques (soins de suite et de réadaptation, établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, soins et hospitalisation à domicile, *etc.*) permettant d'éviter les hospitalisations non pertinentes et de réduire la durée des hospitalisations inévitables.

---

<sup>4</sup> Lits d'hôpital pour 1000 habitants en 2009 (source OCDE 2011) : France/ 6,6 ; Allemagne / 8,2 ; Italie/ 3,7 ; Pays-Bas/ 4,7 ; Espagne/ 3,2 ; Suède/ 2,8 ; Suisse/ 5,1 ; Royaume-Uni/ 3,3 ; Etats-Unis/ 3,1.

## Synthèse du rapport

La dotation nationale de financement des MIGAC finance les missions et les actions dont le Législateur a estimé qu'elles ne devaient pas être soumises aux variations de l'activité ou selon des modalités spécifiques, différentes de celles appliquées au financement des séjours hospitaliers. En 2010, elle s'élevait (en objectif de dépense) à 8 142 M€, soit 15,53 % des ressources d'assurance maladie des établissements soumis à la tarification à l'activité. En 2011, la dotation nationale de financement des MIGAC se monte (en objectif de dépense) à 8 293,64 M€, **soit une progression de 3,10% par rapport à 2010.**

Les MIGAC comportent deux composantes : les missions d'intérêt général (MIG), au sein desquelles on distingue des autres MIG les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI, réparties en trois parts : fixe, modulable et variable), et les aides à la contractualisation (AC) qui se répartissent en six catégories. Au sein de ces sous-catégories, l'aide nationale à l'investissement doit être distinguée.

Les MIG ont connu une progression de 5% entre 2009 et 2010. En revanche, l'analyse de l'exécution de l'enveloppe MIGAC en 2010 montre une diminution des crédits alloués en AC qui s'explique notamment par la mise en réserve prudentielle d'une partie des AC aux fins de respect global de l'ONDAM. Ainsi, l'ensemble des dotations notifiées aux établissements par les ARS s'est élevé à 7 799 M€ dont 28,7% d'aide à la contractualisation (contre 31,5% en 2009).

La gestion de la dotation des AC constitue en effet aujourd'hui le principal levier infra-annuel de régulation des dépenses d'assurance maladie hospitalière. En 2010, elle a ainsi fait l'objet de mises en réserve prudentielles à hauteur de 404,488 M€ dont 40 M€ ont été soustraits pour être délégués en fin d'année. Le solde des mises en réserve a été transféré au bénéfice du financement des séjours hospitaliers, lesquels ont été supérieurs aux prévisions initiales. Ainsi, les établissements ont bien reçu l'ensemble des financements inscrits sur l'ODMCO, mais selon une ventilation légèrement différente de la prévision initiale. En 2011, 300 M€ ont été mis en réserve sur les marges de manœuvre régionales des AC et 100 M€ sur d'autres financements.

La ventilation des financements par grandes catégories de missions d'intérêt général conserve une hiérarchisation similaire à celle observée depuis plusieurs années. C'est ainsi que les 10 principales MIG en valeur représentent 73% du total des MIG, dont les missions relatives à la recherche et à l'innovation, la permanence des soins hospitalière et l'aide médicale urgente. Au sein de l'aide à la contractualisation, ce sont les investissements (52% du total) et la restructuration et l'accompagnement des établissements (18,6%) qui représentent la majeure partie des crédits délégués.

**Le ministère de la santé a entrepris depuis 2009 un rééquilibrage géographique des dotations régionales.** D'une part, les MIG identifiées comme étant à caractère régional ont fait l'objet en 2010 d'un redéploiement à hauteur de 16,1 M€ des 8 régions les mieux dotées vers les 9 régions les moins dotées. En 2011, la liste de ces MIG destinées à couvrir la population régionale a été ramenée à 11 missions et la redistribution s'est élevée à presque 16 M€ entre les régions. D'autre part, les marges de manœuvre régionales ont été rééquilibrées au travers des mesures d'économies appliquées en 2010 et 2011 dont une partie a été concentrée sur les régions les mieux dotées, au regard de la part de la AC dans les recettes MCO.

**La première circulaire budgétaire de 2011 s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la transparence.** Elle introduit notamment la justification au premier euro (JPE) pour l'ensemble des dotations MERRI, une délégation de crédits en « base zéro » qui ne se limite plus aux seules

mesures nouvelles. Par ailleurs, 99% des nouveaux financements MERRI accordés dès 2010 l'avaient été à titre non reconductible (contre 78% en 2009) ce qui témoigne de l'importance accordée au fait de ne pas figer l'allocation des crédits. Sur la base d'un retour d'expérience, l'extension de la délégation en JPE est envisagée en 2012.

**Les travaux de modélisation des dotations MIG se sont poursuivis en 2010**, qu'il s'agisse d'appels à projets, de modèles nationaux (dotations forfaitisées) ou de référentiels de moyens permettant un calibrage de la mission en fonction des coûts des moyens mis en œuvre pour sa réalisation. A ce stade de ce processus régulièrement poursuivi, seuls 36% du montant des MIG sont constitués de budgets reconduits historiquement.

**Trois autres MIG ont fait l'objet de modélisations en 2011.** La qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie a été forfaitisée selon un modèle national, fléché par établissement, en fonction notamment de la file active de patients pris en charge et du nombre d'autorisations de soins détenues. La permanence des soins en établissement de santé, enjeu majeur de la réorganisation de l'offre de soins et mission de service public, a bénéficié à 604 établissements en 2010 pour un montant de 756,16 M€, dans le cadre d'un dispositif en cours d'unification entre établissements publics et privés. Enfin, en 2011 a été créée une dotation des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD) au titre de la MIG finançant les dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge.

**En 2011, trois ans après l'engagement de sa « réforme », le modèle des MERRI a été consolidé**, les objectifs de réduction de la part fixe au profit des parts modulable et variable et d'objectivation des dotations grâce à la mise en œuvre d'indicateurs ayant été atteints. Une nouvelle MERRI variable est créée pour le financement partiel de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et odontologie (auparavant financée par une dotation d'aide à la contractualisation) qui permet une répartition transparente et équitable des financements.

**Parallèlement à ces travaux de modélisation, la DGOS a élaboré un guide de délégation des dotations finançant les AC afin d'en rappeler aux acteurs le cadre juridique.** L'objectif est de fournir aux ARS un outil pour veiller à une allocation plus transparente et plus pertinente des dotations, évitant par là même les recours contentieux auxquels s'exposeraient les directeurs généraux des ARS si leurs notifications de crédits étaient insuffisamment robustes en regard des règles de droit.

**Les perspectives et les travaux en cours en 2011 sont d'abord marqués par l'actualisation du guide méthodologique d'allocation des MIG** publié en juin 2008. Cet outil d'objectivation des dotations doit permettre aux ARS d'allouer les crédits aux établissements dans le cadre d'une contractualisation *via* les CPOM.

Par ailleurs, un groupe de travail a été mis en place avec plusieurs ARS sur le sujet du financement des activités isolées, c'est-à-dire celles pour lesquelles le seuil d'équilibre économique ne peut être atteint au moyen des seules recettes T2A.

Enfin, la DGOS s'attache à l'évolution du système d'information qui permet de suivre par établissement et par mission l'allocation des dotations MIGAC. Ce système a vocation à se développer pour s'adapter à deux exigences : l'amélioration de la lisibilité de la dotation MIGAC et sa sécurisation tant juridique que financière.

En conclusion, après six ans de mise en œuvre des MIGAC dans le champ des établissements MCO, il convient de tirer un certain nombre d'enseignements. Ainsi, les systèmes d'information doivent permettre un suivi précis et historicisé des dotations. Par ailleurs, les démarches d'allocation en « base » budgétaire doivent être évitées. Enfin, des référentiels d'allocation fondés

sur la volumétrie des projets ou des activités ou sur des référentiels de moyens ou de coûts doivent être mis en place dans la logique de justification au premier euro.

## Introduction

En créant la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC), le législateur a entendu maintenir des sources de financement en dehors du principe de la tarification à l'activité. Il a notamment reconnu que les ressources finançant un certain nombre de missions ne pouvaient pas être soumises aux variations de l'activité réalisée.

En effet, les activités des établissements de santé ne sont pas toutes quantifiables à travers les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et facturables à l'assurance maladie. Ainsi, la notion de mission d'intérêt général permet la constitution d'une dotation *ad hoc*. Pour autant, les dotations des missions d'intérêt général doivent prendre en compte les différences entre établissements, en termes de missions, d'activité et de résultats. Il faut noter que tous les systèmes étrangers de tarification à la pathologie prévoient de même des modalités complémentaires de financement<sup>5</sup>.

Afin de permettre au Parlement et aux fédérations nationales représentatives 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.* »

En 2010, la dotation nationale de financement des MIGAC fixée dans le cadre de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) représentait 15,53% (soit 8 142 M€) des ressources de l'assurance maladie allouées aux établissements soumis à la tarification à l'activité (T2A) (total des enveloppes ODMCO et MIGAC) contre 15,14% en 2009. La progression est de 2,83%, légèrement supérieure à celle du seul ODMCO (2,67%). Il convient cependant de noter les effets de champ créés notamment par le passage en T2A de la Guyane, par l'introduction en année pleine des MIG relatives à la permanence des soins et à la prise en charge des patients en situation précaire, ainsi que par la création des MIG relatives aux centres de diagnostic préimplantatoire et à l'Observatoire national de la fin de vie.

Sur la base de cette dotation nationale, 7 986 M€ ont été délégués aux ARS compte tenu des mises en réserve opérées pour compenser les recettes d'activité supérieures à la prévision initiale reçues par les établissements et contribuer ainsi au respect de l'ONDAM.

Il convient en effet de souligner que le mécanisme de réserve prudentielle mis en place en 2010 sur la base des préconisations du rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurances maladies remis au président de la République par Monsieur Raoul Briet :

- 1) Ne conduit pas à une réduction des recettes globales des établissements, mais à un transfert partiel, en gestion de crédits, et notamment à partir des crédits MIGAC, vers le financement des séjours hospitaliers, lorsque le volume économique de ces derniers est supérieur aux prévisions ;

---

<sup>5</sup> Cf. l'annexe relative à la description des systèmes étrangers de tarification à la pathologie

- 2) N'a porté que sur une part des crédits inscrits initialement pour les mesures d'aide à la contractualisation (AC) régionales et nationales non pérennes, les crédits relatifs aux missions d'intérêt général n'ayant pas été mis à contribution.

Ainsi, le montant total des crédits notifiés aux établissements de santé par les ARS s'élève à 7 799,10 M€, soit un taux de réalisation de 97,66% du fait des transferts vers les séjours hospitaliers opérés à leur niveau<sup>6</sup>. En exécution, cela représente une progression par rapport à 2009 de 1,1% hors effet de champ, soit une progression globale des MIGAC moins rapide que celle de l'ODMCO et de l'ONDAM hospitalier, le financement des séjours hospitaliers ayant été quant à lui en effet très supérieur aux prévisions (+3,1% en volume vs +1,7% prévu). Cependant, hors crédits AC, les crédits MIG *stricto sensu* augmentent de + 5% entre 2009 et 2010 (cf. § 1.1.1.).

En 2011, la dotation nationale de financement des MIGAC atteint 8 293,64 M€, soit une progression de 3,10% par rapport à 2010. Elle représente 15,39% du total des enveloppes ODMCO et MIGAC allouées aux établissements de santé. A ce stade de la campagne tarifaire, elle n'a pas été déléguée en intégralité. Il convient également de noter les effets de champ créés par l'introduction des MIG relatives au financement de la rémunération des internes et à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies complexes au sein des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires. 400 M€ ont été réservés à titre prudentiel en début d'exercice, dont 300 M€ de crédits AC, les crédits MIG n'ayant cette année encore pas été mis à contribution pour constituer ces réserves.

Les divers travaux réalisés en 2011 présentés dans ce guide marquent notamment la volonté d'apurer le dispositif des MIGAC des mesures jusqu'alors indispensables pour assurer la transition entre la dotation globale de financement des établissements publics et la tarification à l'activité réalisée à 100% depuis 2008.

Les évolutions réalisées pour la campagne 2011 et mises en chantier pour 2012 font aussi écho aux observations formulées notamment par la Commission des finances du Sénat, l'IGAS et la Cour des comptes, insistant sur la nécessité d'améliorer la gestion de la dotation MIGAC en la rendant plus transparente, efficiente et rationnelle. Ces évolutions engagent à la fois les niveaux national et régional puisqu'il s'agit de :

- Rompre avec la logique de valorisation fondée sur la photographie des coûts historiques de chaque établissement;
- Pour chaque allocation, dresser un état des besoins, établir des priorités, contractualiser avec chaque établissement sur le niveau et la qualité des activités, ajuster les financements en fonction des résultats;
- Distinguer les MIG pouvant être calibrées à partir de l'activité réalisée, celles pour lesquelles la dotation régionale doit être constituée à partir d'un indicateur de besoins, et enfin celles qui doivent être financées à partir des dépenses engagées par les établissements dès lors que leur pertinence a été validée par les ARS;
- Donner une définition resserrée du périmètre des aides à la contractualisation.

C'est bien sur ces bases que le ministère de la Santé a fait évoluer depuis 2005 la gestion de la dotation MIGAC. Le présent rapport s'efforce en conséquence de présenter la cohérence des efforts conduits depuis 5 ans, visant à améliorer la transparence de l'allocation et à mieux asseoir la

---

<sup>6</sup> L'écart entre les crédits délégués aux ARS et les crédits notifiés aux établissements est inférieur aux mises en réserve régionales de 222 M€ opérées en 2010. Cet écart s'explique par le fait que l'effort demandé aux ARS n'a pas été imputé sur la seule enveloppe MIGAC : 187 M€ ont été mis en réserve sur les MIGAC, 33,4 M€ sur la DAF et 1,9 M€ sur les USLD. Le détail est présenté en point 1.2.

justification des dotations allouées, au-delà de la reconduction de dotations historiques ou de l'analyse sommaire des charges présentées par les établissements. Les principales démarches convergent en ce sens, à savoir :

- la modélisation du financement des missions en fonction de référentiels d'activité ou de coût ;
- le renforcement des contrôles de cohérence/pertinence de l'allocation, a posteriori comme *a priori* ;
- l'amélioration du système d'information ;
- l'extension de la justification au premier euro.



## Avant propos : les composantes des MIGAC

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 ainsi distinguées :

- d'une part, les missions d'intérêt général (MIG) telles que les prévoient les articles D. 162-6 à D. 162-7 du code de la sécurité sociale, elles-mêmes réparties en deux catégories : les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) ; les autres missions d'intérêt général ;
- d'autre part, l'aide à la contractualisation.

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

### A. Les missions d'enseignement, recherche, référence et innovation (MERRI)

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), 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 s'est 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 :

- La part fixe, proportionnelle à certaines dépenses de personnel médical, aux charges du plateau médico-technique et à certaines charges d'infrastructure (39,6% des MERRI en 2010) ;
- 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 (25,8% des MERRI en 2010) ;
- 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 (34,6% des MERRI en 2010).

La liste des MERRI financées par cette dernière part (fixée par l'arrêté du 9 mars 2011 modifiant celui du 13 mars 2009), dont le périmètre est précisé au 1° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale, 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 : financement de la rémunération des internes) ;
- 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).

## B. Les autres MIG

Les MIG autres que les MERRI relèvent des 2°, 3° et 4° de l'article D162-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'article D 162-7 du même code. Leur liste, telle que fixée depuis l'arrêté du 9 mars 2011 modifiant celui du 13 mars 2009, 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 en établissement de santé ;
  
- 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.

## C. Les dotations d'aide à la contractualisation

La typologie élaborée en 2006 a été affinée dans le cadre du guide relatif aux délégations des crédits finançant les AC<sup>7</sup> diffusé mi-2011, de manière à préciser les définitions et le contenu de chacune des catégories. Cette typologie vise une plus grande transparence des dotations finançant l'aide à la contractualisation.

On distingue au sein de la catégorie des aides à la contractualisation la part dite des « marges de manœuvre régionale », regroupant l'ensemble des crédits AC dont l'attribution relève du niveau régional, par opposition aux crédits AC attribués par le niveau national (ce dernier regroupant les crédits relevant des plans d'investissement Hôpital 2007 et Hôpital 2012 fléchés nationalement, ainsi que quelques opérations particulières). Pour une meilleure lisibilité, ces derniers seront regroupés en 2012 dans une catégorie nouvelle : soutien national à l'investissement,

### ➤ Aides à l'investissement

#### Mesures nationales

Ces mesures nationales sont notamment la résultante des plans nationaux d'investissement hospitalier « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », ainsi que de quelques opérations ponctuelles fléchées.

#### Mesures régionales

Des mesures régionales spécifiques peuvent accompagner la politique nationale d'investissement. Afin de ne pas limiter durablement les marges de manœuvre régionales, dans un contexte de mises en réserve prudentielle, il a toujours été demandé aux ARS de limiter leurs interventions dans ce domaine et d'accorder des crédits non reconductibles. Les revues de projet d'investissement attestent que ces instructions ne sont pas toujours respectées.

### ➤ Développement de l'activité

Cette catégorie vise l'aide au démarrage d'activités non assurées précédemment, l'aide à la montée en charge ou en gamme d'une activité existante ainsi que le développement d'activités connexes ou complémentaires à une activité existante. L'attribution d'aides au titre de cette catégorie doit être limitée dans le temps et fondée sur le diagnostic de l'offre de soins réalisé dans le cadre du plan stratégique régional de santé. Les activités ciblées doivent être expressément visées dans le SROS.

### ➤ Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS

Cette catégorie vise l'octroi de crédits visant à financer un surcoût engendré par le maintien d'une activité dont l'exercice est reconnu comme indispensable dans le SROS sans que la masse critique de patientèle permettant l'équilibre économique ne soit atteinte.

### ➤ Amélioration de l'offre

Sont financées au titre de l'amélioration de l'offre deux catégories de mesures :

#### Actions de coopération

Cette sous-catégorie vise les crédits délégués au développement des actions de coopérations. Ces actions peuvent recouvrir notamment:

- le développement des coopérations inter-établissements;
- le développement de réseaux.

---

<sup>7</sup> Circulaire N° DGOS/R5/2011/315 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation

Le financement des réseaux de santé par AC demeure subsidiaire, et ne peut se substituer à une source de financement existante. Les dotations issues du FIQCS demeurent le levier principal de leur financement. Les dotations AC ne peuvent être déléguées que sur des actions non financées par le FIQCS (ou par d'autres sources de financement principales : tarifs, forfaits).

### **Soutien à la démographie des professionnels de santé hospitaliers**

Cette sous-catégorie renferme en particulier les crédits délégués au titre des primes médicales<sup>8</sup>, des emplois d'assistants spécialistes partagés, ou des indemnités de responsables de pôle visant à soutenir la démographie médicale hospitalière. Les crédits qui seraient délégués au titre de cette catégorie n'ont pas vocation à soutenir certains emplois de techniciens et d'assistants financés au titre de MIG (par ex : 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). Jusqu'en 2010 (création d'une MIG *ad hoc* en 2011), les crédits finançant la rémunération des internes étaient imputés sous cette rubrique, avant la constitution d'une dotation MERRI.

#### **➤ Restructuration et soutien financier aux établissements**

### **Aide à la restructuration liée à un plan de retour à l'équilibre (PRE)**

Le soutien aux établissements déficitaires peut porter sur toute aide au retour à l'équilibre lorsque les établissements bénéficient d'un PRE (et ont donc signé un contrat de retour à l'équilibre) ou sont en voie d'en bénéficier. Ces aides sont accordées lorsque certaines mesures du plan de retour (diminution des dépenses ou reconversion d'activités) ne peuvent produire leurs effets que sur plusieurs exercices.

### **Aide à la restructuration hors PRE**

L'aide à la restructuration hors PRE a pour objet d'accompagner des surcoûts ponctuels dus (par ex.) à la réorganisation ou à la restructuration de plateaux techniques.

### **Soutien aux établissements déficitaires**

Il s'agit d'aides non reconductibles attribuées à des établissements qui rencontrent un déficit lié à une situation spécifique ponctuelle qui ne justifie pas la mise en place de restructurations importantes (ex départs de médecins en MCO avec perte correspondante de recettes T2A).

### **Soutien aux établissements subissant un « effet revenu »**

Cette aide vise à soutenir, ponctuellement et partiellement, les établissements subissant un « effet revenu », dû, par exemple, aux modifications de mode de financement.

### **Ancienne « DAC 100% » (dotation annuelle complémentaire à 100%).**

Certaines charges ont été isolées lors du passage à 100% de la T2A. Les crédits finançant des charges spécifiques doivent être imputés dans cette sous-catégorie. Elles correspondent dorénavant à des actions fléchées ou à des mesures identifiées (ex : surcoûts liés à la prime de vie chère, surcoûts liés à la demi-cotisation ouvrière<sup>9</sup> de l'AP-HP). Cette catégorie a vocation à disparaître par réduction ou redéploiement vers les MIG ou les autres AC.

<sup>8</sup> Prime multisite, prime relative à un poste prioritaire, prime relative à l'engagement d'assistants.

<sup>9</sup> Ces surcoûts découlent de dispositions de l'article 30 de la loi du 31 décembre 1975 portant réforme du régime administratif de la ville de Paris et repose sur un arrêté de la préfecture de la Seine du 8 juillet 1955, et notamment son article 4 : « par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 2, l'administration prend à sa charge, outre la cotisation patronale, la moitié de la cotisation ouvrière des ouvriers de la préfecture [...] et du personnel de l'Assistance Publique. »

➤ **Autres**

**Culture à l'hôpital**

Cette démarche initiée depuis 2000 en lien avec le ministère chargé de la Culture vise à développer au sein des hôpitaux la promotion et l'initiation à la culture ou l'animation culturelle auprès des patients.

**Aides diverses**

Cette sous-catégorie a vocation à demeurer résiduelle.

# 1. Les MIGAC dans la campagne budgétaire

## 1.1 Analyse de l'exécution de l'enveloppe MIGAC en 2010<sup>10</sup>

Au préalable, il convient de souligner que l'ensemble des données présentées dans cette sous-partie 1.1 sont des données d'exécution, correspondant aux notifications faites par les ARS aux établissements. Elles sont à distinguer des dotations régionales déléguées par le niveau national aux ARS dans le cadre de la circulaire budgétaire. En effet, il est délégué aux régions une enveloppe globale, la répartition par missions n'étant qu'indicative (hors mesures fléchées, notamment les parts fixes et modulables des MERRI). Il peut donc exister des écarts entre les montants identifiés *a priori* au niveau national pour financer une action, et les montants notifiés aux établissements.

En 2010, l'enveloppe MIGAC notifiée par les ARS aux établissements de santé (y compris le service de santé des armées et les établissements de Guyane) s'élève à 7 799 M€, dont 7 717 M€ pour les établissements antérieurement placés sous dotation globale, soit une progression annuelle des crédits de 1,9% pour ces établissements. Une partie de cette progression est due au passage de la Guyane en T2A en 2010 : hors cet effet de champ, l'évolution annuelle des crédits est de 1,1%, soit une évolution atténuée du fait des gels opérés sur les crédits AC. Hors crédits AC, l'évolution des MIG *stricto sensu* est de + 5% par rapport à 2009 (cf. § 1.1.1.).

Les établissements antérieurement placés sous OQN ont perçu 82 M€ au titre des MIGAC soit une diminution des crédits d'environ 20% par rapport à 2009, liée notamment à l'importance de la part des AC dans l'ensemble des MIGAC de ces établissements, soit 43% en moyenne. La proportion des AC a en effet nettement diminué du fait des gels opérés en 2010. La part des crédits alloués aux cliniques privées représente 1,1% de l'ensemble de l'enveloppe MIGAC, en légère diminution en 2010 par rapport à 2009 (1,3%).

### 1.1.1. La distinction MIG/AC : diminution des crédits alloués en AC

Sur l'ensemble des dotations MIGAC notifiées en 2010, 71,3% concernent les missions d'intérêt général (MERRI et autres MIG) et 28,7% l'aide à la contractualisation, contre 31,5% en 2009.

L'année 2010 est ainsi marquée par une diminution des crédits d'aide à la contractualisation à hauteur de - 7,4%, alors qu'ils avaient augmenté de 4,2% en 2009. A contrario, les crédits alloués au titre des MIG progressent de 5,7% en 2010 (+5% lorsque l'effet lié au passage à la T2A de la Guyane est neutralisé) ; +23% en 2009, par rapport à 2008, suite à la création des missions permanence des soins<sup>11</sup> (PDS) et précarité.

Le différentiel entre l'évolution des crédits alloués en MIG et celle allouée en AC avait déjà été amorcé en 2009. Cette continuité pour 2010 s'explique notamment par la mise en réserve d'une partie de la sous enveloppe AC à des fins de respect global de l'ONDAM compte tenu de la dynamique observée sur la part tarifée à l'activité. De plus, l'effet année pleine ainsi que la

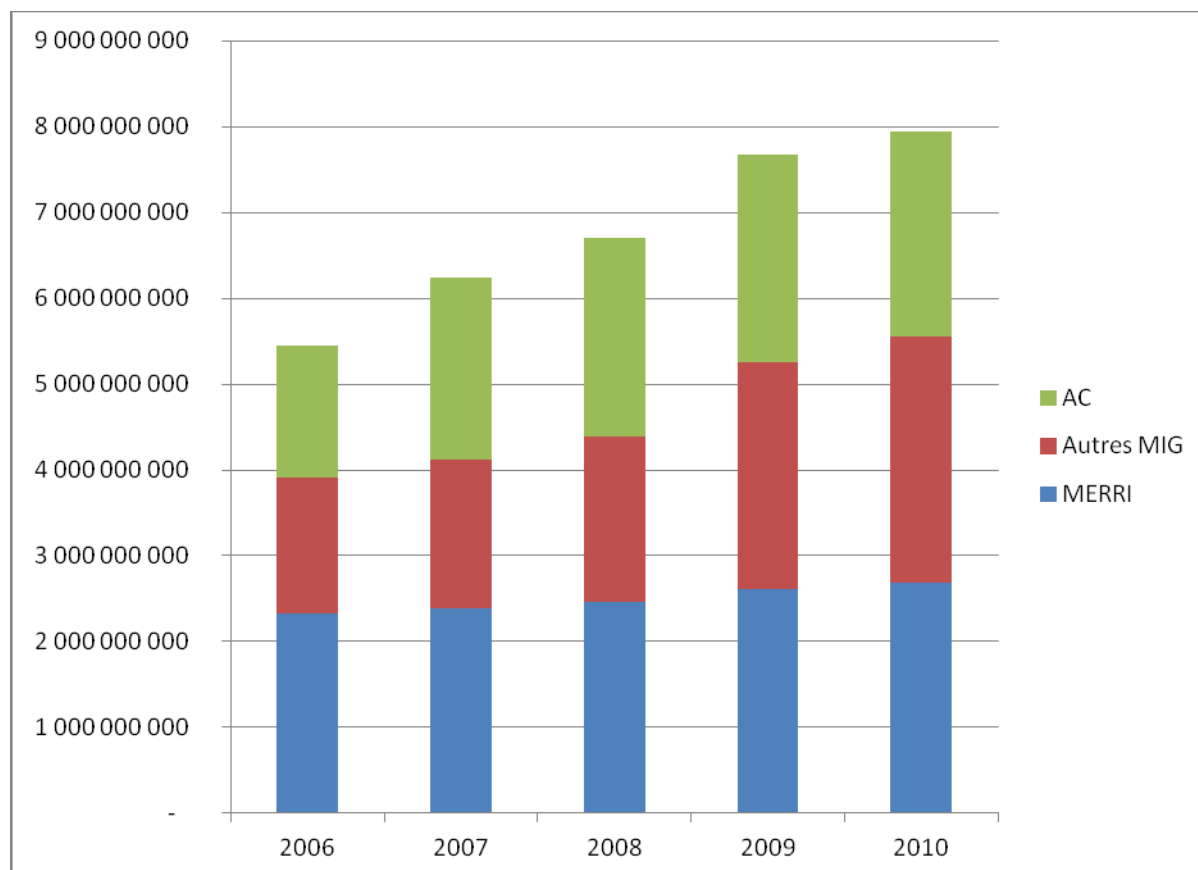
<sup>10</sup> Toutes les données présentées dans cette partie sont issues de la base Arbust MIGAC

<sup>11</sup> Anciennement appelée permanence des soins hospitalière, le terme permanence des soins en établissement de santé (PDS) a été institué en 2011 du fait de l'intégration des établissements privés dans le périmètre de la mission.

revalorisation des missions relatives à la permanence des soins à l'hôpital (PDSH) et à la prise en charge des patients en situation de précarité, contribue à prolonger la rupture introduite depuis 2009.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution sur 5 ans de la consommation de la dotation MIGAC et de ses composantes.

### L'évolution de la consommation de la dotation MIGAC et de ses composantes



Source: ARBUST MIGAC, 2006-2010 (ATIH/DGOS)

#### 1.1.2 L'évolution par région

Pour les DOM, les crédits MIGAC sont pour moitié retracés comme étant relatifs à de l'aide à la contractualisation : la part des AC s'élève en effet à 46%, comme en 2009. Il est à noter que la Corse est dans une situation tout à fait similaire avec également 46% de crédits relevant de l'aide à la contractualisation. Une telle répartition s'explique notamment par les spécificités liées à l'insularité des établissements de santé situés dans ces zones. Ces spécificités peuvent par exemple nécessiter le versement de crédits AC « Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS » destinés à financer les cas où les besoins de la population se traduisent par l'obligation de maintenir des services ou structures qui ne peuvent atteindre l'équilibre financier en raison de l'étroitesse du bassin de population. Cf. 3.2 « Le financement des activités isolées ». En métropole au contraire, 72% des crédits ont été ventilés par les régions sur les missions d'intérêt général, soit un écart de 3 points par rapport au constat 2009 (69%).

### 1.1.3 L'évolution par secteur

Les financements alloués en MIGAC pour les établissements antérieurement sous dotation globale suivent logiquement la même structure de répartition MIG/AC que celle constatée sur l'ensemble des établissements de santé. Ce constat est logique, puisque les crédits alloués aux établissements ex DG représentent 98,9% de l'enveloppe MIGAC.

En revanche, s'agissant des crédits alloués aux établissements antérieurement sous OQN, la part des crédits AC sur ce secteur représente en moyenne 43% de l'enveloppe MIGAC, mais la volatilité de ce ratio est plus prononcée que sur l'ensemble du champ hospitalier.

### 1.1.4 Zoom sur les MIG : recherche, permanence des soins et urgence

A l'issue de la campagne budgétaire 2010, la ventilation des financements par grandes catégories de missions d'intérêt général a conservé une hiérarchisation similaire à celle observée depuis plusieurs années.

Les 10 principales MIG représentent 73% du total des MIG. Ainsi, les missions relatives à la recherche médicale et à l'innovation représentent environ 36% (37% en 2009) de l'ensemble des financements alloués aux missions d'intérêt général.

La catégorie « assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux et dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci » qui regroupe la permanence des soins hospitalière (PDSES) et la prise en charge hospitalière des patients en situation de précarité passe de 14,3% à 17,5% du financement entre 2009 et 2010, reflétant l'impact de l'effet année pleine de ces deux missions créées en 2009.

La catégorie « aide médicale urgente » vient ensuite et représente 16% (16,4% en 2009) des financements des MIG avec le fonctionnement des SMUR et des SAMU.

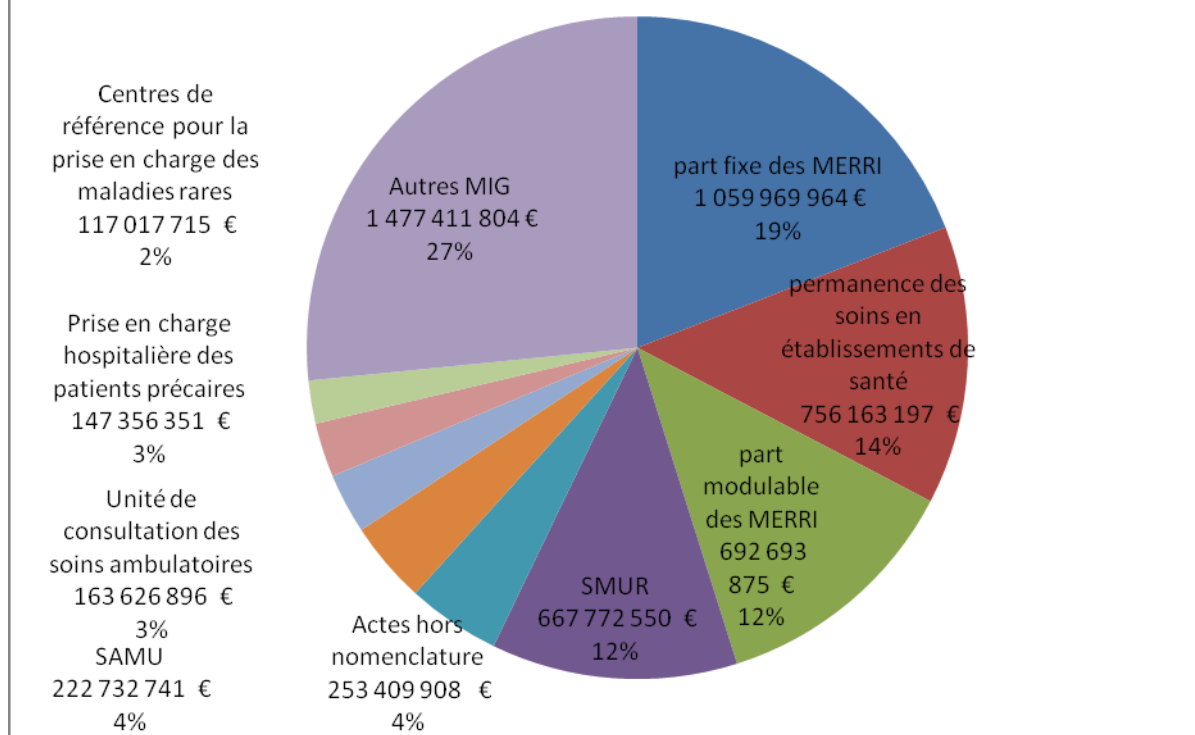
Cette ventilation des financements est également assez stable d'une région à l'autre, à l'exception de la Corse où l'essentiel des crédits MIG (66%) finance l'aide médicale urgente.

Enfin, pour les établissements antérieurement placés sous OQN, deux catégories de missions sont prédominantes :

- les interventions d'équipes pluridisciplinaires (58% du total des MIG) ;
- la PDSES et la prise en charge de la précarité (15,3% du total des MIG).



## Les 10 principales MIG notifiées aux établissements de santé en 2010



Source: ARBUST MIGAC, 2010 (ATIH/DGOS)

### 1.1.5 Zoom sur l'aide à la contractualisation : prédominance de l'investissement et des restructurations

Une typologie a été élaborée en 2006 afin de classer les financements accordés au titre de l'aide à la contractualisation en six catégories : investissements, développement de l'activité, maintien d'une activité identifiée comme déficitaire dans le SROS, restructuration et accompagnement des établissements, renforcement de l'offre, autres. Cette typologie a été actualisée pour la conduite de la campagne budgétaire 2011 (*cf. supra*).

En 2010<sup>12</sup>, plus des deux tiers de financements au titre des AC ont concerné soit des investissements, pour 52% du total des AC, soit la restructuration et l'accompagnement d'établissements, pour 18,6%. Ces deux catégories regroupaient aussi environ deux tiers des financements AC au cours des trois exercices précédents.

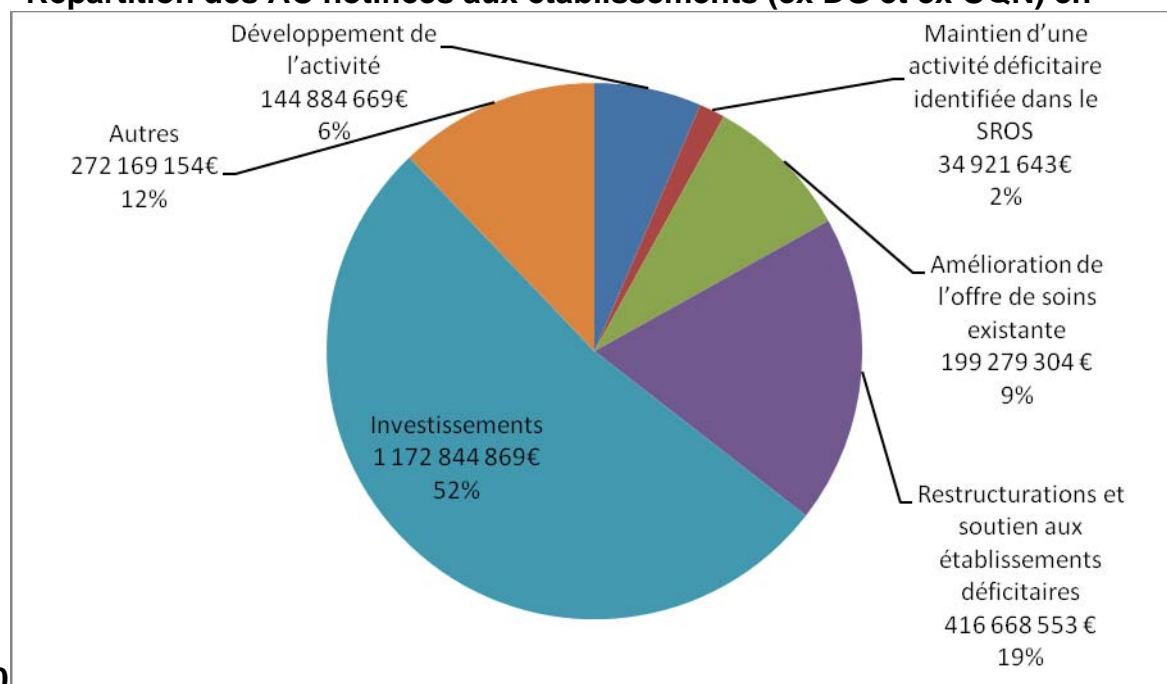
S'agissant des investissements, les crédits se répartissent à part égale entre les plans nationaux d'investissement et les financements régionaux d'investissement. Pour la restructuration et l'accompagnement des établissements, il s'agit essentiellement de crédits alloués dans le cadre du soutien aux établissements déficitaires hors plans de retour à l'équilibre (46%) et des plans de retour à l'équilibre (37%). Le reste des crédits de cette catégorie (17%) sont notifiés au titre des restructurations.

<sup>12</sup> Les données présentées sont celles agrégées des établissements ex-DG et ex-OQN

Le renforcement de l'offre de soins existante totalise près de 9% des crédits AC en 2010, presque tous identifiés comme des mesures en faveur des personnels. Enfin, au titre du développement de l'activité (6,5% des financements AC), le soutien à l'obstétrique et à la périnatalité représente la part la plus importante, devant les activités de cancérologie et le développement de l'activité des urgences.

S'agissant des établissements MCO ex-OQN, les financements AC vont davantage au développement de l'activité (35,4%), puis à l'investissement (20,8%). La catégorie « Autres » se réduit mais reste supérieure à 20% (21,2% du total AC des établissements privés).

### Répartition des AC notifiées aux établissements (ex DG et ex OQN) en



2010

Source: ARBUST MIGAC, 2010 (ATIH/DGOS)

## 1.2. Une dotation inscrite dans l'évolution d'un ONDAM contraint

La gestion de la dotation MIGAC tient compte du contexte macro-économique et budgétaire. Elle constitue aujourd'hui le principal levier infra-annuel de régulation des dépenses d'assurance maladie hospitalières, conformément aux préconisations du rapport « Briet »<sup>13</sup>.

En 2010, elle a ainsi fait l'objet de mises en réserve prudentielles pour garantir le respect de l'ONDAM. Ces mises en réserve ont été effectuées, pour une part, au niveau national, c'est-à-dire que les crédits considérés n'ont pas été délégués aux régions, et, pour une autre part, au niveau régional, c'est-à-dire que les ARS ont reçu l'instruction de ne pas notifier des crédits aux établissements de santé.

Ainsi, 100 M€ de dotations d'aide à la contractualisation (AC) ont été mis en réserve au niveau national, puis 41,712 M€ de MIG et de AC de manière complémentaire.

Au niveau régional, 222,776 M€ de dotations AC ont été mis en réserve en juin 2010, puis 40 M€ en octobre 2010. En décembre 2010, les 40 M€ précédemment mis en réserve ont pu être « dégelés »

<sup>13</sup> Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, avril 2010

et notifiés aux établissements, l'ensemble des autres crédits précités ayant été transférés au financement des séjours tarifés à l'activité.

En 2011, en vue de garantir le respect de l'ONDAM hospitalier, 300 M€ d'aide à la contractualisation ont été mis en réserve sur les marges de manœuvre régionales (au prorata de la marge de chaque région). Contrairement à l'année précédente, seule une mise en réserve au niveau national a été opérée (il n'a pas été demandé aux ARS de mettre en réserve les crédits qui leur avaient été délégués). Les crédits ainsi mis en réserve nationalement pourront être délégués aux ARS, sous réserve de l'évolution de l'activité, en fin d'exercice.

### 1.3. La péréquation des dotations

Sur la base d'un constat relatif à des disparités significatives dans les montants alloués au titre des MIG à caractère régional et au titre des AC, la DGOS a entrepris de rééquilibrer les allocations en se fondant sur deux critères :

- le critère populationnel et l'état de santé pour les MIG à caractère régional ;
- le critère de l'activité des établissements pour les marges de manœuvre régionales en AC ;

#### 1.3.1. Les MIG à caractère régional : une intensification des efforts de rééquilibrage géographique des dotations régionales

Le critère retenu en 2009 et 2010 pour déterminer la surdotation ou sous-dotation régionale est le critère populationnel : montant des dotations MIG à caractère régional rapporté à la population régionale.

Le rééquilibrage des dotations MIG porte sur le champ des missions destinées à couvrir la population régionale, appelées MIG à caractère régional (MIGCR). 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 la péréquation.

En 2009, une première étape de rééquilibrage des dotations finançant les MIG dites à caractère régional a été réalisée à hauteur de 7 M€, qui ont été transférés des régions les mieux dotées vers les régions les moins bien dotées. Ces transferts de crédits représentent 20 % de l'effet revenu correspondant à un rééquilibrage complet.

Le rééquilibrage a été accentué en 2010 : 16,1 M€ ont été redéployés des 8 régions les mieux dotées vers les 9 régions les moins dotées. Ces transferts de crédits représentent 25% de l'effet revenu qui correspondrait à un rééquilibrage complet. Les régions impactées sont celles pour lesquelles la sous-dotation se situe au-delà de -11% et, parallèlement, les régions pour lesquelles la surdotation se situe au-delà de 11%.

En 2011, la réflexion menée par un groupe de travail de la DGOS associant 6 ARS a abouti à la révision de la liste des MIGCR et à l'évolution des modalités du rééquilibrage.

Concernant le changement de périmètre de la liste des MIGCR :

- 4 des 6 MERRI qu'elle comprend ont été exclues de la liste car l'analyse de leur contenu a montré qu'elles n'étaient pas destinées à couvrir la population régionale: Centre de ressources biologiques, Actions de téléenseignement et de téléformation, Médicaments bénéficiant d'une ATU en application des dispositions de l'article L.5121-12 CSP, Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire ;
- Par ailleurs, 2 MIG ont été incluses dans le périmètre : les registres à caractère épidémiologique, les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et

d'information sur la pharmacodépendance. Les financements de ces missions ne semblent pas liés à la répartition géographique des structures et les flux interrégionaux associés sont très faibles, le caractère régional est donc pertinent.

Comme en 2010, pour deux missions (SAMU et SMUR), la comparaison ne s'opère que sur une quote-part des dotations (50%) en raison de caractéristiques locales très variées.

Les MIG à caractère régional comptent désormais 31 missions, pour un total de 1,1 Md€.

Le critère populationnel restant frustré et global, il a également été procédé à un changement de méthodologie pour le rééquilibrage mis en œuvre en 2011. Le critère de redéploiement intègre, en sus de la population, un indicateur d'état de santé afin de mieux prendre en compte les besoins différents. Ainsi, la population régionale a été pondérée à partir des taux de mortalité (corrégés de l'effet d'âge et de sexe) de chaque région.

En 2011, il est ainsi procédé à un redéploiement de 32% de la surdotation des neuf régions les plus surdotées (au-delà de +6% par rapport à la moyenne) vers les huit régions les plus sous-dotées (au-delà de -6% par rapport à la moyenne nationale). Ce mouvement est cohérent avec celui de 2010 (25%) car il permet un lissage sur cinq ans (2009-2013) du processus de rééquilibrage. L'effet de redistribution s'établit à près de 16 M€ (16,1 M€ en 2010 ; 7,2 M€ en 2009). La Martinique et la Corse ont été exclues du dispositif afin de tenir compte de leurs spécificités. On peut donc considérer que l'effort de péréquation est réalisé à hauteur du tiers, dans un contexte budgétaire contraint.

### 1.3.2. Les marges de manœuvre régionales en AC

- Le rééquilibrage exercé en 2009 au travers des montants alloués au cours de la campagne

En 2009, une première étape du rééquilibrage des dotations régionales d'aide à la contractualisation a été réalisée. Au total, 3M€ ont été redéployés des trois régions les plus surdotées vers les trois régions les plus sous-dotées. Le critère de sur/sous-dotation en marges de manœuvre régionales est la part de la dotation AC dans les recettes MCO des établissements. Les marges de manœuvres régionales prises en compte dans la détermination des sur ou sous-dotations excluent les crédits d'investissement (plans Hôpital 2007 et 2012 ; engagements nationaux).

- Le rééquilibrage au travers des mesures d'économie appliquées en 2010 et 2011

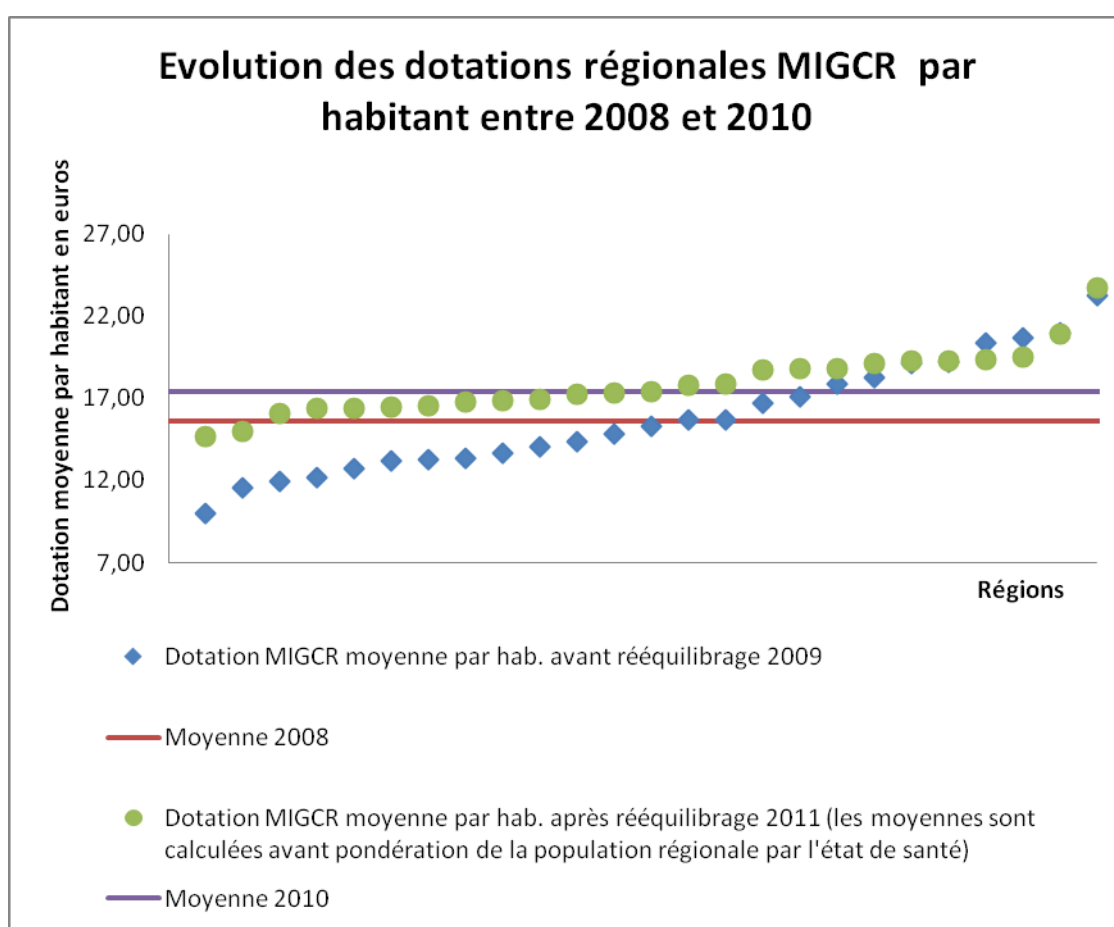
En 2010, il a été décidé de faire peser sur les seules régions les plus surdotées, une partie des mesures d'économies imputées sur la dotation MIGAC (28M€ sur 63 M€).

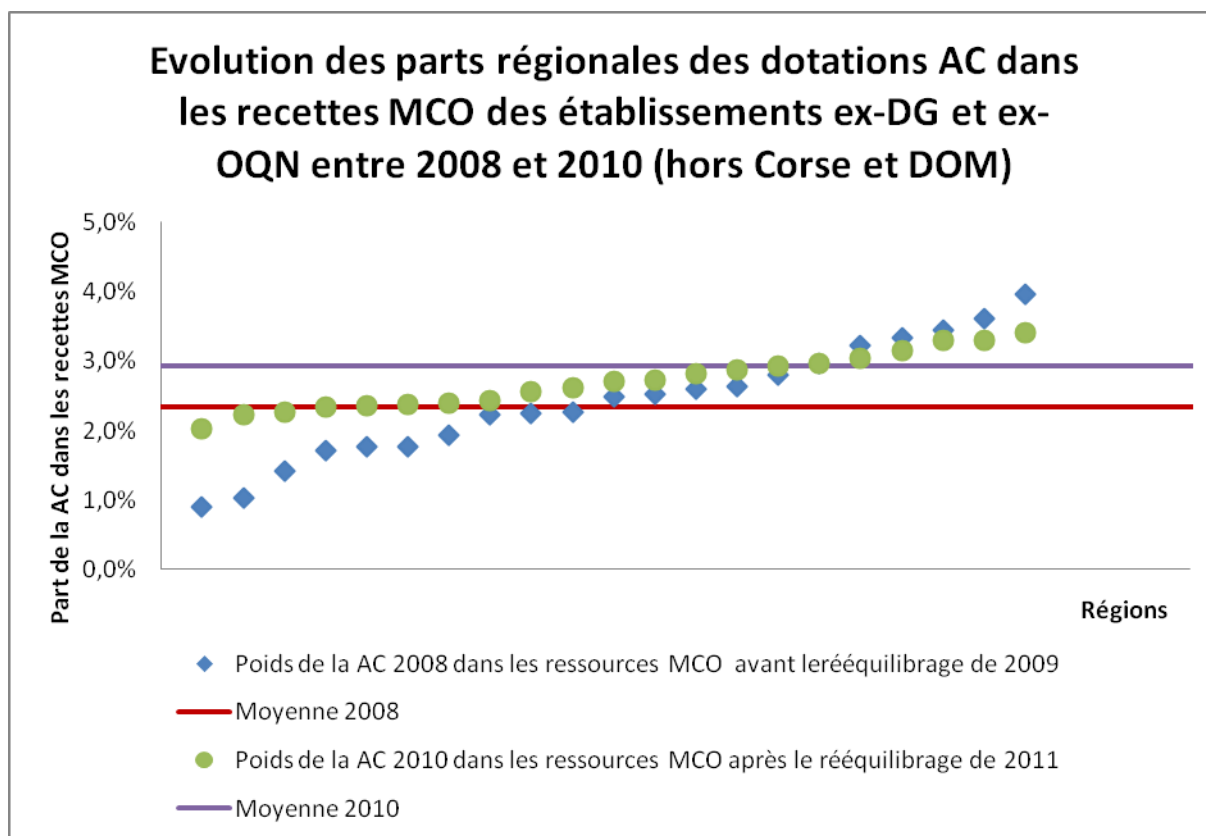
De même, en 2011, une partie des mesures d'économies sur les MIGAC est uniquement imputée sur les régions les plus surdotées : 27 M€ sur 54 M€. Les 27 M€ d'économies restants sont imputés au prorata des bases MIGAC de chaque région. Comme précédemment, la sur ou sous-dotation régionale est exprimée en « poids de la AC dans les recettes totales MCO régionales ». Les marges de manœuvre régionales représentent en 2011 67% de l'ensemble de la dotation AC.

Les régions impactées sont celles pour lesquelles la part de la AC dans les recettes MCO est supérieure à 2,95% (moyenne métropolitaine à 2,82%). L'effet revenu sur les régions perdantes représente 25,9% de l'effet revenu d'un rééquilibrage théorique complet (part limitée à 15% pour la Corse afin que toutes les régions conservent un montant de marges de manœuvre régionales, hors mises en réserve, supérieur à 10M€). Les sept régions impactées par ces économies ciblées sont : Bourgogne, Champagne-Ardenne, Corse, Ile-de-France, Haute-Normandie, Picardie et Rhône-Alpes. Etant données leurs spécificités qui justifient une surdotation, les DOM ont été exclus de cette péréquation.

## Synthèse sur la péréquation des MIGAC de 2008 à 2011

Enveloppe	2008	2009	2010	2011
<b>MIG à caractère régional</b>	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	16 M€ transférés des 9 régions les mieux dotées vers les 8 régions les moins bien dotées
<b>Marges de manœuvre AC</b>	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	Concentration de 27 M€ d'économies sur les 7 régions les mieux dotées





Source: ARBUST MIGAC, 2008-2010 (ATIH/DGOS)

## 2. Les principales évolutions intervenues en 2011

La première circulaire budgétaire de 2011<sup>14</sup> a introduit de nombreuses évolutions. Elle s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la transparence et de la précision de l'allocation des crédits, avec notamment :

- l'introduction de la justification au premier euro comme mode de délégation des crédits ;
- la consolidation du modèle des MERRI (marquée notamment par un recul de la part fixe au profit de la part variable et modulable) ;
- la modélisation de plusieurs missions.

A la mi-campagne budgétaire 2011, les mesures nouvelles financées par la dotation MIGAC ont déjà été déléguées en grande partie comme lors des campagnes précédentes.

La base budgétaire 2011 nationale, soit le total des dotations effectivement déléguées en 2010 minorées des mesures nouvelles non reconductibles, s'établit à 3 670,61 M€ après le rééquilibrage des MIG à caractère régional, le redéploiement interrégional de l'aide à la contractualisation et les transferts interrégionaux. Sur cette base, l'effort d'économies engagé sur la dotation MIGAC pour le respect de l'ONDAM se monte à 26,99 M€ tandis que les mesures salariales et les effets prix la majorent de 17,73 M€.

<sup>14</sup> Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé

S'ajoutent à cette base les délégations en justification au premier euro, d'une part, et les mesures nouvelles, d'autre part, qui figurent dans la circulaire du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire des établissements de santé.

L'annexe 1.1 synthétise l'ensemble des principales mesures nouvelles inscrites dans la circulaire budgétaire (crédits délégués aux ARS) en présentant les montants associés et leurs modes de délégation. En outre, à chaque mesure nouvelle s'inscrivant dans un plan est associée l'imputation budgétaire correspondante dans la nomenclature des MIG et des AC.

## 2.1. L'évolution des modes de délégation : la justification au premier euro et ses perspectives

### 2.1.1. Présentation de la démarche de justification au premier euro

Historiquement, la délégation des crédits de la dotation nationale de financement des MIGAC se fait par voie de circulaire, sous forme de base budgétaire reconductible rassemblant l'ensemble des dotations sans distinction entre les missions. S'y ajoutent des mesures nouvelles reconductibles ou non. Ces notions budgétaires traditionnelles sont désormais peu compatibles avec les exigences de transparence et de précision de l'allocation.

A contrario, la justification au premier euro (JPE) consiste à justifier la délégation de crédits en « base zéro », ce qui nécessite d'être en capacité de « justifier dès le premier euro » la délégation de l'ensemble des crédits et non plus seulement les mesures nouvelles. Cette évolution est comparable à celle qui a été instituée pour le budget de l'État par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF).

La JPE n'est pas incompatible avec la pérennité du financement et la reconduction des crédits. Mais elle permet d'analyser le périmètre et la justification des enveloppes déléguées dès le premier euro en lieu et place d'une délégation de base budgétaire qui confond tous ses composants. Elle accroît la lisibilité du système, notamment en facilitant les comparaisons entre crédits délégués et crédits consommés, ainsi que les possibilités de redéploiement.

La JPE, vise à faciliter pour les ARS la mise à plat des dotations en s'éloignant de la reconduction de budgets historiques.

Cette évolution implique que le ministère et les ARS puissent justifier leurs délégations de crédits en établissant un lien entre celles-ci et les déterminants de la dépense. Une partie significative des nouvelles mesures déléguées en 2009 et 2010 l'a été dans cette logique, l'ensemble des crédits étant alloués de manière non reconductible chaque année comme pour la MIG « permanence des soins » ou « surcoûts liés à l'accueil des patients précaires ». Ainsi, 99% des nouveaux financements accordés en 2010 aux établissements de santé l'ont été à titre non reconductible. Ce résultat s'amplifie par rapport au constat réalisé sur l'exercice 2009 où 78% de ces crédits avaient été alloués en non reconductibles. Dans certaines régions, les mesures nouvelles reconductibles peuvent même devenir négatives et être compensées par des mesures nouvelles non reconductibles, comme c'est le cas en Île-de-France et en Midi-Pyrénées par exemple. C'est le signe que ces régions ont entamé des mouvements de mise à plat des dotations accordées à titre historique, dans une logique de justification en base zéro.

Cette situation témoigne de l'orientation du mode de financement des missions d'intérêt général et de l'enveloppe MIGAC en général. En effet, une tendance à la redéfinition chaque année des

montants des dotations allouées à chaque établissement est observable, même si 78% des crédits MIG restent alloués à titre reconductible.

En outre, le contexte budgétaire qui implique des mesures d'économies voire des mises en réserve prudentielles (sous enveloppe AC) contraint les ARS à limiter fortement l'allocation des crédits reconductibles.

### 2.1.2. L'extension en 2012

En 2011, la JPE a été appliquée aux délégations de toutes les dotations des MERRI dont beaucoup sont modélisées. A compter de 2012, une extension de la délégation en JPE est envisagée, sur la base d'un retour d'expérience.

L'objectif est double :

- Contraindre les niveaux régional et national à objectiver toute notification de crédits, et donc à sortir d'une logique de reconduction de budget historique ;
- Permettre d'améliorer les référentiels de moyens existants mis à disposition par le niveau national aux ARS. Sur la base d'une confrontation entre les montants délégués en JPE et les référentiels de moyens, il sera possible d'actualiser les référentiels nationaux existants.

Pour les autres MIG qui n'ont pas été modélisées sous la forme d'un référentiel de moyens, un calibrage plus fin de chaque MIG pourrait être la résultante d'une extension de la JPE. Cela participera tout autant à une sécurisation juridique que financière des dotations.

L'objectif de la démarche en 2012 n'est pas de généraliser la JPE, mais de l'étendre dans la mesure du possible. *In fine*, cette extension ne sera possible que pour les MIGAC faisant l'objet d'un paramétrage et d'un suivi national.

## 2.2. Les progrès de la modélisation des dotations

Les travaux de modélisation conditionnent la transparence, l'équité et l'homogénéité de la répartition des moyens entre établissements. Il est d'ailleurs loisible de noter la part grandissante des dotations dont le montant est basé sur un modèle (régional, national). Cela réduit en conséquence le volume des crédits fondés sur une simple reconduction historique

Pour établir ce constat, il convient au préalable de préciser les différentes catégories de MIG en fonction de leurs modalités de gestion<sup>15</sup> :

- Appel à projets : ce sont des MIG dont l'attribution est liée à un appel à projets. Le montant est donc calibré dans le cadre dudit appel en lien direct avec les actions financées au titre de la MIG. 3 MIG sont paramétrées comme tel, représentant un montant global de 121 M€ (exécution 2010) ;
- Modèle national (MN) : il s'agit d'une dotation, non forfaitisée par établissement, mais dont les critères sont fixés au niveau national : critères objectivés, d'activité ou de file active notamment. 1 MIG est paramétrée de la sorte, pour un montant de 756 M€ (permanence des soins en établissements de santé) ;

---

<sup>15</sup> Le tableau synoptique en annexe 2 présente les MIG concernées par chaque catégorie.

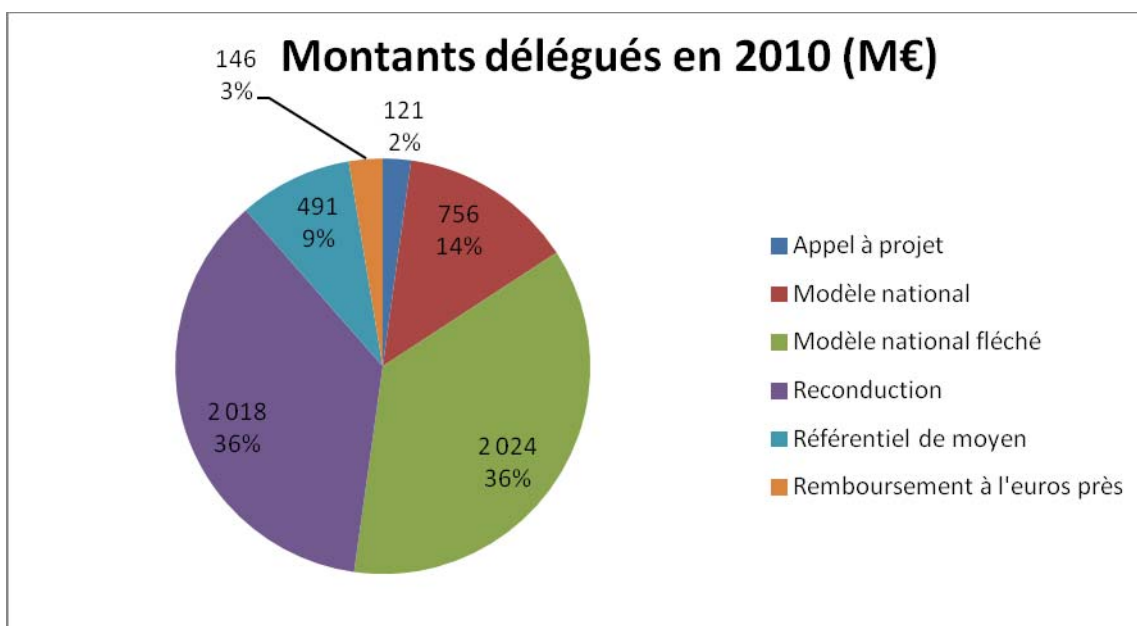


- **Modèle national fléché par établissement** : c'est une dotation forfaitisée par établissement en fonction de critères objectivés, d'activité ou de file active notamment. 9 MIG sont concernées par ce paramétrage, correspondant à un montant de 2 024 M€ ;
- **Référentiel de moyens** : il s'agit d'un calibrage de la mission au regard des actions financées à ce titre. Par ex, pour le financement d'une équipe, il convient de déterminer une équipe type définie en nombre de personnels mis à disposition pour l'exercice de la mission et un pourcentage de frais de structure à prendre en compte. Ce référentiel peut être adapté à la structure ou aux missions précises de l'établissement. 16 MIG sont déléguées suivant ce modèle, représentant un montant de 491 M€ ;
- **Remboursement de charges** : Ce sont des missions ayant trait à la participation aux politiques nationales et pour lesquels les dotations remboursent, à l'euro près, les charges supportées par les établissements. Dix MIG sont concernées pour un montant de 146 M€ ;
- **Reconduction** : le montant correspond à un budget historique alloué à l'établissement. 46 MIG ont des dotations notifiées de la sorte correspondant à un montant de 2 018 M€. C'est sans aucun doute sur ce type de dotations que la modélisation doit progresser.

Enfin, il faut souligner que les dotations MIG constituent le principal vecteur de financement des plans nationaux de santé publique. Ces plans expliquent pour beaucoup la dynamique d'augmentation de l'enveloppe des MIG et sa complexité. Ainsi, en 2010, le plan cancer, le programme de développement des soins palliatifs, le plan urgences, le plan Alzheimer, le plan addictologie, le plan national maladies rares, le programme maisons des adolescents et le plan amélioration de la prise en charge de la douleur ont abondé les dotations MIG à hauteur de plus de 51 M€ en mesures nouvelles. Ce montant doit être comparé aux 152 M€ qui ont abondé en tout la dotation MIG en 2011 et qui sont destinés à couvrir à la fois les plans de santé publique, l'extension de mesures anciennes (notamment, en 2011, le financement de la rémunération des internes à hauteur de 76 M€) ainsi que tous les effets prix (glissement-vieillesse-technicité des personnels assurant les missions, inflation, etc.).

Ces financements d'actions spécifiques, souvent fléchés, ne se plient pas toujours à des modélisations ni à des référentiels existant. Au fil des années, ces crédits reconductibles constituent des enveloppes historiques. A terme, il s'avère nécessaire que ces financements obéissent à des règles d'allocation tenant compte de référentiels intégrés à la définition du périmètre des missions qu'ils viennent abonder. De même, l'évaluation de leur utilisation doit être généralisée.

Modalités de gestion	Nombre de MIG	Montants délégués en 2010 (M€)
Appel à projets	3	121
Modèle national	1	756
Modèle national fléché	9	2 024
Reconduction	46	2 018
Référentiel de moyen	16	491
Remboursement de charges	10	146



Source: ARBUST MIGAC, 2010 (ATIH/DGOS)

*In fine*, si l'on agrège les catégories hors « reconstitution », 64% du volume des crédits délégués est d'ores et déjà basé sur un modèle ou du moins ne correspond pas à une reconstitution historique des crédits :

Modalités de gestion	Nombre de MIG	Montants délégués en 2010 (M€)
Délégation basée sur un modèle national ou régional ou remboursement à l'euro près	39	3539
Reconstitution historique des montants délégués	46	2018

### 2.2.1. Le modèle des MERRI a été consolidé en 2011

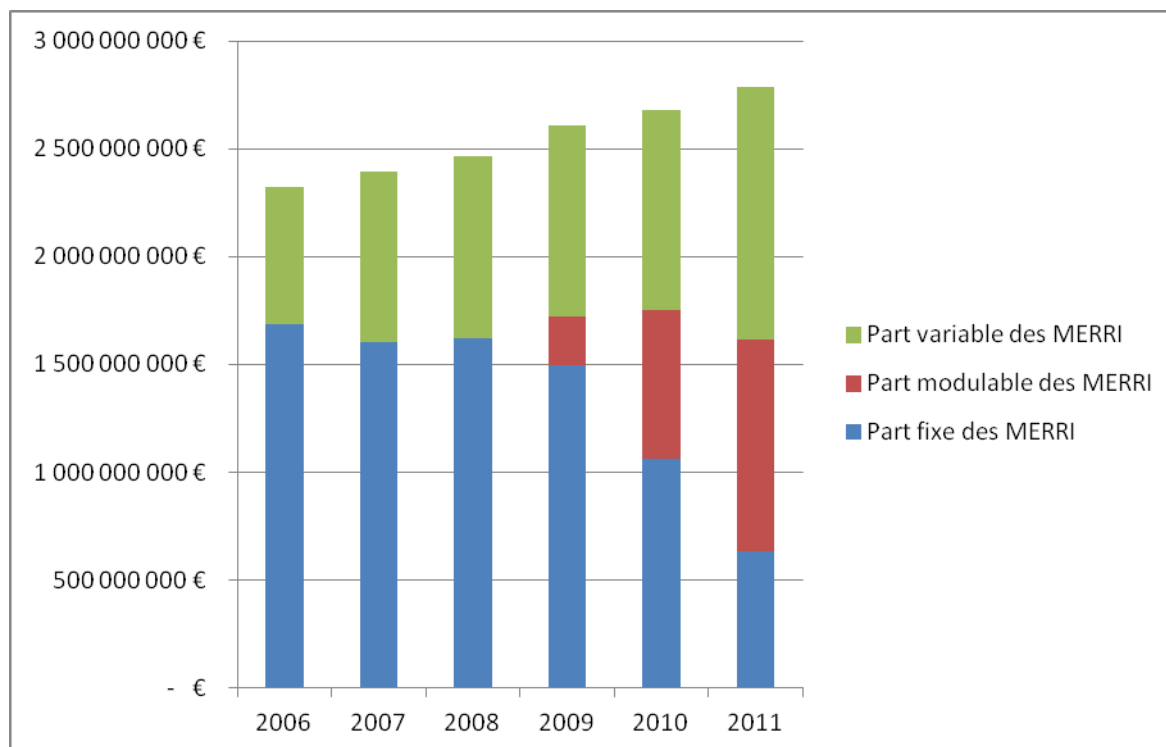
L'année 2011 a été marquée par la poursuite et l'accélération de l'évolution des modalités d'allocation des dotations MERRI, ce qui passe notamment par : l'accentuation du redéploiement des crédits du socle fixe vers la part modulable et la part variable ; l'enrichissement et la révision progressive de la pondération des indicateurs retenus pour la fixation de la part modulable ; le développement de la procédure d'appels à projet<sup>16</sup>. Ces évolutions sont de nature à répondre aux recommandations formulées par l'IGAS en novembre 2009 dans le rapport établi par Pierre-Louis Bras et le Dr. Gilles Duhamel pour l'IGAS. Le rapport recommandait en particulier de faire évoluer progressivement le financement de la recherche en privilégiant les appels à projets en plus du financement des structures transversales supports de la recherche. D'une manière générale, l'IGAS posait le financement de la recherche comme un investissement stratégique qui devait conduire à calibrer l'enveloppe qui lui est consacrée en fonction des projets et des opportunités.

Trois ans après l'engagement de la « réforme » du modèle des MERRI, en 2008, les objectifs qui avaient alors été fixés ont été atteints, soit une dynamisation de l'enveloppe financière des MERRI par une réduction de la part fixe et une objectivation des dotations grâce à la mise en œuvre d'indicateurs permettant le calcul de la part modulable. Des évolutions restent à venir, notamment pour continuer la réforme du socle fixe en modifiant son mode de répartition et pour ouvrir l'accès

<sup>16</sup> Pour la définition des différents compartiments de la dotation MERRI, cf. l'avant-propos, point A.

au financement par les MERRI à de nouveaux établissements. A cette fin, la DGOS déploie des outils d'évaluation de l'effort de recherche.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution des parts relatives fixe, modulable et variable de 2006 à 2011.



Sources: ARBUST MIGAC, 2006-2010 (ATIH/DGOS) et circulaire tarifaire du 30 mars 2011

### ➤ Part variable

Afin de dimensionner les financements distribués à l'activité réelle des établissements, les délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) sont désormais financées au sein de la part variable en redéployant 70,2 M€ provenant de la part fixe. Ces crédits sont répartis entre les établissements de santé en fonction d'indicateurs de résultats relatifs aux missions des DRCI (nombre d'essais à promotion institutionnelle et réussite aux appels à projets nationaux de type PHRC). Afin d'éviter le saupoudrage des crédits et de s'assurer d'une masse critique suffisante pour réunir les compétences nécessaires à la réalisation des missions confiées aux DRCI, seuls les établissements bénéficiant d'un montant minimum de 300 k€ percevront des crédits. Les financements relatifs aux unités d'évaluation médico-économique des CHU restent individualisés cette année. Enfin, la normalisation des financements relatifs aux CIC se poursuit afin que seuls les établissements hébergeant un CIC réellement labellisé par le niveau national perçoivent les crédits afférents.

### ➤ Part modulable

Comme chaque année, les indicateurs utilisés pour la détermination de la part modulable ont été mis à jour avec les dernières données collectées.

Des modifications ont été apportées dans la constitution de l'indicateur relatif aux publications scientifiques qui représente 57,5% de la part modulable. Jusqu'à présent, les lettres aux éditeurs

étaient prises en compte pour le calcul de l'indicateur relatif aux publications scientifiques. Ces lettres ne relevant pas d'un vrai travail de recherche en tant que tel, elles ne sont pas prises en compte au sein de l'indicateur 2011. Pour la construction de ce score relatif aux publications scientifiques, le dernier auteur signant un article est désormais comptabilisé au même niveau que le premier auteur, à hauteur de 4 points (contre 3 points précédemment). Cette revalorisation du dernier auteur, en règle générale le scientifique « senior » qui a encadré la recherche, permet de valoriser davantage le travail d'encadrement des travaux publiés. Enfin, l'analyse du score relatif aux publications scientifiques se fait maintenant sur 4 ans (contre 5 ans précédemment). Cette évolution permet de dynamiser cet indicateur en le rendant moins dépendant du passé.

Le mode de calcul de l'indicateur relatif à la valorisation a été simplifié. Ainsi, cet indicateur portera uniquement sur les brevets ayant fait l'objet d'une licence d'exploitation afin que l'effort de valorisation se porte sur des brevets réellement exploitables industriellement. L'indicateur relatif à la valorisation représente 2% de la part modulable en 2011 (contre 3,5% en 2010).

L'indicateur relatif aux essais cliniques est revalorisé pour représenter en 2011 11,5% de la part modulable (contre 10% en 2010). Cette mesure permet de mieux prendre en compte la charge réelle de travail et le coût relatif à la mise en œuvre de ces essais au sein des établissements de santé. Par ailleurs, les inclusions dans les essais industriels sont comptabilisées cette année en addition des inclusions réalisées dans les essais à promotion institutionnelle.

#### ➤ **Part fixe**

Deux adaptations sont apportées au sein de la part fixe. La décote relative à la part fixe dont le montant prend en compte les coûts des personnels médicaux et les coûts des plateaux médico-techniques est appliquée à toutes les catégories d'établissements. Elle est calculée en fonction du ratio part modulable / part fixe théorique.

Par ailleurs, les charges générales (calculées initialement sur la base de 1% de l'ex-budget MCO hors médicament des CHU et 0,5% des autres établissements de santé) sont soustraites de la part fixe afin de dynamiser le modèle MERRI. Les 160,9 M€ correspondants sont répartis de la façon suivante :

- 60,5 M€ sont reportés sur la part modulable ;
- 70,2 M€ sont reporté sur la part variable pour financer les délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) ;
- 30,2 M€ sont provisionnés pour abonder les appels à projets nationaux.

Ainsi, la proportion des crédits attribués sur indicateurs ou appel à projets augmente significativement en 2011.

#### ➤ **La mise à plat du financement de la rémunération des internes**

Depuis 2006, la rémunération des internes en médecine, pharmacie et odontologie a été partiellement financée par une dotation d'aide à la contractualisation (AC) compensant la rémunération des internes recrutés au-delà du *numerus clausus* arrêté en 2005. Ce système avait atteint ses limites, notamment en raison de modalités de calcul peu lisibles pour les ARS comme pour les établissements. Il importait aussi d'accompagner l'accroissement du *numerus clausus* et la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales.

C'est pourquoi, en 2011, a été créée une dotation au titre d'une MERRI variable notifiée chaque année en justification au premier euro. Le financement de leur rémunération est étendu à l'ensemble de la file active des internes en formation de manière à ne pas créer d'effet de seuil entre les établissements qui accueillait des internes avant 2005 et ceux qui en accueillent depuis.

La dotation se fonde sur un forfait par interne qui varie en fonction de son ancienneté dans le cursus de formation, pour prendre en compte sa contribution croissante à la production de soins. Ainsi la rémunération d'un interne de la 1<sup>ère</sup> à la 3<sup>ème</sup> année est compensée à hauteur de 16 000€ par an et celle d'un interne de 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> année à hauteur de 8 000€ par an.

Enfin, dans un souci de convergence et de transparence, la dotation est versée à l'établissement d'accueil de l'interne, quel qu'il soit. Cet établissement rembourse le CHU de rattachement si celui-ci a continué de payer les émoluments de l'interne. Au total, pour les deux semestres d'internat 2011, 320 M€ ont été délégués aux régions pour abonder cette nouvelle MERRI, dont 80 M€ de mesures nouvelles pour le financement partiel de la rémunération de quelque 24 200 internes. En 2010, ce financement s'était élevé à hauteur de 143 M€ imputés en AC.

## 2.2.2. Les modélisations conduites en 2011 ont pour l'essentiel concerné trois autres MIG

### ➤ La forfaitisation des actions de qualité transversale des pratiques de soins en oncologie

La MIG « Actions de qualité transversale des pratiques de soins en oncologie » a été modélisée en 2011. Cette mission recouvre la mise en œuvre des dispositifs d'annonce de la maladie, les soins de support délivrés par des psychologues, ainsi que l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaires sur la base des recommandations de l'Institut national du cancer (INCa).

Depuis 2009, des travaux ont été conduits visant à forfaitiser l'allocation de la MIG « action de qualité transversale des pratiques des soins en oncologie » en fonction de critères d'activité ou liés aux missions des établissements bénéficiaires. Les objectifs de cette forfaitisation sont de renforcer la transparence de l'allocation des MIG finançant les soins en oncologie, à l'exclusion des centres de coordination en oncologie (3C) qui ne font pas encore l'objet d'un référentiel. Ils visent également à évaluer la pertinence et la faisabilité à court terme d'un financement *via* un forfait structure.

Pour mémoire, en 2009 plusieurs MIG (finançant les dispositifs d'annonce (DA), les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), les soins de support et les centres de coordination en oncologie (3C)) ont été regroupées en une MIG « action de qualité transversale des pratiques des soins en oncologie » de manière à pouvoir modéliser un forfait sur ce périmètre. En 2010, il a été acté que les centres de coordination en oncologie ne feraient pas partie de ce forfait : ils ont été retirés du périmètre de la MIG (une MIG « 3C » a donc été recréée).

Le modèle d'allocation du forfait tel qu'il résulte des travaux conduits au niveau national prend en compte les données suivantes :

- Attribution d'un socle par établissement (20 000 € par établissement, avec prise en compte du caractère multi-site de l'AP-HP) ;
- File active de patients : forfait par tranche de 50 patients supplémentaires identifiés sur la base des remontées d'activité 2009 (chaque patient compte une seule fois quel que soit son nombre de séances ou de séjours) ;
- Nombre de modalités de l'activité autorisées (2 modalités : +25% ; 3 modalités : +50%) ;
- Surpondération de 70 à 80 % pour les établissements constituant les pôles régionaux de oncologie qui sont le plus souvent les CHU et les CLCC. Cette pondération est susceptible d'évoluer dans les années à venir, puisque l'INCa doit définir des référentiels qui permettront d'identifier les établissements exerçant effectivement cette mission. Temporairement, la solution retenue permet de tenir compte du rôle de chefs de file que jouent les CHU et les CLCC dans la structuration de l'offre régionale ;
- Prise en compte du coefficient géographique ;

- Abattement de 25% du socle et de la valeur des tranches dans le secteur ex-OQN au titre de la non intégration des honoraires médicaux. La part des rémunérations médicales des participants aux RCP dans les établissements ex-OQN restent en effet financés au titre des dispositifs conventionnels ou du FIQCS.

Synthétiquement, la modélisation effectuée pour cette dotation aboutit à déléguer un forfait à chaque établissement autorisé pour le traitement du cancer en chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie. Elle se fonde pour l'essentiel sur les données d'activité issues du PMSI, pondérées par le nombre d'autorisations détenues par l'établissement.

Cette modélisation permet de clarifier le financement de la qualité en cancérologie et de le répartir de manière plus équitable entre les établissements. Elle constitue à cet égard un prototype pour de nombreuses MIG finançant des missions dont le coût augmente avec l'activité sans pour autant dépendre strictement du nombre de patients accueillis.

A noter par ailleurs que la MIG relative aux centres de coordination des soins en cancérologie fait l'objet de travaux en vue d'une modélisation à compter de la campagne 2013.

### ➤ La PDSES

La permanence des soins en établissement de santé (PDSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins (intervention et/ou hospitalisation) dans une structure de soins MCO d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La réorganisation de la permanence des soins constitue l'un des outils majeurs de la réorganisation future de l'offre de soins. La loi HPST érige désormais la PDSES en mission de service public. Elle donne compétence au directeur général de l'ARS pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission de service public. Le schéma régional d'organisation des soins du plan régional de santé (SROS-PRS) constitue le cadre opérationnel dans lequel doit s'opérer cette « remise à plat » de la PDSES avec la fixation d'un schéma cible.

Cette réorganisation de la PDSES doit permettre :

- de garantir l'accès aux soins requis en appui ou en aval des urgences ;
- d'améliorer la qualité des prises en charge en rendant plus lisibles les services disponibles en aval ou en appui des urgences : réduction des délais d'attente, meilleure orientation des malades ;
- d'être plus efficient en supprimant d'éventuels doublons inutiles et en mutualisant certaines lignes de garde ou d'astreinte, libérant ainsi pour l'activité de jour des ressources médicales mobilisées en surnombre aux heures de PDSES.

Depuis 2009, la participation à la permanence des soins est indemnisée, pour les établissements de santé antérieurement financés sous dotation globale (hôpitaux publics et établissements de santé privés d'intérêt collectif) par une MIG dont le montant a été calibré à l'appui d'une enquête nationale conduite en 2008. Cette MIG est issue d'un débasage réalisé de manière homogène sur les tarifs de ces établissements.

Elle représente en 2010 un montant de 756,16 M€ qui ont bénéficié à 604 établissements.

Dès 2009, des dispositions ont été adoptées concernant les modalités d'attribution de cette MIG afin de permettre une meilleure prise en compte de la contribution réelle des établissements à la PDSES et une juste compensation des surcoûts médicaux induits.

La démarche a été poursuivie en 2010 au regard de ces objectifs ambitieux de réorganisation de la PDSES.

Ainsi, avant même l'adoption et la mise en œuvre des schémas cibles de PDSES, le taux de modulation<sup>17</sup> de cette MIG a été porté de 10% (en 2009) à 20 % afin de faciliter cet effort de réorganisation de la PDSES tout en contenant les effets revenus pour les établissements concernés. Les marges ainsi dégagées peuvent ensuite être allouées par l'ARS à des établissements davantage sollicités et mobilisés dans le cadre de la PDSES.

L'année 2010 a surtout vu le lancement de la concertation visant à l'adoption d'un dispositif de financement unique et fongible de la PDSES qui soit commun aux secteurs public et privé. La base juridique organisant la participation et la rémunération des praticiens libéraux à la PDSES en établissements de santé privés a été abrogée par la loi HPST. Cette abrogation a pris effet à compter du 1<sup>er</sup> avril 2010. L'indemnisation sur l'ONDAM de ville des médecins libéraux participant à la PDSES dans le cadre des « contrats de pratique professionnelle » a été prorogée jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouveau dispositif. Il apparaît en effet indispensable d'intégrer rapidement les médecins libéraux et établissements de santé privés dans un mécanisme de financement commun aux secteurs public et privé s'appuyant sur une enveloppe MIG PDSES unique et fongible. Un tel mécanisme facilitera les mutualisations intersectorielles et permettra de dégager les marges d'efficience attendues de la remise à plat du dispositif.

➤ **Dotation des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD) au titre de la MIG finançant les dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge**

A la suite des conclusions du rapport de la mission confiée à Monsieur Gérard Decour, conseiller général des établissements de santé, qui portait essentiellement sur l'augmentation du *numerus clausus* dentaire au regard des capacités de formation, a été souhaitée la compensation des surcoûts liés aux actes dentaires pratiqués en ambulatoire dans les établissements de santé, lorsqu'ils sont effectués sur des patients atteints de pathologies particulières, y compris psychiatriques, donc fragiles et requérant un temps de prise en charge supérieur à la moyenne.

A cette fin, une nouvelle MIG Odontologie a été créée en 2011. Elle est exclusivement réservée, cette année, aux 15 CSERD français, pour l'ensemble de leurs sites géographiques. Le montant de la dotation pour chacun des CSERD a été calibré sur la base des données recueillies dans le cadre de la mission précitée, qui ont permis d'évaluer que :

- 15% des passages en CSERD (mesurés par l'ensemble des actes d'odontologie facturés) relèvent de ces prises en charge lourdes ;
- Ces prises en charge génèrent un surcoût moyen de 70 € par passage.

Les travaux relatifs aux MIG conduits dans le cadre de la campagne budgétaire 2011 visent ainsi à accroître la transparence et l'objectivation des dotations attribuées aux établissements, ainsi que la pertinence des critères utilisés pour allouer ces dotations.

➤ **Les MIG SAMU et SMUR**

Les moyens qui sont alloués à ces deux MIG ne font pas à l'heure actuelle l'objet d'une modélisation. Des travaux seront engagés en 2012 visant à construire des référentiels de moyens sur la base desquels les ARS pourront s'appuyer pour homogénéiser les financements.

---

<sup>17</sup> Ce taux de modulation correspond aux possibilités de réfaction à la baisse de l'enveloppe MIG PDSES « historique » d'établissements peu impliqués dans la PDSES. Cette MIG qualifiée d'historique est celle issue du débasage des tarifs T2A réalisé en 2009 et redistribuée dans un premier temps à l'identique aux établissements débasés.

### ➤ L'amélioration du suivi de l'activité en vue de modéliser certaines MIG

Le recueil de certaines données d'activité dans le logiciel FICHSUP géré par l'ATIH, qui constitue un volet du PMSI, doit permettre d'envisager la modélisation de nouvelles MIG sur la base d'une évaluation de l'activité des structures et des surcoûts générés par certaines missions. Il en va ainsi des actes hors nomenclature pour lesquels des travaux ont été entrepris notamment avec les anatomo-cyto-pathologistes, les biologistes et la CNAMTS. La MIG relative aux lactariums et celle relative au recueil, au traitement et à la conservation des gamètes et embryons pourraient également bénéficier de ce recueil.

## 2.3. La sécurisation juridique des notifications : le guide de délégation des dotations finançant les AC

La DGOS a élaboré à destination des ARS un guide des délégations des aides à la contractualisation afin de permettre leur sécurisation juridique au regard du droit français et communautaire (Circulaire N° DGOS/R5/2011/315 du 1er août 2011 relative au guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation). Les marges de manœuvre laissées à l'initiative des directeurs généraux d'ARS répondent en effet à des exigences dont le respect conforte la sécurité juridique de leurs décisions et de leurs actes. L'objectif est de veiller à une allocation plus transparente et plus pertinente des dotations AC, d'éviter les recours contentieux contre ces décisions donc de sécuriser les financements ainsi reçus par les établissements.

### 2.3.1. Rappel de la procédure de notification des crédits

L'attribution d'une dotation AC à un établissement de santé est subordonnée à la signature du CPOM<sup>18</sup> et à sa mention dans le contrat. L'arrêté de versement annuel, quant à lui, a vocation à mentionner le montant délégué pour la réalisation de telle ou telle AC, en se référant au CPOM détaillant l'objet de l'AC et l'engagement de l'établissement. Dans cette perspective, l'attribution « objectivée » des crédits au titre des AC doit s'effectuer en deux étapes :

#### ➤ Contractualisation avec les établissements délégataires

Pour chaque établissement (ou structure) allocataire, il est conseillé de :

- préciser la pertinence de délégation des crédits (L'objectif est de pouvoir justifier de l'intérêt du versement de la dotation et le rattacher si possible à un diagnostic préalable, objectif, précis et pertinent au regard du financement octroyé) ;
- définir les critères ayant permis de sélectionner l'établissement (ou la structure) ;
- définir les critères de compensation, c'est-à-dire détailler le calcul économique ayant déterminé le montant des crédits délégués ;
- inscrire les contreparties de cette délégation, c'est-à-dire les engagements pris par l'établissement (ou la structure) et les indicateurs permettant d'évaluer le respect de ces engagements.

---

<sup>18</sup> Ou un engagement contractuel spécifique liant la structure allocataire à l'ARS lorsque le délégataire n'est pas un établissement de santé. C'est le cas du GCS, structure pouvant être amenée à se voir déléguer en propre des crédits AC.



### ➤ Arrêté de versement

Eu égard au droit communautaire et au droit interne, il est indispensable de motiver l'arrêté pris en application de l'article R162-42-4 du code de la sécurité sociale<sup>19</sup>.

Le simple renvoi n'est pas juridiquement suffisant. Cette motivation doit s'effectuer par reprise *in extenso* des termes du CPOM. En effet, l'arrêté, de par sa publication, permet à tout établissement de prendre connaissance des critères de délégation. Si l'arrêté ne fait que renvoyer au CPOM, ces établissements ne pourront prendre connaissance des critères, car ils n'ont pas accès à ces contrats.

## 2.3.2. Rappel des règles de délégation à respecter<sup>20</sup>

### ➤ Des aides non reconductibles

Les aides à la contractualisation ont été conçues comme des aides à titre non reconductible. Il est nécessaire qu'elles le demeurent.

### ➤ Analyse préalable du besoin

Si le financement intervient directement ou indirectement en soutien d'une activité, il est indispensable que la délégation s'appuie sur le diagnostic de l'offre et du besoin par territoire de santé.

### ➤ Définir des critères de sélection de l'établissement

La délégation doit s'effectuer en respectant des règles de transparence et de stricte égalité entre établissements de santé afin d'éviter toute discrimination. Le choix de l'opérateur, c'est-à-dire de l'établissement bénéficiant de la dotation, ne doit pas avoir pour conséquence de créer une distorsion de concurrence.

### ➤ Définir des engagements en contrepartie de l'aide

### ➤ Définir des critères de compensation

Il est essentiel de préciser les paramètres sur la base desquels la compensation est définie. L'objectif est de pouvoir vérifier à tout moment que la dotation est proportionnée et n'est pas venue surcompenser l'action soutenue.

### ➤ Les exigences de non-surcompensation

Afin de respecter cette exigence, les agences doivent pouvoir s'assurer, à travers des outils d'analyse comptable, que l'établissement recevant une compensation ne bénéficie pas en réalité d'une surcompensation.

---

<sup>19</sup> Arrêté déléguant par établissement, le montant annuel de la dotation de financement d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14, dans le respect de sa dotation régionale.

<sup>20</sup> Pour tout complètement, se reporter au guide précité

## 3. Les perspectives et travaux en cours

### 3.1. La révision du guide méthodologique d'attribution des MIG

Symétriquement à la publication du guide de délégation des dotations finançant les AC, l'année 2011 est marquée par les travaux d'actualisation du guide méthodologique d'allocation des MIG publié en juin 2008. Cet outil de contractualisation présentait les missions d'intérêt général dans la perspective d'aider les ARS à calibrer leurs dotations et à négocier leur inscription au CPOM des établissements.

#### 3.1.1. Le contexte

Au titre de l'article L162-22-13 du code de la sécurité sociale, tout engagement pris au titre des MIG doit être mentionné au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), où à défaut, dans un engagement contractuel spécifique. En outre, des critères de fixation doivent être associés aux montants des dotations régionales ainsi qu'aux montants des dotations attribuées à chaque établissement. C'est d'ailleurs le sens du principe général d'égalité et de transparence, imposant *in fine* aux pouvoirs publics de déléguer les crédits sans discrimination indue entre établissements et en étant capables de justifier les critères ayant conduit au versement des crédits (choix de l'établissement, niveau de l'allocation).

Au regard du droit communautaire, ces critères doivent nécessairement être retranscrits dans un acte, synallagmatique ou unilatéral ; le CPOM apparaît comme le vecteur le plus adéquat.

#### 3.1.2. Le guide méthodologique d'attribution des MIG : un outil à des fins d'objectivation

Les CPOM conclus avec les établissements de santé représentent donc le cadre de la négociation avec les établissements sur les MIGAC. Si, dans cette négociation, chaque ARS se doit de mener sa politique régionale, il est apparu nécessaire de proposer un guide de notification des dotations finançant les MIG. L'objet du guide est de rappeler les éléments de méthode et d'apporter des référentiels sur certaines missions pour accompagner les agences dans cette démarche de contractualisation. L'objectif à atteindre est que chaque mission financée par la dotation MIG puisse être contractualisée pour un montant fixé avec le souci d'équité, donc sans discrimination qui serait seulement liée au statut juridique de l'opérateur de la mission, avec des moyens mis en œuvre affichés et des indicateurs de résultats attendus et ce, en toute transparence avec les établissements.

*In fine*, les ARS doivent être en mesure de préciser dans le CPOM des établissements les critères sur la base desquels l'établissement est attributaire d'une dotation et ceux sur la base desquels le montant de celle-ci est défini.

Outre un rappel de ce que recouvre la notion de MIGAC et des principes financiers qui doivent sous-tendre la négociation avec les établissements, ce guide rappelle les principales étapes de cette négociation et propose des exemples de documents d'aide à la préparation de la contractualisation (avenant type...) ainsi que des fiches sur l'ensembles des MIG.

Le guide intégrera également pour chaque MIG une fiche de synthèse qui précisera :

- La définition et les objectifs associés à la mission ;
- Le périmètre de la mission en termes de nature de charges couvertes ( sera souligné le caractère subsidiaire de cette dotation qui ne doit couvrir que les dépenses non prises en charge par d'autres recettes et exclure du périmètre de la mission l'ensemble des actions déjà financées par ailleurs.) ;
- Les conditions d'éligibilité des établissements à la MIG ;
- Les modèles de financement ou les référentiels existants, permettant d'objectiver le montant des crédits délégués ;
- Les indicateurs permettant d'évaluer a posteriori la manière dont la mission aura été effectuée.

## 3.2 Le financement des activités isolées

Pour certaines activités exercées dans des zones spécifiques (géographie, population), le seuil d'équilibre économique ne peut pas être atteint au moyen des seules recettes T2A. Dans certains cas, la nécessité de répondre aux besoins de la population se traduit par l'obligation de maintenir ces services ou ces structures qui ne pourront jamais atteindre leur optimum économique. Dans ces cas précis, on rencontre une situation particulière dans laquelle le rapport entre les charges et les recettes est déséquilibré. Les crédits AC « Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS » peuvent ainsi financer, sur une base contractuelle, des situations spécifiques qui ne figurent pas dans la liste limitative des MIG.

Les établissements ou services concernés sont situés notamment :

- Dans des zones enclavées (notamment de montagne) ;
- Dans des départements ultra-marins (DOM) et en Corse ;
- Dans d'autres zones rurales isolées (c'est notamment le cas de certains CH de proximité et anciens hôpitaux locaux).

Les moyens financiers attribués par les ARS et déclarés au titre d'une activité déficitaire s'élèvent en 2010 à près de 35 M€, dont plus de la moitié pour les DOM.

Si le sujet des activités isolées relève d'une logique de cas par cas, il convient d'élaborer des éléments de cadrage à destination des ARS pour la reconnaissance des activités déficitaires et le calibrage des financements :

- Champ des activités potentiellement éligibles à ce type de financement (activités pour lesquelles un recours plus éloigné n'est pas souhaitable) ;
- Outils de benchmark ou référentiels de moyens en fonction de la nature et du niveau d'activité, afin d'éviter que le calibrage des financements ne se fasse à partir des charges constatées.

Pour avancer sur ce sujet, dont les ARS ont la principale expertise à l'heure actuelle, un groupe de travail composé de quelques ARS a été constitué. L'objectif est de constituer des outils permettant la reconnaissance des activités déficitaires à financer et le calibrage des financements correspondants. Ces outils seront déclinés dans une fiche relative à l'attribution des crédits AC « Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS » introduite dans le guide méthodologique des MIGAC.

## 3.3. L'intégration du système d'information

Le suivi des dotations MIGAC s'effectue à travers un système d'information géré par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : Arbust MIGAC, complémentaire de l'outil de

suivi de la campagne budgétaire (Arbust). Outil de reporting renseigné par les ARS, il enregistre par établissement et par mission les notifications arrêtées par les directeurs généraux des ARS.

Ce système d'information a vocation à se développer et à évoluer pour s'adapter à deux exigences : l'amélioration de la lisibilité de la dotation MIGAC et sa sécurisation tant juridique que financière.

L'évolution à court et moyen terme de l'outil ARBUST doit répondre aux besoins fonctionnels du ministère comme à ceux des ARS qui le renseignent. L'intégration de données qualitatives est une piste d'amélioration envisagée.

### 3.4. Pour l'avenir, tirer les enseignements de la mise en œuvre des MIGAC dans le secteur MCO

La constitution en projet d'un fonds régional d'intervention à la disposition des ARS, marquerait une évolution notable dans l'usage des crédits, notamment d'accompagner la contractualisation. Cela répondrait à une exigence en termes de fongibilité entre les fonds actuellement rassemblés dans le FMESPP (Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés), le FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) et certaines dotations MIG.

Un tel fonds régional permettrait ainsi de vaincre le cloisonnement de financements concourant souvent à un même objectif. Cet objectif est une conséquence nécessaire et souhaitable de la mise en place des ARS, qui portent une logique de transversalité.

Par ailleurs, les travaux sur la mise en œuvre de la T2A pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) se poursuivent (*cf.* le rapport au Parlement relatif à la T2A), notamment dans l'optique de créer à terme un compartiment MIGAC qui leur soit dédié.

Après 6 ans de mise en œuvre des MIGAC dans le champ des établissements de santé MCO, il conviendra de tirer un certain nombre d'enseignements pour ces deux démarches. Les MIGAC constituent en effet, malgré les imperfections de leur pilotage, le premier suivi de crédits d'assurance maladie versés à des établissements qui vise à suivre les crédits par destination et non pas par nature ou par dispositif. Les principaux enseignements à en retirer sont les suivants :

- les systèmes d'information doivent d'emblée permettre un suivi, évidemment précis, mais surtout historicisé et par objectif (plutôt que par nature ou par mesure budgétaire) des crédits versés ;
- les démarches d'allocation en base ou en crédits reconductibles doivent autant que possible être évitées ;
- des référentiels d'allocation, basés sur la volumétrie des projets ou des activités, ou sur des référentiels de moyens ou de coûts, doivent autant que possible être mis en place dès que des crédits sont délégués sous forme de dotation. Il s'agit d'une logique de justification au premier euro.

# ANNEXES

## Annexe 1 - Données quantitatives

*Annexe 1.1 Les principales mesures nouvelles de la dotation MIGAC inscrites dans la circulaire budgétaire 2011*

	Montant délégué en circulaire 2011 et mode de délégation	Imputation MIG	Imputation AC
<b>I- mesures catégorielles relatives au personnel non médical</b>			
Renforcement et reclassement PARM	17,754M€ en R	SAMU	
Protocole d'accord 2 février 2010 (LMD / infirmières)		Ces dotations, s'apparentant à des frais de structure, doivent venir s'imputer sur l'ensemble des MIG et être intégrées dans la base des établissements.	
PFR personnel de direction FPH			
PFR cadres de santé			
PFR directeurs de soins			
<b>II - mesures catégorielles relatives au personnel médical</b>			
Apprentis préparateurs en pharmacie	1,22M€ en NR		amélioration de l'offre : soutien à la démographie des professionnels de santé
Création et transformation d'emplois HU	0,17M€ en R		
Assistants spécialistes post internat	8,17M€ en NR		
Formation chef de pôles	5M€ en R		
Poste consultants	0,99M€ en NR		
Poste assistants associés spécialistes	0,4M€ en NR		
Augmentation quota internes	151,19 M€ (semestre de printemps) en JPE 168,81M€ (semestre d'automne) en JPE	financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie	
<b>III- Mesures de santé publique</b>			
<b>MERRI Fixe</b>	632,96M€ en JPE	MERRI fixe	
<b>MERRI part modulable</b>	987,89M€ en JPE	MERRI variable	

	Montant délégué en circulaire 2011 et mode de délégation	Imputation MIG	Imputation AC
<b>MERRI part variable</b>	722,73M€ en JPE	Toutes les MERRI variable hors ATU, rémunération du financement des internes, structure d'appui à la recherche clinique	
<b>Progrès médical</b>	60,74 en JPE	Structure d'appui à la recherche clinique	
<b>PDSES</b>	735,02M€ en NR	PDSES	
<b>Précarité</b>	150M€ en JPE	Prise en charge des patients en situation précaire	
<b>accueil de patients en activité externe d'odontologie</b>	1,94M€ en JPE	accueil de patients en activité externe d'odontologie	
<b>plan cancer</b>			
soutenir la démarche qualité au sein de la profession ACP (= financement de la double lecture des actes ACP concernant les cancers rares et les lymphomes)	1,99M€ en R	les centres de références pour la prise en charge de maladies rares	
Labelliser les centres de référence pour les cancers rares	1,3M€ en R		
Suivre les personnes à risque génétique		les laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique	
Renforcement des plateformes de génétique moléculaire	7,5M€ en R		
programme d'actions spécifiques vis-à-vis des adolescents atteints de cancer (création d'unité pilote par le biais d'appel à projet)	0,52M€ en R	Équipes de cancérologie pédiatrique	
actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	75,95M€ en JPE	actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	
<b>Plan Alzheimer</b>	1,5M€ en R		
Poursuite de l'informatisation des consultations mémoires		les consultations mémoires	
Programme hospitalier de recherche clinique		programme hospitalier de recherche clinique	

	Montant délégué en circulaire 2011 et mode de délégation	Imputation MIG	Imputation AC
Création d'emplois hospitalo-universitaires de chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux			amélioration de l'offre : soutien à la démographie des pro. de santé
<b>Programme soins palliatifs</b>			
Équipes mobiles de soins palliatifs	5,98M€ en R	Équipes mobiles de soins palliatifs	
Création de postes d'assistants spécialistes en soins palliatifs	1,32M€ en R		amélioration de l'offre : soutien à la démographie des professionnels de santé
<b>Plan addictologie</b>	3,25M€ en R		
Consultations		les consultations hospitalières d'addictologie	
Equipes de liaison		les consultations hospitalières d'addictologie	
<b>Plan maladies chroniques</b>			
Développement de l'éducation thérapeutique dans les établissements de santé	3,25M€ en R	les actions de préventions et d'éducation thérapeutique	
<b>Programme maison des adolescents</b>			
structures d'accueil et de soins des adolescents.	0,47M€ en R	les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents	
<b>Plan AVC</b>	6M€ en R		
Financement de la prise en charge des AVC en unités neuro-vasculaires			développement activité : chirurgie
Coordination filière (personnel pour de la rééducation)			amélioration de l'offre : soutien à la démographie des professionnels de santé
Coordination filière (développement d'astreintes spécialisées)		PDSES	
<b>Prise en charge des détenus</b>	5,71M€ en R		
UCSA (soins somatiques)		les unités de consultations et de soins ambulatoires	

	Montant délégué en circulaire 2011 et mode de délégation	Imputation MIG	Imputation AC
Amélioration de la prise en charge des addictions en détention		consultations hospitalières d'addictologie	
Chambres sécurisées		les chambres sécurisées pour détenus	
<b>Programme national de lutte contre le VIH</b>	1,2M€ en R		
poursuite de la mise en place des COREVIH (comité de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH)		les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH	
<b>Programme prévention infections nosocomiales</b>	1,62M€ en R		
Renforcement des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN)		les centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales	
Renforcement des antennes régionales de lutte contre les Infections nosocomiales		les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales	
<b>Médecine légale</b>			
Emploi de psychologue	2,88M€ en R		amélioration de l'offre : soutien à la démographie des professionnels de santé
<b>Comparaisons internationale</b>	0,2M€ en NR	les actions de coopération internationale	
<b>Dispositif ACCESS</b>	2,64M€ en NR	contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation (type ENCC)	
<b>Renforcement des OMEDITS</b>	0,55M€ en R	Comités régionaux chargés du suivi et de l'analyse des pratiques de prescription régionales en matière de médicaments, et de produits et prestations	
<b>Plan autisme</b>	1,86M€ en R		



	Montant délégué en circulaire 2011 et mode de délégation	Imputation MIG	Imputation AC
<b>Autorisation temporaire d'utilisation (médicaments)</b>			
ATU régionaux	46M€ en JPE	ATU	
ATU nationaux	8,33M€ en JPE		
<b>IV - Soutien financier</b>			
<b>Soutien aux établissements privés ex-DG</b>	35M€		restructuration et soutien financier aux établissements (soutien aux établissements subissant un effet revenu)
<b>compensation pour les maternités de niveau 3 du fait de la non révision de la CMD 14</b>	11M€		restructuration et soutien financier aux établissements (soutien aux établissements subissant un effet revenu)

**Légende des sigles :**

**JPE** : justification au premier euro

**R** : crédits délégués sous forme reconductible

**NR** : crédits délégués sous forme non reconductible

*Annexe 1.2 Dotations nationales et délégations régionales 2010*

**Tableau 1 (source DGOS)**

**Evolution des dotations nationales en 2010**

*Les données sont en M€*

	<b>Base 2010</b>	<b>Objectif 2010</b>	<b>Taux 2010</b>	<b>Rappel taux d'évolution 2008</b>	<b>Rappel taux d'évolution 2009</b>
ODMCO	43 148,57	44 299,16	2,67%	2,80%	3,16%
<b>MIGAC</b>	<b>7 917,93</b>	<b>8 142,34</b>	<b>2,83%</b>	<b>6,10%</b>	<b>4,52%</b>
Total ODMCO-MIGAC	51 066,50	52 441,50	2,69%	3,20%	3,37%
<b>Poids relatif de la dotation MIGAC dans "Total ODMCO-MIGAC"</b>	<b>15,51%</b>	<b>15,53%</b>			
ODAM	15 071,22	15 455,35	2,55%	3,40%	2,64%
OQN	2 271,84	2 354,36	3,63%	4,40%	5,94%
Total	68 409,56	70 251,20	2,69%	3,30%	3,28%
<b>Poids relatif de la dotation MIGAC dans "Total"</b>	<b>11,57%</b>	<b>11,59%</b>			

**Tableau 1A (source DGOS)**

**Evolution des dotations nationales en 2011**

*Les données sont en M€*

	<b>Base 2011</b>	<b>Objectif 2011</b>	<b>Taux 2011</b>
ODMCO	44 375,04	45 596,19	2,75%
<b>MIGAC</b>	<b>8 043,90</b>	<b>8 293,64</b>	<b>3,10%</b>
Total ODMCO-MIGAC	52 418,94	53 889,83	2,81%
<b>Poids relatif de la dotation MIGAC dans "Total ODMCO-MIGAC"</b>	<b>15,35%</b>	<b>15,39%</b>	
ODAM	15 428,30	15 768,24	2,20%
OQN	2 365,09	2 444,31	3,35%
Total	70 212,34	72 102,38	2,69%

**Poids relatif de la dotation MIGAC dans "Total"**

**11,46%**

**11,50%**

**EVOLUTION CAMPAGNE 2010/CAMPAGNE 2009 DES DOTATIONS MIGAC DELEGUEES AUX ARH/ARS**

Tableau 2 (source DGOS)

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Dotations finales MIGAC 2009	Base MIGAC 2010	Mesures nouvelles circulaire 30/05/2010	Dotation régionales MIGAC 2010 après 1ère circulaire	Mesures nouvelles circulaire 08/12/2010	Dotations régionales MIGAC 2010 après 2ème circulaire	Mesures nouvelles fin de campagne	dotations régionales au 23 décembre 2010	Variation 2010/2009 (en %)	Variation 2010/2009 (en valeur absolue)	Variation campagne 2010 / base 2010 (en %)	Variation campagne 2010 / base 2010 (valeur absolue)
Alsace	217 787,04	179 163,57	37 985,77	217 149,34	5 923,50	223 072,84	1 591,69	224 664,53	3,2%	6 877,49	25,4%	45 500,96
Aquitaine	310 155,05	261 204,71	57 624,42	318 829,13	13 268,58	332 097,71	4 707,06	336 804,77	8,6%	26 649,72	28,9%	75 600,06
Auvergne	159 853,04	134 650,80	26 279,96	160 930,76	4 326,15	165 256,91	3 543,01	168 799,92	5,6%	8 946,89	25,4%	34 149,12
Bourgogne	174 917,16	137 273,50	33 562,64	170 836,15	8 554,29	179 390,44	904,12	180 294,56	3,1%	5 377,40	31,3%	43 021,06
Bretagne	305 873,05	249 023,12	53 170,28	302 193,40	11 925,41	314 118,81	1 974,92	316 093,72	3,3%	10 220,67	26,9%	67 070,60
Centre	244 533,92	205 341,62	37 594,80	242 936,43	3 504,59	246 441,01	1 215,27	247 656,29	1,3%	3 122,36	20,6%	42 314,66
Champagne-Ardenne	174 912,73	139 887,80	24 950,13	164 837,93	5 765,85	170 603,79	7 300,90	177 904,69	1,7%	2 991,96	27,2%	38 016,89
Corse	40 744,38	27 433,14	7 966,80	35 399,95	1 008,12	36 408,06	5 076,87	41 484,94	1,8%	740,56	51,2%	14 051,79
Franche-Comté	126 117,10	101 567,66	26 663,52	128 231,18	4 294,12	132 525,31	898,96	133 424,27	5,8%	7 307,16	31,4%	31 856,60
Ile-de-France (dont AP-HP)	1 917 584,34	1 637 158,42	250 920,06	1 888 078,48	48 206,49	1 936 284,97	23 568,21	1 959 853,18	2,2%	42 268,84	19,7%	322 694,76
Languedoc-Roussillon	256 079,15	209 214,36	46 092,36	255 306,71	9 605,19	264 911,90	6 109,39	271 021,29	5,8%	14 942,14	29,5%	61 806,93
Limousin	101 035,98	87 627,95	15 842,85	103 470,80	1 740,58	105 211,38	499,85	105 711,23	4,6%	4 675,25	20,6%	18 083,28
Lorraine	288 437,61	225 966,64	39 648,67	265 615,31	8 253,75	273 869,06	5 415,51	279 284,57	-3,2%	-9 153,04	23,6%	53 317,93
Midi-Pyrénées	334 051,11	287 215,70	40 689,41	327 905,11	8 825,08	336 730,19	6 409,90	343 140,09	2,7%	9 088,98	19,5%	55 924,39
Nord-Pas-de-Calais	425 450,17	334 802,53	94 419,00	429 221,53	14 094,60	443 316,13	2 967,19	446 283,32	4,9%	20 833,15	33,3%	111 480,79
Basse-Normandie	171 526,41	139 503,52	25 878,62	165 382,14	4 565,17	169 947,31	434,66	170 381,97	-0,7%	-1 144,44	22,1%	30 878,45
Haute-Normandie	196 630,54	162 037,43	33 193,62	195 231,05	6 762,52	201 993,57	898,38	202 891,95	3,2%	6 261,41	25,2%	40 854,52
Pays-de-la-Loire	286 022,68	233 974,70	66 902,67	300 877,37	12 806,43	313 683,80	2 809,46	316 493,26	10,7%	30 470,58	35,3%	82 518,56
Picardie	198 383,61	161 258,40	31 977,76	193 236,16	6 678,29	199 914,46	1 320,34	201 234,80	1,4%	2 851,19	24,8%	39 976,40
Poitou-Charentes	156 731,51	131 479,85	29 411,06	160 890,92	4 852,02	165 742,94	880,93	166 623,87	6,3%	9 892,36	26,7%	35 144,02
Provence-Alpes-Côte d'Azur	573 828,45	469 526,20	91 488,84	561 015,04	14 453,89	575 468,93	6 313,39	581 782,31	1,4%	7 953,86	23,9%	112 256,11
Rhône-Alpes	715 079,10	608 756,27	95 172,93	703 929,20	27 760,68	731 689,88	3 533,61	735 223,49	2,8%	20 144,39	20,8%	126 467,22
France métropolitaine	7 375 734,14	6 124 067,90	1 167 436,20	7 291 504,10	227 175,30	7 518 679,40	88 373,61	7 607 053,01	3,1%	231 318,88	24,2%	1 482 985,11
Guadeloupe	72 059,43	59 765,37	9 464,30	69 229,68	1 013,13	70 242,81	3 040,84	73 283,65	1,7%	1 224,22	22,6%	13 518,28
Guyane	270,84	49 182,65	7 166,03	56 348,68	2 371,35	58 720,02	2 467,84	61 187,86	22491,6%	60 917,02	24,4%	12 005,21
Martinique	78 510,81	57 757,15	10 370,99	68 128,14	7 396,75	75 524,89	9 154,10	84 678,99	7,9%	6 168,18	46,6%	26 921,84
Réunion	111 835,39	90 199,37	18 752,92	108 952,29	3 658,84	112 611,13	194,69	112 805,82	0,9%	970,43	25,1%	22 606,45
DOM	262 676,48	256 904,55	45 754,24	302 658,78	14 440,07	317 098,85	14 857,47	331 956,32	26,4%	69 279,85	29,2%	75 051,78
France entière	7 638 410,61	6 380 972,45	1 213 190,43	7 594 162,88	241 615,37	7 835 778,25	103 231,08	7 939 009,33	3,9%	300 598,72	24,4%	1 558 036,89
Service de santé des armées	40 353,45	31 744,94	15 214,23	46 959,17	80,40	47 039,57	71,50	47 111,07	16,7%	6 757,61	48,4%	15 366,13
Total général	7 678 764,07	6 412 717,38	1 228 404,67	7 641 122,05	241 695,77	7 882 817,82	103 302,58	7 986 120,40	4,0%	307 356,34	24,5%	1 573 403,02

**Analyse du respect par les ARH/ARS de la dotation MIGAC 2010**

**Tableau 3 (source DGOS)**

*Les données sont en M€*

	Objectifs 2010 initiaux	Objectifs 2010 finaux	Délégations aux ARH/ARS	Réalisations 2010	Taux réalisation/ objectifs initiaux en %	Ecart réalisations/ objectifs initiaux en valeur absolue	taux réalisation/ délégations en %	Ecart réalisations/ délégations aux ARS en valeur absolue
<b>MIGAC total</b>	8 142,34	8 142,34	7 986,12	7 799,10	95,78%	-343,24	97,66%	-187,02



**Réalisations régionales 2010**  
**Tableau 3A (source DGOS)**  
*Les données sont en milliers d'euros*

Régions	Dotations finales MIGAC délégées aux ARH en 2010	Total délégations régionales aux établissements en crédits MIGAC	Ecart en valeur absolue délégations régionales aux établissements/ délégations nationales aux ARH	Taux de délégation des dotations régionales aux établissements
Alsace	224 664,53	217 894,53	-6 770,00	96,99%
Aquitaine	336 804,77	335 247,45	-1 557,32	99,54%
Auvergne	168 799,92	168 150,63	-649,29	99,62%
Bourgogne	180 294,56	174 424,56	-5 870,00	96,74%
Bretagne	316 093,72	309 571,69	-6 522,03	97,94%
Centre	247 656,29	240 892,92	-6 763,36	97,27%
Champagne-Ardenne	177 904,69	172 774,67	-5 130,01	97,12%
Corse	41 484,94	39 874,73	-1 610,20	96,12%
Franche-Comté	133 424,27	127 294,12	-6 130,15	95,41%
Ile-de-France (dont AP-HP)	1 959 853,18	1 910 061,22	-49 791,96	97,46%
Languedoc-Roussillon	271 021,29	264 197,81	-6 823,48	97,48%
Limousin	105 711,23	102 819,00	-2 892,23	97,26%
Lorraine	279 284,57	270 714,57	-8 570,00	96,93%
Midi-Pyrénées	343 140,09	335 369,18	-7 770,92	97,74%
Nord-Pas-de-Calais	446 283,32	442 041,07	-4 242,25	99,05%
Basse-Normandie	170 381,97	166 035,44	-4 346,53	97,45%
Haute-Normandie	202 891,95	202 533,52	-358,42	99,82%
Pays-de-la-Loire	316 493,26	309 056,46	-7 436,80	97,65%
Picardie	201 234,80	193 355,72	-7 879,08	96,08%
Poitou-Charentes	166 623,87	163 157,26	-3 466,61	97,92%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	581 782,31	576 368,38	-5 413,94	99,07%
Rhône-Alpes	735 223,49	712 491,26	-22 732,23	96,91%
<b>France métropolitaine</b>	<b>7 607 053,01</b>	<b>7 434 326,20</b>	<b>-172 726,82</b>	<b>97,73%</b>
Guadeloupe	73 283,65	69 667,63	-3 616,02	95,07%
Guyane	61 187,86	55 953,79	-5 234,07	91,45%
Martinique	84 678,99	81 012,46	-3 666,53	95,67%
Réunion	112 805,82	111 026,33	-1 779,49	98,42%
<b>DOM</b>	<b>331 956,32</b>	<b>317 660,21</b>	<b>-14 296,11</b>	<b>95,69%</b>
<b>France entière</b>	<b>7 939 009,33</b>	<b>7 751 986,41</b>	<b>-187 022,93</b>	<b>97,64%</b>
Service de santé des armées	47 111,07	47 111,07	0,00	100,00%
<b>Total général</b>	<b>7 986 120,40</b>	<b>7 799 097,48</b>	<b>-187 022,93</b>	<b>97,66%</b>



## EVOLUTION DU POIDS RELATIF DES DOTATIONS REGIONALES MIGAC EN 2010

Tableau 4 (source DGOS)

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Base circulaire du 31/05/2010	Poids relatif en début de campagne 2010	Dotations fin de campagne 2010	Poids relatif en fin de campagne 2010	Evolution entre début et fin de campagne (en points)	Rappel poids relatif en début de campagne 2009	Rappel poids relatif en fin de campagne 2009
Alsace	179 163,57	2,79%	224 664,53	2,81%	0,02	2,83%	2,84%
Aquitaine	261 204,71	4,07%	336 804,77	4,22%	0,14	4,03%	4,04%
Auvergne	134 650,80	2,10%	168 799,92	2,11%	0,01	2,11%	2,08%
Bourgogne	137 273,50	2,14%	180 294,56	2,26%	0,12	2,17%	2,28%
Bretagne	249 023,12	3,88%	316 093,72	3,96%	0,07	3,87%	3,98%
Centre	205 341,62	3,20%	247 656,29	3,10%	-0,10	3,22%	3,18%
Champagne-Ardenne	139 887,80	2,18%	177 904,69	2,23%	0,05	2,22%	2,28%
Corse	27 433,14	0,43%	41 484,94	0,52%	0,09	0,43%	0,53%
Franche-Comté	101 567,66	1,58%	133 424,27	1,67%	0,09	1,62%	1,64%
Ile-de-France (hors AP-HP)	1 637 158,42	25,53%	1 959 853,18	24,54%	-0,99	25,67%	24,97%
Languedoc-Roussillon	209 214,36	3,26%	271 021,29	3,39%	0,13	3,28%	3,33%
Limousin	87 627,95	1,37%	105 711,23	1,32%	-0,04	1,38%	1,32%
Lorraine	225 966,64	3,52%	279 284,57	3,50%	-0,03	3,61%	3,76%
Midi-Pyrénées	287 215,70	4,48%	343 140,09	4,30%	-0,18	4,43%	4,35%
Nord-Pas-de-Calais	334 802,53	5,22%	446 283,32	5,59%	0,37	5,30%	5,54%
Basse-Normandie	139 503,52	2,18%	170 381,97	2,13%	-0,04	2,20%	2,23%
Haute-Normandie	162 037,43	2,53%	202 891,95	2,54%	0,01	2,54%	2,56%
Pays-de-la-Loire	233 974,70	3,65%	316 493,26	3,96%	0,31	3,66%	3,72%
Picardie	161 258,40	2,51%	201 234,80	2,52%	0,01	2,52%	2,58%
Poitou-Charentes	131 479,85	2,05%	166 623,87	2,09%	0,04	2,05%	2,04%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	469 526,20	7,32%	581 782,31	7,28%	-0,04	7,40%	7,47%
Rhône-Alpes	608 756,27	9,49%	735 223,49	9,21%	-0,29	9,56%	9,31%
<b>France métropolitaine</b>	<b>6 124 067,90</b>	<b>95,50%</b>	<b>7 607 053,01</b>	<b>95,25%</b>	<b>-0,25</b>	<b>96,14%</b>	<b>96,05%</b>
Guadeloupe	59 765,37	0,93%	73 283,65	0,92%	-0,01	0,99%	0,94%
Guyane	49 182,65	0,77%	61 187,86	0,77%	0,00	0,00%	0,00%
Martinique	57 757,15	0,90%	84 678,99	1,06%	0,16	0,94%	1,02%
Réunion	90 199,37	1,41%	112 805,82	1,41%	0,01	1,43%	1,46%
<b>DOM</b>	<b>256 904,55</b>	<b>4,01%</b>	<b>331 956,32</b>	<b>4,16%</b>	<b>0,15</b>	<b>3,36%</b>	<b>3,42%</b>
<b>France entière</b>	<b>6 380 972,45</b>	<b>99,50%</b>	<b>7 939 009,33</b>	<b>99,41%</b>	<b>-0,09</b>	<b>99,49%</b>	<b>99,47%</b>
Service de santé des armées	31 744,94	0,50%	47 111,07	0,59%	0,09	0,51%	0,53%
<b>Total général</b>	<b>6 412 717,38</b>	<b>100,00%</b>	<b>7 986 120,40</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>



MIGAC : Recherche médicale et innovation

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Part fixe des MERRI	Centres de ressources biologiques	PHRC (programmes hospitaliers de recherche clinique)	Actions de recherche faisant l'objet d'un contrat entre les établissements publics à caractère scientifique et les établissements de santé	STIC (programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses)	L'emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins prévu dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	Les délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC)	Part modulable des MERRI	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	MERRI, financement des activités de recours exceptionnel	Total général
Alsace	25 217 176	286 564	1 015 500	276 000	333 000	466 742	380 000	30 177 918	470 233		58 623 133
Aquitaine	74 484 686	756 625				323 899	390 021	6 163 052	2 203 959	35 839	84 358 081
Auvergne	16 493 518	213 196	2 494 214		137 703	1 355 280	1 902	24 045 295	921 365	353 120	46 015 593
Basse-Normandie	29 537 064	865 787			1 856 608	184 276			371 825		32 815 560
Bourgogne	15 581 437	466 231	2 790 000	69 000		344 358	353 553	15 431 670	109 494	333 272	35 479 015
Bretagne	63 306 888	1 013 306	3 156 000	161 000	1 060 000		575 000		1 547 826	822 471	71 642 491
Centre	19 620 609	382 013	966 000	66 596	250 000	227 566		17 787 017	1 160 862	701 215	41 161 878
Champagne-Ardenne	27 069 067	422 908	370 000		553 000	270 125		5 240	13 244	215 009	28 918 593
Franche-Comté	11 627 041	239 256	834 000	23 000	207 000	105 997	162 000	13 008 953	318 181		26 525 428
Guadeloupe	9 902 568		306 000		19 000			130 211	459 800		10 817 579
Guyane									646 330		646 330
Haute-Normandie	37 760 988	797 297	2 136 147						917 672	5 460	41 617 564
Ile-de-France	248 608 571	7 836 708	46 502 000	4 468 000	5 595 000	1 036 833	1 176 914	322 796 774	14 883 254	15 291 186	668 195 240
Languedoc-Roussillon	36 640 718	277 646	3 078 000	184 000	500 000	543 535	630 000	36 486 637	512 268	31 115	78 883 919
Limousin	12 740 178	311 209	1 007 000			135 850	350 821	11 047 332	154 368	268 152	26 014 910
Lorraine	24 796 697	886 718	1 909 799	46 000	1 444 001	92 300	325 001	23 443 288	2 461 727	694 763	56 100 294
Martinique	11 590 629	57 844	447 415					414 571			12 510 459
Midi-Pyrénées	31 437 742	461 220	3 386 000	552 000	269 000	562 016	616 000	33 860 983	2 475 375	151 288	73 771 623
Nord-Pas-de-Calais	82 391 998	460 269	4 852 500		3 632 820		667 196		5 131 521		97 136 304
Pays de la Loire	32 923 086	3 031 250	5 828 000	324 315	1 494 432	1 037 177	385 596	43 139 282	2 363 784	1 367 416	91 894 338
Picardie	16 903 653	715 331	700 000	23 000		151 765	419 637	11 236 838		524 427	30 674 651
Poitou-Charentes	11 895 196	249		547 318	1 039 000	10 531	510 598	8 466 910	1 051 472	176 007	23 697 281
Provence-Alpes-Côte d'Azur	129 763 805	1 740 563	5 512 000		318 290	277 392	332 807		7 654 145	82 625	145 681 628
Réunion	7 954 660	34 745	350 000			290 414	300 000	128 516	428 615	132 647	9 619 598
Rhône-Alpes	81 721 990	1 031 744	4 753 000		3 570 552	994 259	1 075 000	94 923 388	9 164 274	3 610 065	200 844 272
<b>Total général</b>	<b>1 059 969 964</b>	<b>22 288 679</b>	<b>92 393 575</b>	<b>6 740 229</b>	<b>22 279 406</b>	<b>8 410 315</b>	<b>8 652 046</b>	<b>692 693 875</b>	<b>55 421 596</b>	<b>24 796 077</b>	<b>1 993 645 762</b>

MIGAC : Recherche médicale et innovation

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATI/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Categorie	Part fixe des MERRI	Centres de ressources biologiques	PHRC (programmes hospitaliers de recherche clinique)	Actions de recherche faisant l'objet d'un contrat entre les établissements publics à caractère scientifique et les établissements de santé	STIC (programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses)	L'emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins prévu dans les cadre de la politique national de lutte contre le cancer	Les délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC)	Part modulable des MERRI	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	MERRI, financement des activités de recours exceptionnel	Total général
APHP	169 477 388	5 966 973	40 344 000	3 824 000	3 890 000	911 300	1 176 914	261 024 657	12 112 057	9 990 340	508 717 630
CH	30 711 725	719 322	905 999	115 000	229 999	718 278	299 999	20 957 112	1 234 148	809 612	56 701 194
CHR	738 748 016	9 796 187	39 514 976	2 063 636	15 752 515	4 271 894	7 175 131	338 594 423	25 390 235	7 677 249	1 188 984 262
CLCC	63 401 653	4 725 066	10 757 600	622 593	1 156 891	2 230 802	1	55 661 233	16 211 534	2 330 936	157 098 309
Cliniques			45 000			192 495			9 564	1 329 034	1 576 093
EBNL - non PSPH	450 171										450 171
EBNL - PSPH	27 242 014	1 043 588	826 000	115 000	1 250 001	85 546	1	16 456 450	464 057	2 658 907	50 141 564
SSA	29 938 998	37 542									29 976 540
<b>Total général</b>	<b>1 059 969 964</b>	<b>22 288 679</b>	<b>92 393 575</b>	<b>6 740 229</b>	<b>22 279 406</b>	<b>8 410 315</b>	<b>8 652 046</b>	<b>692 693 875</b>	<b>55 421 596</b>	<b>24 796 077</b>	<b>1 993 645 762</b>

MIGAC : Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Centres mémoire de ressources et de recherche	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	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 de ressources sur les maladies professionnelles	Pôles de référence hépatite C	Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal	Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L1413-4 CSP	Centres de référence pour les infections ostéo-articulaires	Les centres de diagnostic préimplantatoire	Total général	
Alsace	765 291	387 834	119 680	1 420 402		410 060			191 747			371 195				3 666 270	
Aquitaine	339 560	637 764	204 144	1 811 394	327 019	491 604	449 461	76 003	506 299	431 380		819 153				6 102 771	
Auvergne	349 008	167 533	475 144	1 452 935				26 130				331 656			194 631	3 118 793	
Basse-Normandie	388 831	394 223	275 401	1 071 053				142 590				308 522				2 660 620	
Bourgogne	732 328	343 492	200 004	230 000		482 462	196 702	91 320	105 375	146 839				283 860		2 813 882	
Bretagne	275 216	780 357	114 753	2 966 711	276 055	294 237		190 863		293 893				147 500		5 836 353	
Centre	241 856	436 056	326 347			235 732				264 684			503 691	154 662		2 888 215	
Champagne-Ardenne	478 353	47 309	325 680	519 274	217 793	217 141		27 728	151 245	185 931	192 595	221 626	71 912	150 516		2 807 494	
Franche-Comté	414 007	226 282	172 118	11 646	227 236	370 000	19 690	36 443	170 000	111 365	54 956		410 259			2 224 002	
Guadeloupe		667 973		1 166 563									78 976			1 913 514	
Guyane		1 068 626														1 068 626	
Haute-Normandie	430 000	446 635	217 468	718 679	235 570	459 771		218 263	143 997	290 838			62 252			3 537 633	
Ile-de-France	1 080 015	4 730 362	2 846 643	77 943 456	268 809	297 253		409 844	3 594 713	1 680 198		2 341 709	8 207 527	466 179	871 250	104 737 953	
Languedoc-Roussillon	391 306	576 235	365 563	1 273 896	196 564	642 460	690 121	248 251	377 199	125 721			271 686		1 111 250	6 907 895	
Limousin	401 388		160 106	595 266	79 437	206 105	194 453	51 375		16 189		524 188		163 908		2 392 415	
Lorraine	409 999	235 949	380 000	612 976	390 000	1 000 000	190 000	111 082		420 000		500 000		307 100		4 617 116	
Martinique		840 467		1 057 504								352 045		112 615		2 362 711	
Midi-Pyrénées	539 854	761 721	912 122	2 431 615	331 952	1 864 702	874 436	52 062	790 168	597 910	319 785		28 662	149 944		10 035 495	
Nord-Pas-de-Calais	1 353 676	447 048	395 904	3 462 467	427 574	1 295 374	261 354	247 277	768 655	1 176 179	351 072			148 524		11 052 034	
Pays de la Loire	389 001	700 401	136 026	3 189 340	20 528			6 823	317 046	367 475				613 995		5 740 637	
Picardie	692 974	207 547	258 444	197 232	130 911	243 566			165 636					192 048		2 050 356	
Poitou-Charentes	265 672			315 133					1 348					211 213		793 367	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 314 737	1 861 180	528 246	5 739 799				24 958		433 672				147 500		11 580 449	
Réunion		270 737		878 761	16	493 545		12 197						468 953		2 124 270	
Rhône-Alpes	1 150 261	1 127 824	1 166 377	7 951 663	122 201		18 611	26 032	741 494	373 365		1 023 572	561 000	150 246		14 412 656	
Total général	12 333 133	17 423 597	9 580 275	117 017 715	3 251 705	8 894 012	3 026 584	9 580 275	2 164 908	8 124 161	7 626 986	2 294 631	12 353 618	9 706 731	1 514 071	1 982 500	217 394 627

MIGAC : Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie	Centres mémoire de ressources et de recherche	CORCIVH (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	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 de ressources sur les maladies professionnelles	Pôles de référence hépatite C	Les centres pluridisciplinaires de diagnostic 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	Les centres de diagnostic préimplantatoire	Total général
APHP	1 080 015	4 511 189	2 046 643	74 668 535				409 944	3 594 713	1 275 133		1 591 703	8 207 527	318 679	871 250	99 975 202
CH	149 340	2 022 794	148 289	3 656 417	349 619	1 531 170		123 289		709 329		2 402 854				11 087 107
CHR	11 069 017	10 889 614	6 585 349	35 810 735	2 902 089	7 462 834	3 026 584	1 631 775	4 529 448	5 642 504	2 294 631	7 928 066	1 499 204	1 047 893	1 111 250	183 431 004
CLCC	40 762			1 088 243												1 128 005
Cliniques												100 549				100 549
EBNL - non PSH												10 949				10 949
EBNL - PSH				1 793 815								319 499		147 500		2 260 814
Total général	12 338 133	17 423 597	9 580 275	117 017 715	3 251 705	8 994 022	3 026 584	2 164 908	8 124 161	7 626 996	2 294 631	12 353 618	9 706 731	1 514 071	1 982 500	217 394 627

MIGAC : Activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou dispensation des soins non couverts par les nomenclatures et les tarifs

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Region	Laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique	Centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle	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'anatomocyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L.162-1-7 CSS	Implants cochléaires	Organes artificiels	Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	Total général
Alsace	1 385 837		2 149 941	8 617 386	0			12 153 163
Aquitaine	2 606 878		5 119 111	8 402 821		716 626		16 845 436
Auvergne	3 180 905		685 708	3 634 477				7 501 090
Basse-Normandie	1 962 891		1 267 752	3 785 916		1 594 746		8 611 305
Bourgogne	973 691		2 088 057	2 517 447		243 543		5 822 738
Bretagne	6 489 004		2 721 187	10 410 133		1 177 384		20 797 708
Centre	951 386		3 571 350	3 481 579				8 004 316
Champagne-Ardenne	1 713 340		809 632	4 241 940			133 312	6 898 224
Franche-Comté	224 000		484 189	2 745 892				3 454 081
Guadeloupe	142		18 000					18 142
Guyane			6 600	900 109				906 709
Haute-Normandie	3 085 398		1 538 806	2 908 850		281 500		7 814 554
Ile-de-France	34 846 630		42 471 366	108 970 024				186 288 020
Languedoc-Roussillon	6 148 668		2 524 921	3 726 320			453 696	12 853 605
Limousin	1 158 345		1 396 985	3 737 027			47 846	6 340 203
Lorraine	3 327 948		2 296 114	6 931 849			624 000	13 179 911
Martinique	111 092		441 205	8 887	196 984			758 168
Midi-Pyrénées	1 044 572		824 407	8 629 343	254 064	311 684		11 064 070
Nord-Pas-de-Calais	9 322 699		6 458 598	11 349 135		391 546		27 521 978
Pays de la Loire	3 983 096		3 935 211	8 100 511				16 018 818
Picardie	929 221		1 121 413	2 926 753				4 977 387
Poitou-Charentes	1 054 865	219 610	595 294	4 664 578	279 166			6 813 513
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5 566 711		6 958 266	27 565 184		4 820 835		44 910 996
Réunion	1 486 249		249 739	1 603 853				3 339 841
Rhône-Alpes	10 518 646	184 300	4 835 450	13 549 895		985 995	2 016 097	32 090 383
<b>Total général</b>	<b>102 072 213</b>	<b>403 910</b>	<b>94 569 303</b>	<b>253 409 908</b>	<b>730 214</b>	<b>10 523 859</b>	<b>3 274 951</b>	<b>464 984 357</b>

MIGAC : Activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou dispensation des soins non couverts par les nomenclatures et les tarifs

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Categorie	Laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique	Centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle	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'anatomocyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L.162-1-7 CSS	Implants cochléaires	Organes artificiels	Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	Total général
APHP	28 258 199		35 019 941	87 482 326				150 760 466
CH	3 957 848		14 417 997	19 440 946	196 984		9 209	38 022 984
CHR	52 930 200	403 910	34 594 306	116 135 611	533 230	10 438 465	3 085 912	218 121 634
CLCC	15 011 328		6 457 364	19 006 000			179 830	40 654 522
Cliniques			243 608	60 060				303 668
EBNL - non PSPH			1 045 620					1 045 620
EBNL - PSPH	1 914 638		568 749	6 696 085		85 394		9 264 866
SSA			2 221 717	4 588 880				6 810 597
<b>Total général</b>	<b>102 072 213</b>	<b>403 910</b>	<b>94 569 303</b>	<b>253 409 908</b>	<b>730 214</b>	<b>10 523 859</b>	<b>3 274 951</b>	<b>464 984 357</b>

**MIGAC : Enseignement et formation des personnels médicaux et paramédicaux****Objet : Répartition des dotations par région****Production : DGOS/USID****Source : ATIH/ARBUST-MIGAC****Unité : euros**

Region	Actions de téléenseignement et de téléformation	Stage de résident de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	Total général
Alsace		257 452	<b>257 452</b>
Aquitaine		206 586	<b>206 586</b>
Auvergne		172 539	<b>172 539</b>
Basse-Normandie	7 000	109 426	<b>116 426</b>
Bourgogne		83 054	<b>83 054</b>
Bretagne		336 412	<b>336 412</b>
Centre		172 739	<b>172 739</b>
Champagne-Ardenne		63 684	<b>63 684</b>
Franche-Comté		35 689	<b>35 689</b>
Haute-Normandie		103 000	<b>103 000</b>
Ile-de-France		988 030	<b>988 030</b>
Languedoc-Roussillon		329 337	<b>329 337</b>
Limousin		34 000	<b>34 000</b>
Lorraine		156 376	<b>156 376</b>
Midi-Pyrénées	34 695	122 275	<b>156 970</b>
Nord-Pas-de-Calais	513 677	203 000	<b>716 677</b>
Pays de la Loire		344 000	<b>344 000</b>
Picardie		33 416	<b>33 416</b>
Poitou-Charentes		91 996	<b>91 996</b>
Provence-Alpes-Côte d'Azur		290 588	<b>290 588</b>
Rhône-Alpes		298 260	<b>298 260</b>
<b>Total général</b>	<b>555 372</b>	<b>4 431 860</b>	<b>4 987 232</b>

**MIGAC : Enseignement et formation des personnels médicaux et paramédicaux****Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements****Production : DGOS/USID****Source : ATIH/ARBUST-MIGAC****Unité : euros**

Categorie	Actions de téléenseignement et de téléformation	Stage de résident de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	Total général
APHP		433 287	<b>433 287</b>
CH		168 813	<b>168 813</b>
CHR	548 372	837 019	<b>1 385 390</b>
CLCC		2 858 421	<b>2 858 421</b>
Cliniques	7 000		<b>7 000</b>
EBNL - PSPH		62 821	<b>62 821</b>
SSA		71 500	<b>71 500</b>
<b>Total général</b>	<b>555 372</b>	<b>4 431 860</b>	<b>4 987 232</b>



**MIGAC : Activité de dépistage anonyme et gratuit**

**Objet : Répartition des dotations par région**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Region	Consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH mentionnées à l'article L.3121-2 CSP / CDAG	Total général
Alsace	568 401	568 401
Aquitaine	364 172	364 172
Auvergne	224 663	224 663
Basse-Normandie	455 143	455 143
Bourgogne	427 697	427 697
Bretagne	662 939	662 939
Centre	636 359	636 359
Champagne-Ardenne	685 300	685 300
Corse	94 239	94 239
Franche-Comté	101 975	101 975
Guadeloupe	166 272	166 272
Guyane	582 271	582 271
Haute-Normandie	807 658	807 658
Ile-de-France	3 227 316	3 227 316
Languedoc-Roussillon	475 023	475 023
Limousin	329 763	329 763
Lorraine	581 220	581 220
Martinique	768	768
Midi-Pyrénées	1 116 348	1 116 348
Nord-Pas-de-Calais	279 185	279 185
Pays de la Loire	1 915 682	1 915 682
Picardie	574 025	574 025
Poitou-Charentes	1 546 788	1 546 788
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 251 698	1 251 698
Réunion	591 175	591 175
Rhône-Alpes	1 492 522	1 492 522
<b>Total général</b>	<b>19 158 602</b>	<b>19 158 602</b>

**MIGAC : Activité de dépistage anonyme et gratuit**  
**Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

<b>Categorie</b>	<b>Consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH mentionnées à l'article L.3121-2 CSP / CDAG</b>	<b>Total général</b>
APHP	1 250 748	1 250 748
CH	11 481 792	11 481 792
CHR	5 969 747	5 969 747
EBNL - PSPH	456 315	456 315
<b>Total général</b>	<b>19 158 602</b>	<b>19 158 602</b>

MIGAC : Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Region	Comités régionaux chargés du suivi et de l'analyse des pratiques de prescription régionales en matière de médicaments, et de produits et prestations	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	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	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	Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés à l'article R.1221-32 à 1221-35 CSP	Centres antipoison mentionnés à l'article L.6141-4 du CSP	Registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au comité national des registres	Centre national de ressources de la douleur	Centre national de ressources pour les soins palliatifs	Observatoire National de fin de vie	Centres de coordination des soins en cancérologie	Total général
Alsace	148 270	0	142 092	176 797	199 970	430 316	132 890				1 599 660	2 829 996
Aquitaine	164 146	885 820	60 390	385 565	243 939	474 312	763 331				1 231 494	4 208 997
Auvergne			160 023	19 518	240 517		50 676				1 474 964	1 945 698
Basse-Normandie	82 125		125 855	336 230			25 553					569 743
Bourgogne	62 604		252 166		87 051		134 000				1 259 655	1 795 476
Bretagne	131 511	717 107	160 512	326 860	349 315	510 028	27 900					2 222 833
Centre	448 432		288 230	512 434	216 243						783 276	2 248 616
Champagne-Ardenne	132 945		176 168	209 660	183 747		157 143				6 599	866 261
Corse			125 000		75 408						54 419	254 827
Franche-Comté	138 754		224 070	116 757	231 193		281 156				302 906	1 294 836
Guadeloupe		74 811			151 643							226 454
Guyane	50 000		302 260									352 260
Haute-Normandie	207 331	205 127		189 708	180 622		25 017				342 703	1 150 508
Ile-de-France	891 518	1 442 707	290 949	2 344 638	968 240	1 393 649	1 152 534	442 988	772 860	450 000	9 731 867	19 881 951
Languedoc-Roussillon	156 457		226 457	516 809	161 098		26 990				1 808 971	2 896 782
Limousin	95 593		184 000	283 300	133 913		143 000				620 186	1 459 992
Lorraine	422 216	615 408	170 328	505 757	250 000	760 000					1 220 000	3 943 709
Martinique	62 313	306 829			253 850						47 263	670 255
Midi-Pyrénées	125 469		342 315	500 588	276 058	821 678	234 922				2 136 747	4 437 776
Nord-Pas-de-Calais	588 532		430 772	133 647	269 340	1 682 452	200 723				987 719	4 293 185
Pays de la Loire	314 865		263 138	542 988	157 073	873 232	61 295				1 243 302	3 455 893
Picardie			288 723	68 645	125 222						1 458 670	1 941 260
Poitou-Charentes	147 357	310	150 658	207 833	171 514		144 951	227 700				1 650 323
Provence-Alpes-Côte d'Azur	156 959	238 323		330 080	140 028	958 690	432 138				3 171 591	5 427 809
Réunion	70 505	0	334 186		240 433		233 767					878 891
Rhône-Alpes	240 000	1 148 168	483 292	1 033 372	156 192	867 242					222 019	4 150 285
<b>Total général</b>	<b>4 837 902</b>	<b>5 634 611</b>	<b>5 181 564</b>	<b>8 741 187</b>	<b>5 462 610</b>	<b>8 796 616</b>	<b>4 202 568</b>	<b>670 688</b>	<b>772 860</b>	<b>450 000</b>	<b>29 704 011</b>	<b>74 454 616</b>

MIGAC : Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Categorie	Comités régionaux chargés du suivi et de l'analyse des pratiques de prescription régionales en matière de médicaments, et de produits et prestations	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	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	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	Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés à l'article R.1221-32 à 1221-35 CSP	Centres antipoison mentionnés à l'article L.6141-4 du CSP	Registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au comité national des registres	Centre national de ressources de la douleur	Centre national de ressources pour les soins palliatifs	Observatoire National de fin de vie	Centres de coordination des soins en cancérologie	Total général
APHP	505 297	1 442 707	290 949	2 344 638	490 102	1 393 649	1 152 534	442 988			6 390 367	14 453 231
CH	532 863	110 280	761 446		1 071 162		271 522				9 155 584	11 902 856
CHR	3 093 618	4 081 623	4 129 169	6 396 549	3 901 346	7 402 967	1 923 561				5 827 642	36 756 476
CLCC	441 783						827 961				3 669 032	4 938 776
Cliniques								227 700			3 416 185	3 643 885
EBNL - non PSPH											77 280	77 280
EBNL - PSPH	264 341						26 990		772 860	450 000	1 167 921	2 682 112
Total général	4 837 902	5 634 611	5 181 564	8 741 187	5 462 610	8 796 616	4 202 568	670 688	772 860	450 000	29 704 011	74 454 616



**MIGAC : Aide Médicale urgente****Objet : Répartition des dotations par région****Production : DGOS/USID****Source : ATIH/ARBUST-MIGAC****Unité : euros**

Region	Services d'aide médicale urgente mentionnés à l'article L.6112-5 CSP y compris les centres d'enseignement aux soins d'urgences	Les services mobiles d'urgence et de réanimation mentionnés à l'article R.6123-10 CSP	Le centre de consultations médicales maritimes	Total général
Alsace	6 130 087	15 938 735		22 068 821
Aquitaine	12 150 977	31 372 755		43 523 732
Auvergne	6 499 644	15 871 051		22 370 695
Basse-Normandie	5 767 986	22 571 102		28 339 088
Bourgogne	5 767 771	25 910 575		31 678 346
Bretagne	8 208 294	35 036 983		43 245 277
Centre	9 069 438	29 512 515		38 581 954
Champagne-Ardenne	5 167 683	20 707 139		25 874 823
Corse	5 009 530	9 088 389		14 097 919
Franche-Comté	4 809 634	17 183 319		21 992 953
Guadeloupe	3 581 322	4 804 310		8 385 632
Guyane	2 016 205	9 042 920		11 059 125
Haute-Normandie	5 180 562	18 938 581		24 119 143
Ile-de-France	32 368 807	86 730 444		119 099 251
Languedoc-Roussillon	9 332 137	17 865 659		27 197 796
Limousin	4 152 739	8 207 945		12 360 684
Lorraine	6 734 630	30 813 893		37 548 523
Martinique	2 182 521	2 448 662		4 631 183
Midi-Pyrénées	11 850 346	37 028 770	203 392	49 082 508
Nord-Pas-de-Calais	13 907 763	34 512 179		48 419 942
Pays de la Loire	10 739 529	24 610 551		35 350 080
Picardie	5 931 125	25 294 539		31 225 664
Poitou-Charentes	7 051 482	25 660 805		32 712 287
Provence-Alpes-Côte d'Azur	16 174 360	52 661 418		68 835 778
Réunion	3 351 644	10 251 061		13 602 705
Rhône-Alpes	19 596 525	55 708 249		75 304 774
<b>Total général</b>	<b>222 732 741</b>	<b>667 772 550</b>	<b>203 392</b>	<b>890 708 683</b>

**MIGAC : Aide Médicale urgente****Objet : Répartition des dotations par catégorie d'établissements****Production : DGOS/USID****Source : ATIH/ARBUST-MIGAC****Unité : euros**

<b>Categorie</b>	<b>Services d'aide médicale urgente mentionnés à l'article L.6112-5 CSP y compris les centres d'enseignement aux soins d'urgences</b>	<b>Les services mobiles d'urgence et de réanimation mentionnés à l'article R.6123-10 CSP</b>	<b>Le centre de consultations médicales maritimes</b>	<b>Total général</b>
APHP	19 427 917	40 839 423		60 267 339
CH	114 421 789	479 371 065		593 792 855
CHR	88 669 625	140 694 714	203 392	229 567 731
CLCC	-5 899			-5 899
Cliniques		1 568 623		1 568 623
EBNL - non PSPH	-607	619 859		619 252
EBNL - PSPH	219 916	4 654 853		4 874 769
SSA		24 013		24 013
<b>Total général</b>	<b>222 732 741</b>	<b>667 772 550</b>	<b>203 392</b>	<b>890 708 683</b>

**MIGAC : Collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine**

**Objet : Répartition des dotations par région**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Region	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	Total général
Alsace	659 821	595 870		<b>1 255 691</b>
Aquitaine	313 928	569 760	235 103	<b>1 118 791</b>
Auvergne	4 379	954 809		<b>959 188</b>
Basse-Normandie	17 761	341 734		<b>359 495</b>
Bourgogne	256 360	827 511		<b>1 083 871</b>
Bretagne	844 448	642 323		<b>1 486 771</b>
Centre	390 505	2 273 750		<b>2 664 255</b>
Champagne-Ardenne	100 375	230 277		<b>330 651</b>
Franche-Comté		497 070		<b>497 070</b>
Haute-Normandie		121 157		<b>121 157</b>
Ile-de-France	290 097	2 833 999		<b>3 124 096</b>
Languedoc-Roussillon	123 285	464 745	427 233	<b>1 015 263</b>
Limousin			91 759	<b>91 759</b>
Lorraine		400 000		<b>400 000</b>
Midi-Pyrénées		730 401	57 981	<b>788 382</b>
Nord-Pas-de-Calais	265 731	1 417 123	616 746	<b>2 299 600</b>
Pays de la Loire	358 772	93 549		<b>452 321</b>
Picardie	245 598	183 993		<b>429 591</b>
Poitou-Charentes	339 815		847	<b>340 662</b>
Provence-Alpes-Côte d'Azur		603 298		<b>603 298</b>
Réunion			14	<b>14</b>
Rhône-Alpes	951 416	1 628 629		<b>2 580 045</b>
<b>Total général</b>	<b>5 162 290</b>	<b>15 409 997</b>	<b>1 429 683</b>	<b>22 001 971</b>



**MIGAC : Collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine****Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements****Production : DGOS/USID****Source : ATIH/ARBUST-MIGAC****Unité : euros**

Categorie	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	<b>Total général</b>
APHP		2 582 999		<b>2 582 999</b>
CH	497 710	1 044 173	141 314	<b>1 683 196</b>
CHR	4 374 484	11 611 863	1 188 370	<b>17 174 716</b>
Cliniques		15 963		<b>15 963</b>
EBNL - PSPH	290 097	155 000	100 000	<b>545 097</b>
<b>Total général</b>	<b>5 162 290</b>	<b>15 409 997</b>	<b>1 429 683</b>	<b>22 001 971</b>

**MIGAC : Formation, soutien, coordination, évaluation des besoins du patient**

**Objet : Répartition des dotations par région**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Region	Equipes hospitalières de liaison en addictologie	Equipes mobiles de gériatrie	Equipes mobiles de soins palliatifs	Equipes de cancérologie pédiatriques	Total général
Alsace	1 881 375	1 725 636	3 779 912	345 543	<b>7 732 467</b>
Aquitaine	1 995 797	3 093 920	4 584 152	801 712	<b>10 475 581</b>
Auvergne	763 321	1 507 946	2 174 038	571 370	<b>5 016 675</b>
Basse-Normandie	1 760 713	1 446 249	4 690 293	232 571	<b>8 129 826</b>
Bourgogne	978 984	1 548 074	2 749 698	245 600	<b>5 522 356</b>
Bretagne	1 734 075	3 386 569	3 659 146	455 924	<b>9 235 714</b>
Centre	1 203 233	1 553 520	5 382 756	299 335	<b>8 438 845</b>
Champagne-Ardenne	813 549	1 044 800	2 786 109	167 974	<b>4 812 431</b>
Corse		580 834	575 284		<b>1 156 118</b>
Franche-Comté	555 251	934 262	1 730 759	181 875	<b>3 402 147</b>
Guadeloupe		88 882	704 292		<b>793 174</b>
Guyane			320 000		<b>320 000</b>
Haute-Normandie	839 544	1 176 090	3 502 518	300 391	<b>5 818 543</b>
Ile-de-France	6 268 617	12 139 219	19 434 805	4 957 551	<b>42 800 191</b>
Languedoc-Roussillon	2 394 173	2 201 550	5 857 116	343 893	<b>10 796 732</b>
Limousin	300 260	1 735 790	1 836 370	83 334	<b>3 955 754</b>
Lorraine	1 100 680	1 550 000	4 716 353	650 000	<b>8 017 033</b>
Martinique	455 056	299 174	866 298		<b>1 620 528</b>
Midi-Pyrénées	1 066 399	3 548 499	5 007 162	502 572	<b>10 124 632</b>
Nord-Pas-de-Calais	3 323 633	4 289 665	5 813 896	845 594	<b>14 272 788</b>
Pays de la Loire	1 764 210	2 418 400	4 909 043	675 327	<b>9 766 980</b>
Picardie	2 770 381	1 665 042	4 278 751	53 348	<b>8 767 522</b>
Poitou-Charentes	233 105	1 964 379	3 477 387	188 499	<b>5 863 369</b>
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 926 231	5 848 576	7 916 985	1 229 027	<b>18 920 819</b>
Réunion	421 781	1 195 448	1 582 484	274 844	<b>3 474 557</b>
Rhône-Alpes	5 911 230	8 315 621	9 751 930	1 601 565	<b>25 580 346</b>
<b>Total général</b>	<b>42 461 598</b>	<b>65 258 144</b>	<b>112 087 536</b>	<b>15 007 850</b>	<b>234 815 128</b>

**MIGAC : Formation, soutien, coordination, évaluation des besoins du patient**

**Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Category	Equipes hospitalières de liaison en addictologie	Equipes mobiles de gériatrie	Equipes mobiles de soins palliatifs	Equipes de cancérologie pédiatriques	Total général
APHP	2 625 456	5 032 534	7 234 678	2 495 056	<b>17 387 725</b>
CH	30 651 958	44 871 336	70 930 296	1 097 738	<b>147 551 329</b>
CHR	7 933 052	11 918 663	18 785 173	7 916 790	<b>46 553 679</b>
CLCC	15 483	296 500	6 523 803	3 408 265	<b>10 244 051</b>
Cliniques	97 135	233 703	1 540 578		<b>1 871 416</b>
EBNL - non PSPH		160 796	1 111 988		<b>1 272 784</b>
EBNL - PSPH	1 138 513	2 744 612	5 961 019	90 000	<b>9 934 144</b>
<b>Total général</b>	<b>42 461 598</b>	<b>65 258 144</b>	<b>112 087 536</b>	<b>15 007 850</b>	<b>234 815 128</b>

**MIGAC : Intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies**

**Objet : Répartition des dotations par région**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Region	Consultations mémoires	Les consultations hospitalières d'addictologie	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	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	Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents	Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	Total général
Alsace	1 184 226	1 216 892	1 006 346	2 990 500	896 254	857 027		2 120 082	10 271 328
Aquitaine	4 061 891	2 728 386	873 892	3 449 274	959 757	455 324	158 961	3 646 665	16 334 150
Auvergne	1 777 139	1 803 792	2 518 729	1 612 974	560 608	277 021	568 854	1 738 036	10 857 153
Basse-Normandie	1 737 216	929 444	698 742	1 720 120	487 151	21 322		3 102 944	8 696 939
Bourgogne	776 368	933 699	96 030	671 186	403 185			2 473 985	5 354 453
Bretagne	3 128 019	1 778 289	653 371	1 777 165	1 823 781	419 302	3 703	5 400 604	14 984 234
Centre	1 557 958	1 469 214	432 394	2 695 841	2 383 312		378 599	2 860 228	11 777 547
Champagne-Ardenne	1 340 218	751 147	157 642	776 281	405 680		150 457	2 301 741	5 883 167
Corse	448 015	298 319	6 442				156 000	330 828	1 239 604
Franche-Comté	583 995	430 435	292 969	1 313 352	125 270		40 000	752 676	3 538 697
Guadeloupe		164 674		320 246	172 873		156 000	52 671	866 464
Guyane	256 160	141 887	66 450				571 051	49 500	1 085 048
Haut-Normandie	1 707 082	1 604 375	944 745	902 980	832 288	218 816	126 825	2 756 792	9 093 903
Ile-de-France	7 061 727	15 218 988	11 213 840	15 278 448	8 495 955	7 026 743	8 801 624	27 505 286	100 602 611
Languedoc-Roussillon	3 329 358	1 412 518	537 889	2 029 599	837 396	163 610	298 989	907 172	9 516 531
Limousin	826 442	568 759	242 133	401 485	81 058		156 000	2 257 818	4 533 695
Lorraine	2 914 598	1 765 453	385 687	2 486 440	397 686		247 400	2 736 979	10 934 243
Martinique	616 772	617 963	19 109	578 909	112 883			222 876	2 168 512
Midi-Pyrénées	1 495 903	2 264 680	666 639	2 278 196	589 580	870 139	67 077	5 212 648	13 444 861
Nord-Pas-de-Calais	3 283 788	3 753 215	875 617	2 060 311	1 554 681	3 245 804	453 586	4 870 062	20 097 064
Pays de la Loire	3 665 852	1 603 155	1 699 721	2 211 371	1 682 727	241 570	384 542	2 933 048	14 421 986
Picardie	1 039 579	954 548	856 625	1 794 233	399 243		324 305	1 455 849	6 824 382
Poitou-Charentes	1 414 907	1 207 419	500 630	1 127 207	233 037	719 658	158 602	1 702 206	7 063 666
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 351 052	2 158 588	2 888 055	5 998 253	1 094 673	378 498	312 000	10 003 113	26 184 232
Réunion	458 412	474 544	329 890	763 600	546 146	28 925	289 082	1 629 549	4 520 148
Rhône-Alpes	4 793 244	2 708 147	2 229 484	4 125 552	1 747 927	4 655 391	863 370	8 195 654	29 318 769
<b>Total général</b>	<b>52 809 920</b>	<b>48 958 531</b>	<b>30 193 071</b>	<b>59 363 523</b>	<b>26 823 152</b>	<b>19 579 150</b>	<b>14 667 027</b>	<b>97 219 014</b>	<b>349 613 387</b>



MIGAC : Intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Categorie	Consultations mémoires	Les consultations hospitalières d'addictologie	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	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	Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents	Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	Total général
APHP	2 991 795	11 841 377	6 194 947	11 618 315	8 182 337	6 972 843	7 976 146	12 432 509	68 210 270
CH	35 610 018	24 847 774	11 759 098	21 131 261	2 020 664	493 768	4 349 029	22 788 638	123 000 249
CHR	10 044 556	8 483 032	5 259 182	18 088 698	13 739 127	11 950 524	1 363 469	21 430 739	90 359 326
CLCC		566 808	600 873	1 915 575	2 433 575	162 453	329 917	17 348 880	23 358 081
Cliniques	458 714	1 006 585	4 640 725	1 853 885	211 045			19 259 217	27 430 171
EBNL - non PSPH	1 923	187 864	150 402	996 144	-4 857			585 393	1 916 869
EBNL - PSPH	3 683 466	1 887 443	1 283 927	3 401 132	241 261	-438	648 467	2 661 960	13 807 218
SSA	19 447	137 647	303 917	358 514				711 679	1 531 204
<b>Total général</b>	<b>52 809 920</b>	<b>48 958 531</b>	<b>30 193 071</b>	<b>59 363 523</b>	<b>26 823 152</b>	<b>19 579 150</b>	<b>14 667 027</b>	<b>97 219 014</b>	<b>349 613 387</b>

**MIGAC : Mission de conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes**

**Objet : Répartition des dotations par région**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Region	Centres d'éthique nationaux	Total général
Auvergne	42 185	<b>42 185</b>
Basse-Normandie	37 052	<b>37 052</b>
Bretagne	75 169	<b>75 169</b>
Champagne-Ardenne	303 320	<b>303 320</b>
Ile-de-France	1 423 668	<b>1 423 668</b>
Pays de la Loire	1 713	<b>1 713</b>
Provence-Alpes-Côte d'Azur	262 814	<b>262 814</b>
Rhône-Alpes	203 143	<b>203 143</b>
<b>Total général</b>	<b>2 349 064</b>	<b>2 349 064</b>

**MIGAC : Mission de conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes**  
**Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Categorie	Centres d'éthique nationaux	Total général
APHP	1 423 668	1 423 668
CH	1 567	1 567
CHR	923 851	923 851
CLCC	-313	-313
EBNL - PSPH	290	290
<b>Total général</b>	<b>2 349 064</b>	<b>2 349 064</b>





**MIGAC : Missions de prévention et d'éducation pour la santé****Objet : Répartition des dotations par région****Production : DGOS/USID****Source : ATIH/ARBUST-MIGAC****Unité : euros**

Region	Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques, et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH	Total général
Alsace	838 243	<b>838 243</b>
Aquitaine	1 931 545	<b>1 931 545</b>
Auvergne	1 409 123	<b>1 409 123</b>
Basse-Normandie	1 908 787	<b>1 908 787</b>
Bourgogne	1 333 812	<b>1 333 812</b>
Bretagne	1 655 480	<b>1 655 480</b>
Centre	1 421 029	<b>1 421 029</b>
Champagne-Ardenne	2 183 462	<b>2 183 462</b>
Franche-Comté	1 836 520	<b>1 836 520</b>
Guyane	139 400	<b>139 400</b>
Haute-Normandie	1 421 276	<b>1 421 276</b>
Ile-de-France	20 140 668	<b>20 140 668</b>
Languedoc-Roussillon	1 800 626	<b>1 800 626</b>
Limousin	891 367	<b>891 367</b>
Lorraine	2 176 036	<b>2 176 036</b>
Martinique	803 460	<b>803 460</b>
Midi-Pyrénées	4 882 609	<b>4 882 609</b>
Nord-Pas-de-Calais	4 729 742	<b>4 729 742</b>
Pays de la Loire	1 462 359	<b>1 462 359</b>
Picardie	4 250 167	<b>4 250 167</b>
Poitou-Charentes	2 454 984	<b>2 454 984</b>
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 106 310	<b>4 106 310</b>
Réunion	787 947	<b>787 947</b>
Rhône-Alpes	2 945 955	<b>2 945 955</b>
<b>Total général</b>	<b>67 510 908</b>	<b>67 510 908</b>

**MIGAC : Missions de prévention et d'éducation pour la santé**  
**Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Categorie	Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques, et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH	Total général
APHP	16 899 030	<b>16 899 030</b>
CH	24 104 263	<b>24 104 263</b>
CHR	19 995 890	<b>19 995 890</b>
CLCC	2 067 075	<b>2 067 075</b>
Cliniques	2 255 949	<b>2 255 949</b>
EBNL - non PSPH	2 709	<b>2 709</b>
EBNL - PSPH	2 044 080	<b>2 044 080</b>
SSA	141 912	<b>141 912</b>
<b>Total général</b>	<b>67 510 908</b>	<b>67 510 908</b>



**MIGAC : Missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques**

**Objet : Répartition des dotations par région**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Region	Actions de prévention et de gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	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	Structures spécialisées dans la gestion du risque nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique ou d'une crise sanitaire majeure	Total général
Alsace			251 599	<b>251 599</b>
Aquitaine			517 893	<b>517 893</b>
Auvergne	23 012			<b>23 012</b>
Basse-Normandie	57 562			<b>57 562</b>
Bretagne			262 574	<b>262 574</b>
Centre			62 274	<b>62 274</b>
Champagne-Ardenne	21 202		45 066	<b>66 268</b>
Corse			59 481	<b>59 481</b>
Franche-Comté	65 877			<b>65 877</b>
Guyane			855 368	<b>855 368</b>
Haute-Normandie		8 243	581 888	<b>590 131</b>
Ile-de-France	185 906		333 603	<b>519 509</b>
Languedoc-Roussillon	57 229			<b>57 229</b>
Lorraine			625 000	<b>625 000</b>
Martinique	671 106		393 954	<b>1 065 060</b>
Midi-Pyrénées	103 650		379 124	<b>482 774</b>
Nord-Pas-de-Calais		16 200	713 938	<b>730 138</b>
Provence-Alpes-Côte d'Azur		36 337	250 665	<b>287 002</b>
Réunion			421 911	<b>421 911</b>
Rhône-Alpes			360 505	<b>360 505</b>
<b>Total général</b>	<b>1 185 543</b>	<b>60 780</b>	<b>6 114 845</b>	<b>7 361 168</b>

**MIGAC : Missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques****Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements****Production : DGOS/USID****Source : ATIH/ARBUST-MIGAC****Unité : euros**

Categorie	Actions de prévention et de gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	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	Structures spécialisées dans la gestion du risque nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique ou d'une crise sanitaire majeure	Total général
APHP	185 906			<b>185 906</b>
CH	51 592	3 711	1 795 102	<b>1 850 405</b>
CHR	948 255	57 069	4 226 070	<b>5 231 394</b>
CLCC	- 209			<b>209</b>
EBNL - PSPH			93 673	<b>93 673</b>
<b>Total général</b>	<b>1 185 543</b>	<b>60 780</b>	<b>6 114 845</b>	<b>7 361 168</b>

**MIGAC : Définition et mise en œuvre des politiques publiques**

**Objet : Répartition des dotations par région**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Region	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 chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière et de la gestion des crises sanitaires	La coordination des instances nationales de représentation des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de CME et de conférences médicale mentionnées aux article L.6144-1, L.6161-2 et L.6161-8 CSP	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 CSP	Les actions de coopération internationale	Total général
Alsace	58 099	197 331	139 200	294 299	52 983	741 913
Aquitaine	10 112	315 896	113 863	22 436	416 637	878 944
Auvergne	132 479			155 831		288 310
Basse-Normandie		248 368		59 919		308 287
Bourgogne	35 590	473 021				508 611
Bretagne	186 509	98 938		79 248		364 695
Centre	123 547	486 212		66 804		676 563
Champagne-Ardenne	-25 414	157 337				131 923
Corse				53 792		53 792
Franche-Comté		199 702			48 233	247 935
Guadeloupe				11 422	50 000	61 422
Guyane					6 500	6 500
Haute-Normandie	170 832	265 729		57 533	50 000	544 094
Ile-de-France	545 916	9 907 900	80 000	516 549	320 000	11 370 365
Languedoc-Roussillon	179 141	114 393		79 707		373 241
Limousin	212 909				60 000	272 909
Lorraine	136 515	188 234		232 006		556 755
Midi-Pyrénées	-12 933	279 170		137 945	206 271	610 454
Nord-Pas-de-Calais	-47 300			575 764	404 585	933 049
Pays de la Loire	441 022	496 254	23 387	115 730	2 500	1 078 893
Picardie	63 874	86 102			30 000	179 976
Poitou-Charentes	197 578	99 469		34 402		331 449
Provence-Alpes-Côte d'Azur	179 704	2 006 371	-96 733	555 547		2 644 888
Réunion	29 500					29 500
Rhône-Alpes	425 623	234 630	27 562	376 107	107 500	1 171 422
<b>Total général</b>	<b>3 043 303</b>	<b>15 855 056</b>	<b>287 279</b>	<b>3 425 041</b>	<b>1 755 210</b>	<b>24 365 889</b>

**MIGAC : Définition et mise en œuvre des politiques publiques**  
**Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Categorie	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 chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière et de la gestion des crises sanitaires	La coordination des instances nationales de représentation des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de CME et de conférences médicale mentionnées aux article L.6144-1, L.6161-2 et L.6161-8 CSP	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 CSP	Les actions de coopération internationale	Total général
APHP	178 170	2 067 820		516 549	320 000	<b>3 082 538</b>
CH	946 131	8 630 446	356 450	785 770	155 436	<b>10 874 233</b>
CHR	830 703	4 142 326	-81 449	1 588 073	1 249 774	<b>7 729 426</b>
CLCC	143 082	420 130		38 622		<b>601 834</b>
Cliniques	543 408	104 702				<b>648 110</b>
EBNL - non PSPH	60 232		12 278	100 191		<b>172 701</b>
EBNL - PSPH	341 576	489 634		395 837	30 000	<b>1 257 047</b>
<b>Total général</b>	<b>3 043 303</b>	<b>15 855 056</b>	<b>287 279</b>	<b>3 425 041</b>	<b>1 755 210</b>	<b>24 365 889</b>



MIGAC : Assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux, dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Region	Permanence d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L.6112-6 CSP	La prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé	La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des maisons médicales mentionnées à l'article L.162-3 CSS	Réseaux de télésoins, notamment la télé-médecine	Unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières	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	Total général
Alsace	713 280				468 245	894 700	27 932 700	30 008 925
Aquitaine	1 595 946	925 385		69 997	291 574	3 979 340	34 322 320	41 184 562
Auvergne	497 697			90 141		957 471	16 147 076	17 692 385
Basse-Normandie	631 673	198 274		95 354		2 662 948	19 141 202	22 729 451
Bourgogne	634 766		186 457	187 586		714 465	20 552 770	22 276 044
Bretagne	1 547 178			321 752	291 277		39 383 811	41 544 018
Centre	884 564					2 760 351	26 515 167	30 160 082
Champagne-Ardenne	351 949			28 799		3 880 182	16 408 775	20 669 704
Corse	77 549					356 820	2 752 140	3 186 509
Franche-Comté	373 691			162 097		1 185 925	14 690 300	16 412 013
Guadeloupe	395 436					3 768 678	3 505 884	7 669 998
Guyane	902 234		12 374 761	311 253		2 072 000	2 511 911	18 172 159
Haute-Normandie	1 005 036			2 036 308		4 349 793	18 939 585	26 330 722
Ile-de-France	9 318 616	2 523 224	310 567	1 687 203	601 203	36 167 269	153 455 540	204 063 622
Languedoc-Roussillon	1 217 559		300 000	464 941	149 881	7 680 814	24 939 969	34 753 164
Limousin	371 287			650 891		1 228 290	10 984 073	13 234 541
Lorraine	1 249 358				300 000	2 097 538	31 355 464	35 002 360
Martinique	253 911					5 457 085	5 568 897	11 279 893
Midi-Pyrénées	1 043 680	438 175	0	1 023 231	294 847	5 878 504	22 428 400	31 106 836
Nord-Pas-de-Calais	3 221 378		234 128	231 972	464 275	18 315 862	49 541 845	72 009 460
Pays de la Loire	2 035 979			151 699	147 073	4 430 106	36 440 921	43 205 778
Picardie	979 301			1 216 800		4 997 915	22 210 781	29 404 797
Poitou-Charentes	1 701 619			68 778		2 308 947	20 745 792	24 825 136
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 384 050	55 507		99 260	436 653	14 732 356	56 624 724	74 332 550
Réunion	791 084		97 954	86 608		10 948 196	9 067 987	20 991 829
Rhône-Alpes	3 403 462	716 124	42 143	328 366	582 662	5 530 796	69 995 163	80 598 716
<b>Total général</b>	<b>37 582 282</b>	<b>4 856 689</b>	<b>13 546 010</b>	<b>9 313 035</b>	<b>4 027 691</b>	<b>147 356 351</b>	<b>756 163 197</b>	<b>972 845 255</b>

MIGAC : Assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux, dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Categorie	Permanence d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L.6112-6 CSP	La prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé	La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des maisons médicales mentionnées à l'article L.162-3 CSS	Réseaux de télésoin, notamment la télé-médecine	Unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières	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	Total général
APHP	5 584 068	2 458 224		1 551 957	601 203	21 348 328	63 344 715	94 888 496
CH	22 780 171	827 234	12 893 300	2 129 003		74 571 183	401 290 700	514 491 590
CHR	7 504 661	839 518	0	4 895 184	2 962 212	38 726 058	207 081 950	262 009 583
CLCC			42 143	329 008			19 212 795	19 583 947
Cliniques	558 311		300 000	226 973		6 111 756		7 197 040
EBNL - non PSPH		1 136				2 941 302	10 412 950	13 355 388
EBNL - PSPH	1 155 071	730 577		45 664	464 275	3 657 724	46 818 317	52 871 628
SSA			310 567	135 246			8 001 770	8 447 583
<b>Total général</b>	<b>37 582 282</b>	<b>4 856 689</b>	<b>13 546 010</b>	<b>9 313 035</b>	<b>4 027 691</b>	<b>147 356 351</b>	<b>756 163 197</b>	<b>972 845 255</b>

**MIGAC : Soins aux détenus et aux femmes enceintes**

**Objet : Répartition des dotations par région**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Étiquettes de lignes	Les centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R.6123-50 CSP	Les chambres sécurisées pour détenus	Les unités de consultations et de soins ambulatoires	Les unités hospitalières sécurisées interrégionales	Total général
Alsace	1 392 289	319 200	3 775 532		5 487 020
Aquitaine	272 500		7 643 643	1 972 874	9 889 017
Auvergne	884 135	138 049	2 635 099		3 657 283
Basse-Normandie	1 158 388	45 600	3 484 100		4 688 088
Bourgogne	727 348	182 400	3 533 566		4 443 314
Bretagne	1 695 726	45 600	5 058 479	833 860	7 633 665
Centre	2 199 322	45 600	5 412 823		7 657 746
Champagne-Ardenne	77 199	368 721	3 592 730		4 038 650
Corse			1 108 431		1 108 431
Franche-Comté	356 890	72 856	1 664 211		2 093 957
Guadeloupe			1 203 625		1 203 625
Guyane		224 928	2 099 200		2 324 128
Haute-Normandie	1 263 700	96 820	6 363 733	1 851 079	9 575 332
Ile-de-France		1 374 067	29 049 549	5 260 793	35 684 408
Languedoc-Roussillon	190 716	144 400	7 244 155		7 579 271
Limousin		225 000	1 717 377		1 942 377
Lorraine	749 853		8 083 938	2 602 000	11 435 791
Martinique			1 219 587		1 219 587
Midi-Pyrénées	1 813 984	86 708	6 312 362	1 809 406	10 022 460
Nord-Pas-de-Calais		456 000	15 104 274	1 224 468	16 784 742
Pays de la Loire	207 192	46 964	5 375 215		5 629 371
Picardie	978 829	330 444	5 078 468		6 387 741
Poitou-Charentes	795 785	182 400	5 073 602		6 051 786
Provence-Alpes-Côte d'Azur		254 392	16 758 501	8 506 810	25 519 703
Réunion	173 463	176 842	2 876 579		3 226 884
Rhône-Alpes	2 940 324	840 612	12 158 118	734 919	16 673 973
<b>Total général</b>	<b>17 877 642</b>	<b>5 657 603</b>	<b>163 626 896</b>	<b>24 796 209</b>	<b>211 958 350</b>

**MIGAC : Soins aux détenus et aux femmes enceintes**

**Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Catégorie	Les centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R.6123-50 CSP	Les chambres sécurisées pour détenus	Les unités de consultations et de soins ambulatoires	Les unités hospitalières sécurisées interrégionales	Total général
APHP		553 267	6 359 777	5 260 793	12 173 837
CH	14 577 702	3 928 738	106 262 187	142 720	124 911 347
CHR	896 635	1 175 598	51 004 932	19 392 696	72 469 861
Cliniques	398 308				398 308
EBNL - PSPH	2 004 997				2 004 997
<b>Total général</b>	<b>17 877 642</b>	<b>5 657 603</b>	<b>163 626 896</b>	<b>24 796 209</b>	<b>211 958 350</b>

**MIGAC : Aide à la contractualisation**

**Objet : Répartition des dotations par région**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Région	Amélioration de l'offre de soins existante (Renforcement de moyens)	Développement de l'activité	Investissements	Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS	Restructurations et soutien aux établissements déficitaires	Autres	Total général
Alsace	3 262 097	6 890 666	41 392 596		2 289 184	7 305 558	61 140 100
Aquitaine	14 190 161	1 211 155	64 751 635		6 431 000	10 723 241	97 307 192
Auvergne	6 259 567	3 675 747	17 432 180		15 733 269	3 755 489	46 856 252
Basse-Normandie	8 089 685	2 727 536	21 574 387	972 987	7 206 409	4 981 062	45 552 066
Bourgogne	7 083 245	1 976 029	36 093 116		8 746 187	1 904 117	55 802 694
Bretagne	12 798 995	1 781 592	53 633 955	502 577	13 402 337	5 465 995	87 585 451
Centre	4 919 417	1 234 332	70 048 140	2 755 253	2 939 183	2 494 184	84 390 509
Champagne-Ardenne	7 566 930	5 282 745	28 101 682		26 111 324	1 178 034	68 240 714
Corse	883 223	7 830 995	2 243 114		7 457 665	39 537	18 454 535
Franche-Comté	3 678 353	869 496	6 355 730	588 171	26 847 639	5 231 549	43 570 938
Guadeloupe	3 253 886	5 948 186	8 690 509	11 786 201	8 636 149	-769 574	37 545 357
Guyane		13 537 370	4 526 761			366 787	18 430 918
Haute-Normandie	9 716 314	1 022 541	41 459 965	1 204 997	5 095 166	11 389 326	69 888 309
Ile-de-France	38 997 536	29 290 687	222 840 452		40 487 464	103 409 250	435 025 389
Languedoc-Roussillon	5 657 485	16 697 682	31 063 803	2 701 200	8 643 301	3 997 912	68 761 383
Limousin	2 160 450	7 691 358	13 271 775	2 350 000	896 014	2 595 032	28 964 629
Lorraine	6 277 151	126 500	56 104 374		20 843 648	2 088 528	85 440 201
Martinique	2 756 933	3 997 144	16 650 762	1 640 629	8 438 000	8 438 408	41 921 876
Midi-Pyrénées	3 269 035	1 457 495	76 761 066	3 780 394	14 398 226	14 575 161	114 241 377
Nord-Pas-de-Calais	14 765 219	6 645 241	82 638 301		6 000 000	10 716 422	120 765 183
Pays de la Loire	11 652 208	3 928 902	45 488 899	1 619 565	10 111 300	5 516 737	78 317 611
Picardie	2 341 537	2 599 483	31 599 009		24 199 273	4 895 461	65 634 763
Poitou-Charentes	7 207 088	3 217 263	26 258 675		3 555 015	9 282 610	49 520 651
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7 483 497	13 311 114	75 593 088		43 492 617	5 647 493	145 527 809
Réunion	180 000	1 881 744	24 945 602	5 019 669	5 213 797	10 176 244	47 417 056
Rhône-Alpes	14 829 291	51 667	73 325 294		99 494 386	36 764 592	224 465 230
<b>Total général</b>	<b>199 279 304</b>	<b>144 884 669</b>	<b>1 172 844 869</b>	<b>34 921 643</b>	<b>416 668 553</b>	<b>272 169 154</b>	<b>2 240 768 193</b>

**MIGAC : Aide à la contractualisation****Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements**

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie	Amélioration de l'offre de soins existante (Renforcement de moyens)	Développement de l'activité	Investissements	Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS	Restructurations et soutien aux établissements déficitaires	Autres	Total général
APHP	28 147 335	6 293 119	67 992 499			91 581 395	<b>194 014 348</b>
CH	70 826 080	69 263 796	678 285 131	20 654 833	167 219 495	82 397 054	<b>1 088 646 389</b>
CHR	86 528 225	36 332 582	299 877 943	9 253 772	198 667 283	66 046 795	<b>696 706 601</b>
CLCC	4 814 098	8 091 819	37 817 537		13 747 263	12 853 151	<b>77 323 868</b>
Cliniques	2 544 491	12 427 441	7 319 575	4 043 038	1 357 421	7 457 680	<b>35 149 646</b>
EBNL - non PSPH	246 157	411 448	8 578 538		5 158 915	166 153	<b>14 561 211</b>
EBNL - PSPH	6 141 317	12 064 464	72 973 647	970 000	30 518 176	11 590 808	<b>134 258 412</b>
SSA	31 600					76 119	<b>107 719</b>
<b>Total général</b>	<b>199 279 304</b>	<b>144 884 669</b>	<b>1 172 844 869</b>	<b>34 921 643</b>	<b>416 668 553</b>	<b>272 169 154</b>	<b>2 240 768 193</b>



**MIGAC : Dotations MIGAC entre MIG et AC**  
**Objet : Répartition des dotations par région**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Region	MIG		AC		Total Dotations
	Dotations	% sur total	Dotations	% sur total	
Alsace	156 754 423	71,94%	61 140 100	28,06%	<b>217 894 523</b>
Aquitaine	237 940 258	70,97%	97 307 192	29,03%	<b>335 247 450</b>
Auvergne	121 294 385	72,13%	46 856 252	27,87%	<b>168 150 637</b>
Basse-Normandie	120 483 372	72,56%	45 552 066	27,44%	<b>166 035 438</b>
Bourgogne	118 621 869	68,01%	55 802 694	31,99%	<b>174 424 563</b>
Bretagne	221 986 233	71,71%	87 585 451	28,29%	<b>309 571 684</b>
Centre	156 502 418	64,97%	84 390 509	35,03%	<b>240 892 926</b>
Champagne-Ardenne	104 533 955	60,50%	68 240 714	39,50%	<b>172 774 669</b>
Corse	21 250 920	53,52%	18 454 535	46,48%	<b>39 705 455</b>
Franche-Comté	83 723 180	65,77%	43 570 938	34,23%	<b>127 294 118</b>
Guadeloupe	32 122 276	46,11%	37 545 357	53,89%	<b>69 667 633</b>
Guyane	37 517 924	67,06%	18 430 918	32,94%	<b>55 948 842</b>
Haute-Normandie	132 645 218	65,49%	69 888 309	34,51%	<b>202 533 527</b>
Ile-de-France	1 522 146 899	77,77%	435 025 389	22,23%	<b>1 957 172 288</b>
Languedoc-Roussillon	195 436 414	73,97%	68 761 383	26,03%	<b>264 197 797</b>
Limousin	73 854 369	71,83%	28 964 629	28,17%	<b>102 818 998</b>
Lorraine	185 274 367	68,44%	85 440 201	31,56%	<b>270 714 568</b>
Martinique	39 090 584	48,25%	41 921 876	51,75%	<b>81 012 460</b>
Midi-Pyrénées	221 127 799	65,94%	114 241 377	34,06%	<b>335 369 176</b>
Nord-Pas-de-Calais	321 275 888	72,68%	120 765 183	27,32%	<b>442 041 071</b>
Pays de la Loire	230 738 849	74,66%	78 317 611	25,34%	<b>309 056 460</b>
Picardie	127 720 935	66,05%	65 634 763	33,95%	<b>193 355 698</b>
Poitou-Charentes	113 636 607	69,65%	49 520 651	30,35%	<b>163 157 258</b>
Provence-Alpes-Côte d'Azur	430 840 562	74,75%	145 527 809	25,25%	<b>576 368 371</b>
Réunion	63 609 270	57,29%	47 417 056	42,71%	<b>111 026 326</b>
Rhône-Alpes	488 026 026	68,50%	224 465 230	31,50%	<b>712 491 256</b>
<b>Total général</b>	<b>5 558 155 000</b>	<b>71,27%</b>	<b>2 240 768 193</b>	<b>28,73%</b>	<b>7 798 923 192</b>



**MIGAC : Dotations MIGAC entre établissements ex-DG et établissements ex-OQ**

**Objet : Répartition des dotations par région**

**Production : DGOS/USID**

**Source : ATIH/ARBUST-MIGAC**

**Unité : euros**

Region	ex-DG		ex-OQN		Total Dotations
	Dotations	% sur total	Dotations	% sur total	
Alsace	216 922 040	99,55%	972 484	0,45%	<b>217 894 523</b>
Aquitaine	329 729 847	98,35%	5 517 603	1,65%	<b>335 247 450</b>
Auvergne	166 891 901	99,25%	1 258 736	0,75%	<b>168 150 637</b>
Basse-Normandie	164 262 772	98,93%	1 772 666	1,07%	<b>166 035 438</b>
Bourgogne	173 880 475	99,69%	544 088	0,31%	<b>174 424 563</b>
Bretagne	308 223 237	99,56%	1 348 447	0,44%	<b>309 571 684</b>
Centre	237 595 420	98,63%	3 297 506	1,37%	<b>240 892 926</b>
Champagne-Ardenne	171 734 057	99,40%	1 040 611	0,60%	<b>172 774 669</b>
Corse	35 883 538	90,37%	3 821 916	9,63%	<b>39 705 455</b>
Franche-Comté	126 438 577	99,33%	855 541	0,67%	<b>127 294 118</b>
Guadeloupe	69 667 633	100,00%		0,00%	<b>69 667 633</b>
Guyane	55 298 462	98,84%	650 380	1,16%	<b>55 948 842</b>
Haute-Normandie	200 595 666	99,04%	1 937 861	0,96%	<b>202 533 527</b>
Ile-de-France	1 945 012 409	99,38%	12 159 879	0,62%	<b>1 957 172 288</b>
Languedoc-Roussillon	256 535 222	97,10%	7 662 575	2,90%	<b>264 197 797</b>
Limousin	101 782 048	98,99%	1 036 950	1,01%	<b>102 818 998</b>
Lorraine	269 842 418	99,68%	872 150	0,32%	<b>270 714 568</b>
Martinique	80 636 631	99,54%	375 829	0,46%	<b>81 012 460</b>
Midi-Pyrénées	327 992 292	97,80%	7 376 884	2,20%	<b>335 369 176</b>
Nord-Pas-de-Calais	436 435 765	98,73%	5 605 306	1,27%	<b>442 041 071</b>
Pays de la Loire	303 401 584	98,17%	5 654 876	1,83%	<b>309 056 460</b>
Picardie	192 736 844	99,68%	618 854	0,32%	<b>193 355 698</b>
Poitou-Charentes	161 085 591	98,73%	2 071 667	1,27%	<b>163 157 258</b>
Provence-Alpes-Côte d'Azur	572 406 808	99,31%	3 961 563	0,69%	<b>576 368 371</b>
Réunion	106 396 302	95,83%	4 630 024	4,17%	<b>111 026 326</b>
Rhône-Alpes	705 369 233	99,00%	7 122 023	1,00%	<b>712 491 256</b>
<b>Total général</b>	<b>7 716 756 773</b>	<b>98,95%</b>	<b>82 166 419</b>	<b>1,05%</b>	<b>7 798 923 192</b>

## Annexe 2 - Tableau synoptique des MIGAC

NOM	Nature	Créée	Paramétrage	CR	Montants délégués en 2010 (en exécution)
PART FIXE DES MERRI	MERRI	2005	MNF		1 059 969 964
PART MODULABLE DES MERRI	MERRI	2009	MNF		692 693 875
Activités de recours exceptionnel	MERRI	2009	MNF		24 796 077
Structures d'appui recherche clinique (dont CRC, DRCl, CIC, CEC, CIT)	MERRI	2009	Rec.		55 421 596
Centres de ressources biologiques	MERRI	2005	Rec.		22 288 679
Projets de recherche PHRC	MERRI	2005	AAP		92 393 575
Actions de recherche contrat EPST / ES	MERRI	2005	AAP		6 740 229
Programmes STIC	MERRI	2005	AAP		22 279 406
Emploi techniciens et ARC pour essais cliniques (pol nat. de lutte contre le cancer)	MERRI	2005	Rec.		8 410 315
Délégations interrégionales recherche clinique	MERRI	2006	Rec.		8 652 046
Actions de téléenseignement et de téléformation	MERRI	2005	Rec.		555 372
Stages de résidents de radiophysiciens (politique nationale de lutte contre le cancer)	MERRI	2005	Rec.		4 431 860
Financement de la rémunération des internes	MERRI	2011	MN		MIG créée en 2011 : aucune exécution en 2010
Centres mémoires de ressources et de recherche	MERRI	2005	REF	CR	12 333 133
Corevih (CISIH jusqu'en 2007)	MERRI	2007	REF		17 423 597
Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	MERRI	2005	Rec.		9 580 275
Centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	MERRI	2005	Rec.		117 017 715
Centres de référence sur l'hémophilie	MERRI	2005	Rec.		3 251 705
Centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose	MERRI	2005	Rec.		8 994 012
Centres de référence sur la SLA	MERRI	2005	Rec.		3 026 584
Centres de référence sur la mort subite du nourrisson	MERRI	2005	Rec.		2 164 908
Centres de référence d'implantation cochléaire	MERRI	2005	Rec.		8 124 161
Centres de ressources sur les maladies professionnelles	MERRI	2005	Rec.		7 626 986
Centre national d'aide à la prise en charge des ESS transmissibles	MERRI	2006	Rec.		0
Pôles de référence hépatite C	MERRI	2006	Rec.		2 294 631
Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal	MERRI	2007	REF	CR	12 353 618
Centres de diagnostic pré implantatoire	MERRI	2010	Rec.		1 982 500
Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles	MERRI	2005	Rec.		9 706 731
Centres de référence pour les infections ostéo-articulaires	MERRI	2008	Rec.		1 514 071

NOM	Nature	Créée	Paramétrage	CR	Montants délégués en 2010 (en exécution)
Laboratoires oncogénétique, génétique moléculaire, cytogénétique, neurogénétique	MERRI	2005	Rec.		102 072 213
Centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle	MERRI	2005	Rec.		403 910
Médicaments bénéficiant d'une ATU	MERRI	2005	Remboursement		94 569 303
Actes dentaires, B & P HN sauf hyg.hosp/HLA greffe	MERRI	2005	Rec.		253 409 908
Organes artificiels jusqu'à inscription remboursement	MERRI	2005	Remboursement		10 523 859
Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	MERRI	2007	Remboursement		3 274 951
Comités rég. sur pratiques de prescription	Autre MIG	2005	Rec.	CR	4 837 902
CCLIN	Autre MIG	2005	REF		5 634 611
ARLIN	Autre MIG	2006	REF	CR	5 181 564
CR Pharmacovigilance & CEI Pharmacovigilance	Autre MIG	2005	REF	CR	8 741 187
Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance	Autre MIG	2005	Rec.	CR	5 462 610
Centres antipoison	Autre MIG	2005	REF		8 796 616
Registres à caractère épidémiologique	Autre MIG	2005	Rec.		4 202 568
Centre national de ressources de la douleur	Autre MIG	2006	MNF		670 688
Centre national de ressources soins palliatifs	Autre MIG	2006	MNF		772 860
Observatoire national de la fin de vie	Autre MIG	2010	MNF		450 000
Centres de coordination des soins en cancérologie (et cellules avant 2006)	Autre MIG	2006	Rec.		29 704 011
Equipes hospitalières de liaison en addictologie	Autre MIG	2005	REF	CR	42 461 598
Equipes mobiles de gériatrie	Autre MIG	2005	Rec.	CR	65 258 144
Equipes mobiles de soins palliatifs	Autre MIG	2007	Rec.	CR	112 087 536
Equipes de cancérologie pédiatrique	Autre MIG	2005	Rec.	CR	15 007 850
Lactariums	Autre MIG	2005	Rec.	CR	5 162 290
Recueil, trait., conserv. gamètes embryons	Autre MIG	2005	Rec.		15 409 997
Prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté	Autre MIG	2007	Remboursement	CR	1 429 683
Réseaux de télésanté, notamment télémédecine	Autre MIG	2005	Rec.	CR	9 313 035
MAD moyens ES pour maisons médicales	Autre MIG	2005	Remboursement	CR	13 546 010

NOM	Nature	Créée	Paramétrage	CR	Montants délégués en 2010 (en exécution)
U. d'accueil et de soins en langue des signes	Autre MIG	2007	REF		4 027 691
CDAG	Autre MIG	2005	REF	CR	19 158 602
Actions de prévention et d'éducation thérap. (nutrition, asthme, diabète avt 2006)	Autre MIG	2006	Rec.	CR	67 510 908
Espaces de réflexion éthique	Autre MIG	2005	Rec.		2 349 064
Prévention et gestion des risques (circ. exc.)	Autre MIG	2007	Rec.	CR	1 185 543
Agents MAD auprès Etat (risques circ.exc.)	Autre MIG	2007	Remboursement		60 780
Structures spéc. risque NRBC crise sanitaire	Autre MIG	2007	Rec.		6 114 845
Consultations mémoire	Autre MIG	2005	REF	CR	52 809 920
Consultations hospitalières d'addictologie (tabacologie avt 2006)	Autre MIG	2005	REF	CR	48 958 531
Psychologues (ou ASE après 2006) dans les services de soins (PNSP, sauf plan cancer)	Autre MIG	2005	Rec.	CR	30 193 071
Structures spéc. PEC douleur chronique rebelle	Autre MIG	2005	REF	CR	59 363 523
Consultations hospitalières de génétique	Autre MIG	2005	Rec.	CR	26 823 152
Nutrition parentérale à domicile (sauf HAD)	Autre MIG	2005	Rec.	CR	19 579 150
Structures pluridisciplinaires spéc. PEC ado	Autre MIG	2005	Rec.	CR	14 667 027
Qualité transversale des pratiques de soins en oncologie	Autre MIG	2010	MNF		97 219 014
SAMU y compris les CESU	Autre MIG	2005	Rec.	50% CR	222 732 741
SMUR (art. R. 6123-10 CSP)	Autre MIG	2005	Rec.	50% CR	667 772 550
Centres nationaux d'appels d'urgence	Autre MIG	2005	MNF		203 392
Contribution exp. / outils / ENC	Autre MIG	2005	Remboursement		3 043 303
MAD auprès des services de l'Etat	Autre MIG	2005	Remboursement		15 855 056
MAD auprès de l'IGAS	Autre MIG	2009	Remboursement		0
Coordination des instances de représentation	Autre MIG	2005	Remboursement		287 279
MAD auprès des OS	Autre MIG	2005	Remboursement		3 425 041
Actions de coopération internationale	Autre MIG	2005	Rec.	CR	1 755 210
PDSSES	Autre MIG	2009	MN		756 163 197
Centres périnataux de proximité (CPP)	Autre MIG	2005	Rec.	CR	17 877 642
UHSI	Autre MIG	2005	REF		5 657 603

NOM	Nature	Créée	Paramétrage	CR	Montants délégués en 2010 (en exécution)
UCSA	Autre MIG	2005	REF		163 626 896
Chambres sécurisées pour détenus	Autre MIG	2005	REF		24 796 209
PEC hospitalière des patients en précarité	Autre MIG	2009	MNF		147 356 351
Permanences d'accès aux soins de santé	Autre MIG	2005	Rec.	CR	37 582 282
PEC odontologique dans les CSERD	Autre MIG	2011	MNF		MIG créée en 2011 : aucune exécution en 2010
PEC hospitalière des patients en précarité à l'ext. ES	Autre MIG	2006	Rec.	CR	4 856 689
Développement de l'activité	AC	2005			144 884 669
Investissements	AC	2005			1 172 844 869
Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS	AC	2005			34 921 643
Restructurations et soutien aux établissements déficitaires	AC	2005			416 668 553
Autres	AC	2005			272 169 154
Amélioration de l'offre de soins existante (Renforcement de moyens)	AC	2005			199 279 304

**Source :** Arbust MIGAC 2010 (ATIH/DGOS)

Légende des sigles		
	MN	Modèle national
	MNF	Modèle national fléché par établissement
	REF	Référentiel de moyens
	Rec.	Reconduction
	AAP	Appel à projets
	CR	MIG à caractère régional

## Annexe 3 – La place des financements par dotation dans les systèmes de T2A étrangers

L'objet de la présente fiche est d'établir une comparaison entre les activités financées sur la base de l'activité et celles financées par le biais d'une dotation globale, et ce dans les pays ayant opté pour un financement à l'activité.

Il en résulte qu'en France, la part des activités non financées par la tarification à l'activité est comparable à une moyenne américano-européenne. Tous les pays financent les activités de médecine, chirurgie, obstétrique sur la base d'une tarification à l'activité (intégration du financement dans des tarifs ou du moins calculées forfaitairement sur la base de l'activité produite). En agrégeant l'ensemble des activités et missions spécifiques, la part des activités financées à l'activité est comparable dans tous les pays, même si le périmètre n'est pas le même.

pays					
Activité	Allemagne	Angleterre	Italie	États-Unis	France
médecine / chirurgie/ obstétrique	x	x	x	x	x
consultations	o	x	x	x	o
long séjour	o	o	x	x	o
psychiatrie	o	o	x	x	o
chirurgie ambulatoire	o	o	x	x	x
enseignement, recherche, innovation	o	o	x	x	o
médicaments coûteux	x	X (sauf chimiothérapie et défibrillateurs automatiques)	x	x	o
urgences	x	o	o	x	X (sauf SAMU et SMUR)
radiothérapie	x	o	o	x	x
dialyse	x	o	o	x	x
transplantations	x	o	o	x	x
brûlés graves	x	o	o	x	x
programmes de dépistage	x	o	o	x	o
prévention	x	o	o	x	o
prise en charge des maladies rares et chroniques	x	o	o	x	X (hors périmètre des Centres de références pour la prise en charge des maladies rares, financés par dotation MIG)
transfusions	x	o	o	x	x
protocoles expérimentaux	x	o	o	x	x
transplantations	x	o	o	x	x

Source : *European Hospital and healthcare federation – DRGs as a financial tools 2006*

**x** = Activité financée par la tarification à l'activité (financement sur la base de tarif ou de forfait basé sur l'activité produite)

**o** = Activité non financée par la tarification à l'activité (dotation globale - Remboursement sur facture / en fonction des fonds régionaux disponible)

Globalement, pour l'année 2010, la part des activités financées à l'activité en France (en prenant en compte le financement des établissements publics comme privé) est égale à 55%.

Cette part est calculée par agrégation de la part tarif et forfait de l'ODMCO. Sont donc exclus les MIGAC, l'ODAM, l'OQN, l'USLD, le FMESPP ainsi que la part médicament de l'ODMCO.

*In fine*, seule 50/55% de l'activité est financée sur la base de l'activité produite par les établissements et ce, que ce soit dans le système Français, ou dans les systèmes étrangers ayant opté pour un modèle de financement comparable.

## Annexe 4 : 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 I 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 ARS 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 périnatals 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 2011 est celui du 13 mars 2009 modifié.

#### **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.

## **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 le décret n° 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 n° 2008-23 du conseil de l'hospitalisation en date du 16 décembre 2008,

Arrête :

### **Article 1**

· Modifié par Arrêté du 9 mars 2011 - art. 1

· Modifié par Arrêté du 9 mars 2011 - art. 2

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 de recherche clinique, les départements de recherche clinique et d'innovation, 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 ;

c) Le financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie.

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.

## **Article 2**

· Modifié par Arrêté du 9 mars 2011 - art. 3

· Modifié par Arrêté du 9 mars 2011 - art. 4

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 télémédecine ;

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 espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux.

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) Les centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques : centre de consultations médicales maritimes mentionné à l'arrêté du 10 mai 1995 relatif à la qualification du centre de consultations médicales maritimes de Toulouse comme centre de consultations et d'assistance télé-médicale maritimes dans le cadre de l'aide médicale en mer et centre national de relais mentionné à l'arrêté du 1er février 2010 désignant le CHU de Grenoble dans sa mise en œuvre du centre de réception des appels d'urgence passés par les personnes non ou malentendantes.

### **Article 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.

#### **Article 4**

· Modifié par Arrêté du 9 mars 2011 - art. 5

Au titre du 4° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale, peuvent être pris en charge, pour les établissements de santé chargés d'assurer la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et au titre de l'accueil suivi de la prise en charge des patients, quel que soit le mode d'entrée de ces patients, uniquement la nuit, pendant le week-end, à l'exception du samedi matin, et les jours fériés :

- pour tous les établissements de santé, la rémunération ou l'indemnisation des médecins hors structures d'urgence ;

- pour les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, la rémunération ou l'indemnisation des médecins exerçant dans une structure d'urgence.

#### **Article 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.

#### **Article 6**

· Modifié par Arrêté du 9 mars 2011 - 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 ;

4° Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge dans les centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires.

#### **Article 7**

A modifié les dispositions suivantes :

- Abroge Arrêté du 23 mars 2007 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 2007 - art. 1 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 2007 - art. 2 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 2007 - art. 3 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 2007 - art. 4 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 2007 - art. 5 (Ab)
- Abroge Arrêté du 23 mars 2007 - art. 6 (Ab)

#### **Article 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