



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

**Rapport 2009 au Parlement
sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation
des établissements de santé**

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS

(Rappels sur les composantes des MIGAC : MIG, MERRI, AC) page 4

INTRODUCTION page 8

1^{ère} PARTIE :

La dotation MIGAC constitue un outil indispensable au processus d'évolution raisonnée et pragmatique du modèle de financement page 9

1. Basée sur la transparence et la recherche de l'efficacité, l'utilisation de la dotation MIGAC est intégrée dans la pratique des ARH page 11

2. L'efficacité de l'allocation des MIG passe aussi par la poursuite d'une politique de rééquilibrage interrégional des dotations et par le pilotage par le niveau central des modalités de financement de certaines MIG aux enjeux suprarégionaux page 13

3. La dotation MIGAC, outil indispensable pour accompagner les évolutions du mode de financement et celles issues de la loi HPST page 19

4. Les dotations MIGAC sont allouées par les ARH aux établissements sur une base contractuelle : présentation du bilan de la contractualisation à fin 2008 page 21

Conclusion 1^{ère} partie page 24

2^{ème} PARTIE :

La progression en 2008-2009 de la dotation MIGAC traduit l'équilibre nouveau entre ressources allouées par la part tarifaire et celles allouées en MIGAC. Elle est liée à la délégation de mesures nouvelles (relevant notamment de plans de santé publique) et à la poursuite du renforcement des enveloppes régionales de contractualisation page 25

1. Les données chiffrées 2008 et de mi-campagne 2009 page 25

2. Focus sur l'aide à la contractualisation page 31

CONCLUSION..... page 34

TABLEAUX

Tableaux 1 et 1A : Evolution de la dotation nationale MIGAC en 2008 et à mi campagne 2009 page 35

Tableaux 2 et 2A : Evolution des dotations régionales MIGAC en 2008 et à mi-campagne 2009 page 36 et 37

Tableaux 3 et 3A : Analyse du respect par les ARH en 2008 des dotations régionales MIGAC page 38 et 39

Tableau 4 : Poids relatif des régions au titre de la dotation MIGAC entre le début et la fin de campagne 2008 page 40

Tableau 5 : Répartition régionale 2008 des délégations MIGAC entre établissements ex-DG et établissements ex-OQN..... page 41

Tableau 6 : Poids relatif en 2008 des aides à la contractualisation (AC) dans les délégations MIGAC..... page 42

Tableaux 7 à 7J : délégations régionales 2008 aux établissements
7 : MERRI fixes page 43

7A : MERRI de l'art. D162-6 1° a) CSS *Recherche médicale et innovation* page 44

7B : MERRI de l'art. D 162-6 1° b) et c) CSS <i>Enseignement, expertise, référence et recours</i>	page 45
7C : MERRI de l'art. D162-6 1° d) CSS : <i>Activités innovantes et expérimentales</i>	page 46
7D : MIG de l'art. D 162-6 2° a) CSS : <i>Veille et vigilance</i>	page 47
7E : MIG de l'art. D 162-6 2° b) CSS : <i>Equipes pluridisciplinaires</i>	page 48
7F : MIG de l'art. D 162-6 2° c) CSS : <i>Produits humains</i>	page 49
7G : MIG de l'art. D 162-6 2° d) à i) CSS : <i>Prises en charge spécifiques</i>	page 50
7H : MIG de l'art. D 162-6 2° j) CSS : <i>Aide médicale urgente</i>	page 51
7I : MIG de l'art. D 162-6 3° a) à c) CSS	page 52
<i>Définition et mise en œuvre des politiques publiques</i>	
7J : MIG de l'art. D 162-7 1° à 3°CSS : <i>Soins aux détenus, périnatalité</i>	page 53

ANNEXES

Annexe 1

Exemple de fiche par mission à destination des professionnels et des ARH	page 54
--	---------

Annexe 2

Exemple de modélisation du financement d'une MIG	page 55
--	---------

Annexe 3 juridique :

Extraits du Code de la sécurité sociale	page 58
---	---------

Articles L 162-22-13, D 162-6, D 162-7, D 162-8, R 162-42-4

Extraits du Code de la santé publique	page 61
---	---------

Articles D 6114-2, D 6114-5

Liste des missions d'intérêt général mise à jour par l'arrêté du 13 mars 2009	page 62
---	---------

Annexe 4

Liste des sigles utilisés	page 66
---------------------------------	---------

Dossier annexé au rapport

Montant détaillé par établissement des dotations allouées par MIG et catégorie d'aide à la contractualisation

AVANT-PROPOS

Rappels sur la notion de MIGAC

La tarification à l'activité (T2A) est aujourd'hui durablement inscrite dans le paysage hospitalier français. Après une année 2008 marquée par le passage à un financement à 100% à l'activité des établissements de santé publics et privés exerçant des activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), le déploiement de la T2A poursuit sa progression en 2009. Ainsi ont été mis en œuvre cette année les premiers éléments du modèle intermédiaire de financement des établissements de soins de suite et de rééducation (SSR), modèle prenant en compte l'activité réalisée dans l'allocation de ressources. Dans ce modèle intermédiaire, il est prévu un compartiment MIGAC.

La T2A comporte deux volets complémentaires qui sont au fondement du modèle :

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

Au sens du droit communautaire, la dotation MIGAC, comme les autres vecteurs de financement (tarifs, dotations, crédits d'intervention) concourt à l'exercice des missions des services de santé d'intérêt général.

Les articles D.162-6 à D162-8 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue du décret n°2009-294 du 13 mars 2009, déterminent les catégories de missions d'intérêt général. La liste de ces missions est fixée par un arrêté mis à jour annuellement. Au titre de l'année 2009, cette mise à jour est intervenue par l'arrêté du 13 mars 2009 (cf. en annexe 2).

Lors des premières années de mise en œuvre de la T2A, les circulaires de campagne tarifaire ont systématiquement précisé que la dotation nationale de financement des MIGAC « est destinée à financer la part des activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements publics et privés qui ne peut être tarifée à l'activité ». Cette précision montre bien que les MIGAC recouvrent des notions variées. Leur périmètre, même s'il n'est pas figé, est toutefois délimité.

La diversité qui en découle peut s'ordonner par la distinction communément admise de trois grandes catégories de missions financées par la dotation MIGAC :

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

Les MERRI correspondent globalement aux activités universitaires de recherche et d'enseignement qui donnaient lieu avant la T2A à un abattement forfaitaire de 13% dans le calcul du coût du point ISA (indice synthétique d'activité), coût qui était alors utilisé pour moduler la dotation globale des établissements. La réforme, à compter de la campagne 2008, du financement des MERRI a consisté à répartir le financement des MERRI en trois parts :

- la part fixe ;
- la part modulable ;
- les MERRI variables.

L'année 2009 a vu la poursuite de la montée en charge de cette réforme qui s'étalera jusqu'en 2011.

La liste des MERRI variables est précisée au 1° de l'article D162-6 du code de la sécurité sociale et recouvre les rubriques suivantes :

- recherche médicale et innovation (ex : structures d'appui à la recherche clinique) ;
- formation des personnels médicaux et paramédicaux (ex : téléenseignement) ;
- enseignement, expertise, référence, recours (ex : centres de référence pour la prise en charge des maladies rares) ;
- activités de soins expérimentales ou non couvertes par les nomenclatures ou les tarifs (ex : laboratoires de génétique).

Les autres missions d'intérêt général (MIG) : missions d'intérêt général proprement dites figurant aux 2), 3) et 4) de l'article ci-dessus cité ainsi qu'à l'article D 162-7 du même code.

Cette liste telle que fixée par l'arrêté du 13 mars 2009 recouvre les activités suivantes des établissements de santé :

- missions de veille et de vigilance (ex : centres anti-poisons, coordonnateurs régionaux d'hémovigilance) ;
- missions de formation, de soutien, de coordination et d'évaluation des besoins du patient (ex : équipes mobiles de soins palliatifs) ;
- produits d'origine humaine non couverts par les tarifs (ex : conservation des gamètes et des embryons) ;
- dispositifs facilitant le maintien des soins de proximité (ex : réseaux de télésanté) ;
- activités de dépistage anonyme et gratuit (ex : CDAG) ;
- prévention et éducation pour la santé (ex : actions de prévention et d'éducation thérapeutique) ;
- missions de conseil en matière d'éthique (ex : centres nationaux d'éthique) ;
- veille sanitaire et gestion des risques ;
- intervention d'équipes pluridisciplinaires (ex : consultations mémoires) ;
- aide médicale urgente (ex : SAMU/SMUR) ;
- définition et mise en œuvre des politiques publiques dans le secteur hospitalier ;
- soins aux détenus (ex : unités de consultation et de soins ambulatoires) ;
- frais de gardes et d'astreintes dans le cadre de la permanence des soins hospitalière hors urgences ;
- prise en charge des patients en situation de précarité

Ces activités ont en commun la difficulté ou l'impossibilité de les financer par des tarifs dans le cadre du modèle actuel. Elles correspondent à deux types de situation :

- l'absence de groupes homogènes de séjour (GHS) ou de codifications adaptées dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou d'une diversité de pratiques ;
- la difficulté à rattacher l'activité à un patient.

Si la liste est par définition limitative, elle n'est pas figée et est amenée à évoluer dans le temps :

- Certaines MIG inscrites sur la liste peuvent ainsi en être retirées et être financées par des tarifs (par exemple les activités liées aux greffes). Ces évolutions interviennent à l'issue d'un travail préalable d'expertise, de modélisation et d'échange avec les professionnels concernés par ces activités. C'est cet objectif, entre autres, qui est poursuivi par le ministère.
- Par ailleurs, la dotation MIGAC permet de mieux identifier certaines missions des établissements et de leur associer un financement spécifique. Ainsi, dans le cadre de la campagne 2009 le financement de la prise en charge des patients en situation de précarité et de la permanence des soins hospitalière a évolué au travers d'un transfert de la part tarifaire vers deux nouvelles MIG ad hoc.

L'aide à la contractualisation (AC) :

Elle a, dans un premier temps, principalement financé les surcoûts de charges d'amortissement induits par les investissements (notamment dans le cadre du plan Hôpital 2007). Elle permet également d'accompagner le développement ou le maintien d'activités dans le cadre du SROS et de soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre.

La campagne 2006 a introduit une nouvelle orientation par la volonté de développer les marges de manœuvre des ARH au travers de l'identification d'enveloppes régionales d'aide à la contractualisation imputées sur la partie « AC » des MIGAC. Cette orientation a été confirmée depuis lors. La campagne 2008 a apporté des précisions sur l'utilisation de la AC. La circulaire tarifaire du 3 mars 2008 souligne notamment que l'enveloppe d'aide à la contractualisation, après trois années de renforcement sensible, ne pourra augmenter à l'avenir sans limite. En effet, l'objet de la réforme du financement à l'activité est de permettre aux établissements de procéder aux adaptations nécessaires de la structure de leurs activités et de leurs dépenses. Dès lors, l'aide apportée pour accompagner ces adaptations ne peut être que temporaire et depuis la campagne 2008, il est demandé aux ARH d'utiliser systématiquement leur marge de manœuvre régionale à titre non reconductible afin de pouvoir reconsidérer chaque année les montants affectés pour soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre et pour prendre en compte les contraintes locales en matière d'organisation des soins.

En résumé, tout en rappelant que les composantes de la partie AC des MIGAC ont des contours nécessairement souples afin de permettre aux ARH de les adapter au contexte local, il est possible de déterminer les grandes rubriques suivantes :

- développement de l'activité (aide au démarrage d'une activité ou aide au développement d'une activité déjà existante en attendant que les recettes tarifaires permettent à l'établissement de financer les charges afférentes) ;

- maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS III (absence d'équilibre économique de l'activité, sous-densité de l'offre) ;
- amélioration de l'offre existante (renforcement de moyens) ;
- restructurations et soutien aux établissements déficitaires (plan de retour à l'équilibre, aides aux restructurations...);
- aides à l'investissement ;
- aides diverses (culture à l'hôpital, compensation temporaire de l'effet revenu lié à un changement du modèle tarifaire...).

Introduction :

La dotation nationale de financement des MIGAC fixée dans le cadre de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) représentait en 2008 13,5% (soit 6 608,93 M€) des ressources de l'assurance maladie allouées aux établissements soumis à la tarification à l'activité (enveloppe ODMCO/MIGAC). Le montant de la dotation nationale MIGAC a été respecté en 2008, les délégations nationales aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) s'établissant à 6 607,85 M€ 99,93% de ces crédits délégués aux ARH ont été notifiés aux établissements de santé pour un total de 6 603,52 M€ soit un taux de réalisation très élevé, en progression de 0,12 point par rapport à 2007.

La dotation nationale MIGAC pour 2009 s'élève à 7 694,26 M€ soit une progression 16,4% par rapport à la dotation 2008. Elle représente 15,1% du total ODMCO/MIGAC. Sa progression, importante, est liée à la poursuite du renforcement des enveloppes régionales d'aide à la contractualisation, à des mesures nouvelles issues essentiellement des plans de santé publique (plans Alzheimer, soins palliatifs, cancer...) ainsi qu'au transfert de 733M€ de la part tarifaire vers la dotation MIGAC au titre, d'une part, du financement de la permanence des soins hospitalière (PDSH) pour 633M€, d'autre part, du financement de la prise en charge des patients en situation de précarité pour 100M€

Afin de permettre au Parlement et aux organisations nationales les plus 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. »*

Le rapport 2008 au Parlement sur le financement des MIGAC précisait que, après une phase de stabilisation en 2005 et 2006 puis de maîtrise des enjeux du volet MIGAC de la réforme de la tarification à l'activité (T2A) en 2007, la dotation MIGAC était dorénavant indissociable d'une T2A à 100%. Cette étape est aujourd'hui franchie et la dotation MIGAC se présente en 2009 comme un outil indispensable au processus d'évolution raisonnée et pragmatique du modèle de financement T2A incluant des transferts croisés entre tarifs et dotation MIGAC.

Le présent rapport illustre ce point et notamment le fait que la T2A dans son ensemble, la dotation MIGAC en particulier, constituent d'efficaces outils d'impulsion en vue d'une meilleure efficacité des missions qui bénéficient d'un tel financement. Les ARH (et demain les ARS) ont ainsi intégré le fait que la décision d'attribuer un financement MIGAC et la négociation de son montant sont des leviers permettant de réduire les niches d'improductivité.

Outre un bilan de l'année 2008 et une comparaison avec les premières données disponibles à ce stade pour 2009, le présent rapport s'attache à présenter, d'une part, les travaux menés et en cours sur le périmètre des MIGAC et les modalités de leur évaluation financière, d'autre part, les conséquences de l'entrée en vigueur de la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 sur la dotation MIGAC.

1^{ère} PARTIE :

La dotation MIGAC constitue un outil indispensable au processus d'évolution raisonnée et pragmatique du modèle de financement

Basée sur la transparence, l'utilisation de la dotation MIGAC est intégrée dans la pratique des ARH qui contractualisent dès le premier euro l'attribution aux établissements des financements MIGAC. En 2009, ce processus de contractualisation a fait l'objet d'une évaluation. Plus efficiente au niveau local, l'attribution des dotations MIGAC l'est aussi au niveau national dans le cadre des politiques de renforcement ciblées de l'AC et de redéploiements interrégionaux sur les MIG à caractère régional (MIGCR). Il est par ailleurs réaffirmé un pilotage national de l'attribution de certaines MIG lorsque le pilotage par le niveau régional n'est pas apparu pertinent (principe de subsidiarité) : la réforme du financement des MERRI rentre dans ce processus.

Rappel des principes d'utilisation de la dotation MIGAC

Les grands principes suivants sont intégrés dans la pratique des ARH. Fixés depuis début 2007, ils sont aujourd'hui stabilisés et ainsi connus de l'ensemble des acteurs en amont des négociations entre les établissements et les ARH.

❖ Tous les établissements de santé sont éligibles à la dotation nationale de financement des MIGAC

Tous les établissements soumis à la T2A ont vocation à obtenir des dotations au titre des MIGAC, qu'il s'agisse d'établissements publics ou privés, quelle que soit la taille de ces structures. Il convient donc, pour les ARH, dans le cadre de la sélection du ou des établissements gestionnaires de telle ou telle MIG de procéder à la publicité et à l'information adéquates des établissements et de leurs fédérations et de mettre les établissements en concurrence en utilisant, si la MIG s'y prête, la procédure d'appel à projets auprès des établissements de la région.

❖ La compétence d'attribution des ARH s'exerce librement dans les limites de la liste des MIG

Dans l'exercice de ce pouvoir d'appréciation, les ARH doivent être en mesure de choisir pour chaque MIG la meilleure offre adaptée aux besoins locaux. La liste des MIG fixée par arrêté définit le champ du financement par la dotation MIGAC. Elle n'ouvre pas automatiquement droit à financement sur une simple base déclarative des établissements. Il appartient aux ARH d'apprécier en fonction des besoins de santé publique quels sont les établissements les plus capables d'assurer chaque mission et le niveau du financement correspondant.

En outre, le caractère limitatif de la liste fixée par arrêté ne doit pas être oublié et les ARH doivent s'opposer aux demandes de financement par des crédits MIGAC de ce qui ne relève ni des MERRI, ni des autres MIG, ni de l'AC. La dotation AC en particulier, en tant que crédits de l'assurance maladie, ne peut donc participer au financement d'activités relevant d'un autre financement. A titre d'illustration, les structures de médecine légale (thanatologie ou médecine légale du vivant) ne constituent pas une MIG mais relèvent d'un financement exclusif au titre des frais de justice (et donc de crédits d'Etat).

❖ **Le jeu de la négociation entre l'établissement et l'ARH est essentiel**

Dans le cadre de cette négociation, les ARH doivent tenir compte des modélisations de financement fournies par le ministère, modélisations établies en concertation avec les professionnels concernés et qui permettent d'allouer les financements sur des bases objectivées. Le retraitement comptable constitue également un élément important de la négociation mais ne doit pas servir de base automatique à l'évolution du montant des dotations MIGAC. Ceci implique pour les établissements d'apporter un soin particulier à la qualité de leurs données au regard du poids potentiel que peuvent prendre ces éléments dans la négociation.

❖ **La dotation MIGAC n'est pas sanctuarisée**

Elle peut participer, par exemple, à un éventuel plan de retour à l'équilibre. Elle doit également être utilisée comme outil de redéploiement inter et intra-établissements. Dans le cas inverse, cela reviendrait à exonérer les dotations MIGAC de toute participation aux nécessaires efforts d'efficience des établissements et introduirait un déséquilibre de traitement entre établissements selon qu'ils sont ou non bénéficiaires de MIGAC et selon le poids relatif de ces dotations dans leurs recettes. Cela signifie également que **le financement à 100% des MIG n'est pas automatique** et que les ARH doivent inciter, selon les MIG, à des cofinancements et peuvent demander un effort d'efficience à l'établissement d'autant plus nécessaire que le financement demandé diverge des référentiels et modélisations de financement fournis.

❖ **L'attribution de crédits d'aide à la contractualisation (AC) est conditionnée à un engagement concret et évaluable de la part de l'établissement**

En raison même du caractère souple du contour de l'aide à la contractualisation, la justification des moyens alloués à ce titre doit en effet être la plus précise possible afin d'éviter toute allocation d'aide à la contractualisation sans que ne soit définie l'utilisation des crédits alloués (complément au financement d'une MIG, aide à la montée en charge de la tarification à l'activité, aide ponctuelle dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre, aide à la mise en œuvre du SROS, ...). L'attribution de AC doit se faire systématiquement à titre non reconductible et en contrepartie d'engagements de la part de l'établissement, qu'ils soient quantitatifs (niveau d'activité, moyens mis en œuvre par l'établissement...) et/ou qualitatifs (amélioration du service rendu, qualité de la prise en charge...).

L'attribution de crédits AC (tout comme les crédits finançant des MIG) est donc subordonnée à la signature d'un avenant ou d'un volet au CPOM. Ce dernier garantit en effet à la fois l'engagement de l'établissement, la nécessaire transparence qui doit guider l'attribution de moyens puisés sur la marge de manœuvre régionale et l'implication des administrateurs et des gestionnaires de l'établissement. Le CPOM offre de surcroît un support juridique fiable aux engagements contractuels signés entre l'ARH et l'établissement, notamment en cas de non respect des engagements pris par ce dernier obligeant l'ARH à engager la procédure de sanction prévue par le décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006 (possibilité de pénalités financières ou/et de suspension du contrat et des financements afférents).

1. Basée sur la transparence et la recherche de l'efficacité, l'utilisation de la dotation MIGAC est aujourd'hui intégrée dans la pratique des ARH

Depuis 2005, le ministère, en concertation avec les différents acteurs, a procédé aux ajustements nécessaires avec une volonté constante de transparence, d'efficacité et de pragmatisme. Ceci se traduit avant tout par la mise à disposition de bases de données fiables et par la sécurisation juridique du processus de fixation des dotations MIGAC. Ce point est, notamment, illustré par les éléments suivants :

❖ Une mise à jour annuelle de la liste des MIG

Dans la phase de montée en charge de la réforme T2A, la liste des MIG a logiquement donné lieu à plusieurs adaptations qui sont intervenues en cours de campagne budgétaire. A compter de 2007, une seule mise à jour annuelle de l'arrêté listant les MIG est effectuée tenant compte notamment des sorties de la liste des MIG (en raison par exemple du financement de la mission par les tarifs T2A). Ceci garantit la sécurité juridique de la liste pour une année budgétaire complète et facilite la mise à jour annuelle par les ARH de l'avenant MIG du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

❖ Une fiabilisation et une exhaustivité des remontées d'informations sur les dotations allouées à chaque établissement

Depuis 2006, l'outil ARBUST MIGAC, mis à disposition des ARH, permet pour chaque mission inscrite sur la liste des MIG et pour chaque catégorie d'aide à la contractualisation de connaître le montant de la dotation allouée à chaque établissement. Cette remontée d'informations offre la possibilité de comparaisons intra et interrégionales et constitue un élément essentiel dans les travaux de modélisation des financements et dans la connaissance par les professionnels eux-mêmes des politiques régionales menées par chaque ARH sur telle ou telle MIG ou AC ainsi que des financements alloués. Cette base de données impose in fine aux ARH de s'interroger sur leur politique de contractualisation et de justifier tant vis-à-vis du ministère que vis-à-vis des établissements des écarts de financement (par rapport à un référentiel) ou par rapport à un autre établissement gérant la même MIG) que cette base de données peut mettre en lumière.

❖ L'élaboration et la mise à disposition des ARH et des professionnels d'un guide d'aide à la contractualisation sur les MIGAC

La négociation d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre les ARH et les établissements de santé, devant comporter un volet MIGAC, est obligatoire. Afin d'accompagner les établissements de santé et leurs tutelles dans cette démarche, les services du ministère mettent à jour annuellement un guide d'aide à la contractualisation sur les MIGAC.

L'objet de ce guide est d'apporter des éléments de méthode et des référentiels sur certaines missions, de préciser les principales étapes de cette négociation et de proposer des outils d'aide à la contractualisation ainsi que des fiches-support sur un certain nombre de MIG.

Ce guide a été conçu comme une boîte à outils devant permettre à chaque ARH de développer ses propres solutions de contractualisation, en toute transparence vis-à-vis des établissements. Sont ainsi mis à disposition :

- des documents type : avenant « MIGAC » au CPOM, arrêté de fixation de la dotation MIGAC, support d'analyse des dossiers (préparation à la contractualisation) ;
- des modèles de financement (normalisation des financements) pour certaines MIG (cf. point suivant);
- des fiches-support par MIG reprenant les références juridiques, le périmètre de la MIG, les éléments de cadrage budgétaire (ce qui est finançable par la dotation MIG et ce qui ne l'est pas), les conditions d'exécution et les modalités d'évaluation (activité et qualité) ;
- un état des lieux des travaux en cours sur les MIGAC (MERRI et autres MIG).

❖ La poursuite des travaux techniques de normalisation sur les MIG

Début 2006, le ministère a engagé en liaison avec les fédérations hospitalières et les professionnels de santé des travaux sur les MIG avec deux objectifs principaux :

1^{er} objectif : Définir plus précisément le champ des activités retenues comme missions d'intérêt général et la partie de ces activités éligibles à un financement MIGAC

Pour la majorité des MIG, ont été élaborées et mises à la disposition des ARH et des établissements de santé, des fiches définissant clairement leur périmètre et notamment ce qui relève d'un financement par la dotation MIG de ce qui relève d'une autre source de financement (par les tarifs ou par des financements hors assurance maladie).

2^{ème} objectif : Mesurer le coût de ces activités et construire les référentiels de valorisation afin de permettre un financement adéquat et équitable de ces missions sur l'ensemble du territoire

Les précédents rapports ont permis de présenter ces travaux de modélisation qui couvrent près de 25% des MIG (cf en annexe 2 un modèle de standardisation des coûts) si on exclut les MERRI qui sont plus que modélisées puisque pré calculées. Ils sont le résultat d'une concertation avec les professionnels concernés par ces MIG. Le niveau des financements est avant tout corrélé à l'activité de ces structures. Les critères d'activité (unités d'œuvre) retenus et servant à moduler les financements sont adaptés à chaque MIG. Les ARH qui doivent utiliser ces référentiels peuvent ainsi négocier en disposant d'un point de repère qui garantit l'équité du financement entre les régions et entre les établissements concernés. Certes, il appartient aux ARH, en fonction de leur politique régionale de contractualisation et de leur connaissance de l'établissement, de décider de l'éventuelle adaptation du modèle au contexte local mais elles doivent alors justifier la non utilisation du référentiel fourni.

Cependant, pour certaines MIG, les réflexions menées ont conclu à des difficultés de modélisation en raison de l'extrême diversité des situations de terrain (exemple des PASS mobiles : permanences d'accès aux soins de santé) ou de variations, pour chaque établissement, des dépenses annuelles de la MIG concernée difficilement prévisibles et donc modélisables (exemple des médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation « ATU » dont la liste des entrées et des sorties évolue constamment).

Dans ces cas, deux options ont été retenues :

- Encadrement des modalités de financement de la MIG afin de limiter le risque inflationniste des dépenses ; ainsi, à titre d'illustration, pour les médicaments sous ATU, cette doctrine a été précisée aux ARH et aux établissements depuis 2007 : l'attribution des crédits doit systématiquement être faite en crédits non reconductibles, les ARH doivent assurer un suivi trimestriel des dépenses des établissements afin de pouvoir redéployer en infra-annuel les crédits rendus disponibles par la sortie de la liste des ATU de telle ou telle molécule et les aides complémentaires sont dorénavant limitées aux ATU très coûteuses.
- élaboration d'un référentiel d'analyse du financement de la MIG en termes tant quantitatifs que qualitatifs aidant les ARH à sélectionner les établissements attributaires de crédits au titre de cette MIG et à évaluer l'utilisation des crédits ; cette option a notamment été retenue pour les PASS (le référentiel permettant une répartition plus cohérente des mesures nouvelles) et pour l'éducation thérapeutique.

Ces dernières remarques montrent que si l'efficience dans l'utilisation de la dotation MIGAC passe par la modélisation des financements des MIG, les référentiels de financement des MIG ne constituent pas une solution viable pour toutes les MIG qui ne peuvent pas toutes être « standardisées ». Le champ de la négociation, obligatoire pour toutes les MIG mais encadrée par les modélisations fournies, demeure la seule solution en cas d'absence de modélisation. Dans ces cas, l'efficience réside avant tout dans la qualité de l'instruction du dossier et de la contractualisation qui en découle. En ce sens, les ARH disposent d'une réelle marge de manœuvre dans la sélection de l'établissement qui sera sélectionné pour gérer une MIG donnée.

2. L'efficience de l'allocation des MIG passe aussi par la poursuite d'une politique de rééquilibrage interrégional des dotations et par le pilotage par le niveau central des modalités de financement de certaines MIG aux enjeux suprarégionaux

Depuis la création de la dotation nationale de financement des MIGAC, l'un des objectifs poursuivis en matière de gestion des MIGAC a été de réduire les disparités régionales et de modéliser le financement des MIG. Le guide annuel d'aide à la contractualisation résume les travaux réalisés.

S'agissant des modélisations des financements, le caractère standardisé et non totalement discrétionnaire à la main des ARH du financement des MIGAC est clairement sous-jacent. C'est pourquoi, comme il a été dit précédemment, il est désormais demandé aux ARH qu'elles justifient dans l'avenant MIGAC du CPOM les éventuels écarts avec les modélisations fournies, afin que les politiques qu'elles mènent ne contribuent pas à générer des inégalités inter-régionales.

S'agissant des rééquilibrages, lors des campagnes 2006 à 2008, les rééquilibrages intra régionaux ont été privilégiés et il a été demandé aux ARH de procéder dans le cadre de la politique de contractualisation sur les MIGAC aux nécessaires rééquilibrages entre MIG et aux ajustements des financements par rapport aux modélisations fournies.

A compter de 2008, une politique de rééquilibrage interrégional a été initiée au travers de la répartition des mesures nouvelles de crédits d'aide à la contractualisation. Pour 2009, cette

politique de redistribution interrégionale est élargie à une partie des dotations MIG et, s'agissant des marges de manœuvre régionales, il est procédé à un premier rééquilibrage des bases régionales de crédits d'aide à la contractualisation.

S'agissant enfin du pilotage national des MIG dont l'allocation de ressources ne trouve pas de pertinence au niveau régional, celui-ci s'impose car, le plus souvent, les enjeux et la concertation qui en découlent, doivent être menés au niveau national. Ce processus de pilotage par le niveau central a ainsi été privilégié en 2009 dans le cadre des travaux sur la convergence tarifaire intersectorielle ayant conduit à transférer des tarifs vers la dotation MIGAC les financements relatifs à la prise en charge de la précarité (via une modélisation du financement) et ceux liés à la PDSH (référentiel fourni dans le cadre d'un guide ad hoc).

Ceci illustre le fait qu'en matière de gestion de la dotation MIGAC, la démarche du ministère est avant tout pragmatique quant il s'agit de choisir cet outil parmi les leviers de régulation de la T2A.

Si le choix d'un financement par la dotation MIGAC est fait, l'allocation des moyens demeure de la responsabilité des ARH (le principe d'une allocation au plus près du terrain par les acteurs ayant la meilleure connaissance des contraintes locales et des besoins de santé publique étant évident). Le ministère, outre un rôle indispensable de pilotage et de contrôle de l'action des ARH, se réserve toutefois la possibilité d'un pilotage national. Ce pilotage répond alors à un besoin d'une cohérence d'ensemble au regard de la performance globale du système, soit de façon pérenne (recherche), soit au titre d'une nécessaire phase préparatoire et transitoire avant transfert au niveau régional des marges de manœuvre (PDSH par exemple). Ce principe avait déjà trouvé à s'appliquer en 2008 dans le cadre de la réforme du financement des MERRI.

❖ **La poursuite de la réforme du financement des MERRI**

La réforme du financement des MERRI a été mise en œuvre à compter de la campagne tarifaire 2008. La réforme a consisté à passer de deux compartiments (MERRI fixes et variables) à trois compartiments de financement des MERRI (socle fixe, parts modulable et variable), les deux derniers compartiments étant majoritaires (60%) afin de créer une incitation au développement de la recherche.

Comme annoncé lors de la mise en œuvre du nouveau modèle, les travaux, pilotés par le ministère, se sont poursuivis en 2008 afin de l'améliorer. Le principal objectif poursuivi a consisté à affiner le contenu et la répartition de la part modulable, notamment :

- en précisant les règles de comptabilisation des publications dans le Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques « SIGAPS » (non prise en compte de la validation automatique, prise en compte des attachés, gestion des dates d'arrivée et de départ...),
- en élargissant l'indicateur « valorisation de l'innovation » (uniquement basé en 2008 sur le nombre de brevets) aux licences obtenues à partir de ces brevets et aux contrats de partenariat industriel,
- en introduisant un nouvel indicateur « recherche clinique », basé en 2009 sur le nombre d'essais cliniques enregistrés, pondéré par un certain nombre de paramètres (promoteur/non promoteur, académique/industriel, phases I et II/phases III...); cet indicateur a vocation à évoluer dans les prochaines années par prise en compte du

nombre de patients inclus, ceci grâce au déploiement du logiciel SIGREC dans les établissements concernés (maîtrise d'œuvre : CHU de Lille).

Dans le cadre de ces travaux, plusieurs points méritent une présentation détaillée dans le présent rapport :

Prise en compte des mesures nouvelles depuis 2006

Le modèle 2008 a été construit sur la base des données 2006. L'enveloppe dévolue aux MERRI en 2006 (1832,6 millions d'euros) a donc été répartie entre les établissements selon les nouvelles règles du modèle. La quote-part MERRI des mesures nouvelles statutaires et générales de 2007 et 2008 (pour un total de 49,2 M€), qui représente un taux de progression d'environ 1,5% par an, a été réintégré dans l'enveloppe régionale des MERRI 2009 (parts fixe et modulable).

Concernant la part variable, il a été retenu le montant constaté dans les données d'Arbust MIG 2007. Par ailleurs, après un contrôle de cohérence des montants alloués au titre des centres d'investigation clinique (CIC), il a été constaté que les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et quelques CHU disposaient de sommes importantes à ces titres sans disposer du label CIC et que d'autres CIC ont été ouverts sur cette période (le solde est de l'ordre de 24 millions d'euros). Ces montants ont été retirés aux établissements concernés pour être réalloués à la masse des MERRI. L'ensemble de ces modifications sur les CIC a fait l'objet d'une concertation avec la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC).

S'agissant des mesures nouvelles 2009, il a été retenu un taux de 1,5% (correspondant aux mesures salariales générales et aux évolutions de charges extérieures), qui, appliqué aux parts fixe et modulable, a représenté un montant de 25,2 millions. Cette somme est affectée uniquement à la part modulable afin de renforcer l'impact des indicateurs constitutifs de la part modulable, et plus particulièrement aux volets « recherche » de cette part modulable (publications, recherche clinique, brevets/valorisation).

Pondération des différentes composantes de la part modulable

Il avait été annoncé en 2008 que le volet « brevets/valorisation » avait vocation à augmenter. En outre, il a été retenu pour 2009 un poids de 7,5% seulement de l'ensemble de la part modulable destinée à la recherche clinique.

Le tableau suivant résume, après intégration des mesures nouvelles 2007, 2008 et 2009, l'évolution des proportions de chaque volet de cette part modulable :

	2008	2009
Publications (SIGAPS)	64,2%	60%
Etudiants	33,9%	29%
Brevets, valorisation	1,9%	3,5%
Recherche clinique	-	7,5%

Schéma de transition

En 2007, il a été arbitré une montée en charge progressive du nouveau modèle : 15% de l'effet revenu en 2008, 35% en 2009, 65% en 2010, 100% en 2011. Ce schéma a été maintenu pour 2009 avec application d'un effet revenu de 35% hors mesures nouvelles. Des études sont actuellement en cours, à la demande des acteurs concernés, dans un but de meilleure visibilité, visant à accélérer dès 2010 la mise en œuvre de ce schéma cible, si nécessaire de façon progressive (coefficient de transition...).

Préparation de la réforme du financement des actes de biologie ou d'anatomopathologie hors nomenclature (BHN /PHN)

Depuis le démarrage de la T2A, il est identifié que les déclarations effectuées dans les retraitements comptables 2003 sous la rubrique « actes hors nomenclature » et ayant servi de base à la fixation des dotations à ce titre ne remplissaient pas tous les critères de fiabilité.

Dans un premier temps, pour 2009, dans le cadre du processus d'objectivation et d'homogénéisation des financements des BHN, il a été décidé de ramener les financements des actes hors nomenclature dans une fourchette comprise entre un minimum de 12% des charges de laboratoire et un maximum de 33% pour les CHU et de 40% pour les CLCC de ces mêmes charges.

Un groupe de travail de la conférence des DG de CHU a par ailleurs pris l'initiative, en toute transparence, de constituer une liste des actes en BHN et PHN en travaillant avec l'ensemble des sociétés savantes. Ce travail considérable piloté par le CHU de Montpellier, a permis d'aboutir à une liste d'actes aux libellés non ambigus et munis d'une cotation relative (par référence aux cotations en B d'actes de référence choisis dans la nomenclature des actes de biologie médicale NABM).

Cette grille de recueil sera utilisée à l'avenir pour comptabiliser les activités hors nomenclature de chaque établissement et permettra de juger de la pratique des établissements et de décider ensuite, en concertation avec les professionnels, des modalités de financement de ces actes dans le respect de l'enveloppe actuelle des BHN et laboratoires de génétique. Les établissements concernés doivent, depuis le 1^{er} janvier 2009, opérer ce recueil sur la base de cette grille de cotation. Il convient de souligner que cette liste ne constitue pas une nouvelle nomenclature mais est un outil permettant de financer ces actes en fonction de la nature et du volume d'actes produits et non plus seulement sur la base des déclarations des établissements issues des retraitements comptables.

Le financement des activités dites de recours exceptionnel

Dans le cadre des travaux engagés sur les MERRI et les activités de recours, les résultats des enquêtes effectuées auprès des établissements en 2008 ont permis de sélectionner les activités de recours exceptionnel retenues pour 2009 et pour lesquelles une enveloppe de 25 millions d'euros a été dégagée.

La circulaire tarifaire du 17 mars 2009 a rappelé que les activités de recours exceptionnels justifiant d'être rémunérées en sus des modalités tarifaires existantes, au moins temporairement, par la dotation nationale de financement des MIGAC, ne concernaient que les activités de soins avec hospitalisation techniquement complexes, portant sur des volumes limités de séjours et

réalisés par un faible nombre d'établissements. Les innovations en cours d'évaluation, pouvant par exemple faire l'objet d'un STIC ou d'autres types de procédure d'évaluation, sont donc hors champ, même si par ailleurs la question de la rémunération de ces activités peut se poser. Ainsi chaque année les activités retenues au titre des activités de recours exceptionnel évoluent en fonction des « sorties » de STIC (soutien aux techniques innovantes et coûteuses) et des « entrées » dans le champ tarifaire.

Ainsi, l'orthopédie septique, retenue en 2008 au titre du recours exceptionnel, mais ayant dorénavant des tarifs adaptés dans la V11 de la classification, n'est plus financée à ce titre en 2009.

Pour la campagne budgétaire 2009, les activités de soins retenues sont les suivantes :

- la chimiothérapie hyperthermique intra-péritonéale ;
- la chirurgie de l'hypertension artérielle pulmonaire (endartériectomie pulmonaire) ;
- la chirurgie des sarcomes ;
- la chirurgie des malformations cardiaques congénitales pédiatriques complexes ;
- la thermo-ablation tumorale par radiofréquence ;
- la chimio-embolisation ;
- la reconstruction du sein par lambeaux ;
- la curiethérapie pulsée gynécologique ;
- le cathétérisme cardiaque interventionnel pour affection congénitale ;
- la réanimation néonatale chez les nouveaux-nés de moins de 700g.
- l'assistance respiratoire extracorporelle en pédiatrie

❖ **Le rééquilibrage au titre des missions d'intérêt général à caractère régional (MIGCR)**

A la suite d'une première mission prospective auprès des ARH en 2006, des demandes de revalorisation avaient été présentées par ces dernières sans qu'elles puissent être objectivées. La fiabilisation des remontées d'informations et un recul sur trois années ont permis en 2008 de lancer des travaux en les limitant aux MIG à caractère régional afin d'objectiver d'éventuels déséquilibres entre régions dans les dotations allouées ramenées à la population régionale. Pour ces MIGCR, la patientèle utilise en effet avant tout l'offre régionale (exemples des SAMU ou des SMUR) et les notions d'attractivité des grands centres ou de flux interrégionaux sont peu prégnantes.

Les MIG à caractère national (type centre national de référence) ou à caractère interrégional (par exemple les CCLIN ou les centres anti-poisons), dont les financements sont liés à la répartition géographique des structures, ont donc été exclues de l'analyse. Ont également été exclues les MIG financées sur crédits non reconductibles à la suite d'appels à projets (PHRC, STIC, contrats EPST/établissements) les MIG dont le transfert vers les tarifs était envisagé pour 2009 ou 2010 (organes artificiels, certaines MIG rattachées au plan cancer) ainsi que celles sur lesquelles des travaux spécifiques sont menés par ailleurs (actes hors nomenclature et laboratoires de génétique).

Les MIG à caractère régional représentent un peu plus de 1,5 milliards d'euros soit 39% du total des MIG. Après concertation durant l'automne 2008 qui a conduit à revoir la liste initialement retenue, 34 missions, pour un total de 1 milliard d'euros, ont finalement été incluses et pour deux d'entre elles (SAMU et SMUR), la comparaison ne s'opère que sur une

quote-part (50%) des dotations des SAMU et des SMUR en raison des contextes locaux très variés insuffisamment pris en compte par le seul critère populationnel. Il a par ailleurs été tenu compte d'une majoration pour les DOM en raison du poids des dépenses de personnel dans les MIGCR.

Le critère populationnel, malgré ses limites, a été choisi pour les raisons exposées ci-dessus. Pour 2009, l'objectif est d'atténuer les écarts extrêmes : des transferts à hauteur de 7 millions d'euros sont opérés entre les six régions les plus sur-dotées (Champagne-Ardenne, Corse, Franche-Comté, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes) au profit des six régions les plus sous-dotées (Bretagne, Pays-de-Loire, Picardie, Guadeloupe, Martinique, Réunion). Ces transferts de crédits correspondent à 20% de l'effet revenu lié au rééquilibrage. Ce mouvement de rééquilibrage se poursuivra les années suivantes avec une actualisation annuelle des données.

❖ **Le rééquilibrage des marges de manœuvre régionales (volet aide à la contractualisation des MIGAC)**

On peut chiffrer à plus de 1,1 milliard d'euros (hors crédits hôpital 2007 et 2012) les marges de manœuvre dont les ARH disposaient fin 2008. Dans le cadre des travaux menés fin 2007 sur l'utilisation des marges de manœuvre régionale, les mesures nouvelles AC 2008 avaient été réparties sur la base de deux critères avec une pondération identique (50/50) :

- rééquilibrage des 12 régions dont les marges de manœuvre étaient les plus faibles (poids de la AC hors hôpital 2007 ramené au total des recettes MCO)
- aide aux restructurations avec une répartition selon un critère populationnel.

La Corse et les DOM avaient été traités séparément pour prendre en compte, d'une part des besoins d'aide à la contractualisation majorés du fait de l'isolement géographique et d'autre part de la nécessité de disposer d'un forfait minimum qui n'est pas atteint avec le critère populationnel lorsqu'il est appliqué dans des régions peu peuplées.

Pour 2009, il a été dégagé 100 millions d'euros de mesures nouvelles sur l'aide à la contractualisation qui ont été alloués aux ARH en crédits non reconductibles (ie répartition interrégionale revue chaque année), afin d'accompagner les établissements les plus impactés par la mise en œuvre de la campagne 2009 et notamment de l'ENCC-V11. Ces crédits ne viennent donc pas, au sens strict, abonder les marges de manœuvre à disposition des ARH.

Afin de répondre à la forte demande d'une plus grande objectivation dans la fixation des dotations MIGAC et notamment du volet AC de cette dotation, il a été procédé pour la première fois en 2009 à un redéploiement inter-régional des marges de manœuvre. Celui-ci a été opéré à hauteur de 3 millions d'euros des trois régions les mieux dotées (Limousin, Picardie et Haute Normandie) vers les trois régions les moins dotées (Bretagne, Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon). Un tel redéploiement sera de nouveau opéré en 2010.

La circulaire tarifaire du 17 mars 2009 a enfin rappelé aux ARH l'exigence de transparence dans l'attribution des marges de manœuvre et le fait que la qualité des remontées d'informations via l'outil ARBUST MIGAC constituait un des critères permettant d'atteindre cette nécessaire transparence. Il a donc été annoncé que le non respect de cette exigence et plus globalement de la doctrine d'utilisation de la dotation nationale MIGAC rappelée dans les précédentes circulaires tarifaires ainsi que dans le guide d'aide à la contractualisation sur

les MIGAC, pourrait donner lieu à une réfaction des marges de manœuvre régionale des régions concernées.

3. La dotation MIGAC, outil indispensable, pour accompagner les évolutions du mode de financement et celles issues de la loi HPST

Le passage à 100% T2A en 2008, le transfert de 740M€ de l'enveloppe tarifaire vers la dotation MIGAC en début de campagne 2009 dans le cadre des travaux sur la convergence, la publication de la loi HPST à l'été 2009 constituent autant d'évolution du modèle de financement qui impliquent de s'interroger sur la problématique de la dotation MIGAC et sur sa capacité, d'une part, à répondre à ces évolutions, d'autre part, à faire disparaître d'éventuelles niches d'improductivité, ce dernier point constituant l'un des principes fondamentaux au fondement de la T2A.

❖ Focus sur les conséquences sur la dotation MIGAC du passage à 100% T2A

Lors de la mise en œuvre de la T2A en 2005, des crédits (dits DAC 100%) étaient comptabilisés à part au sein de la DAC car ils devaient à terme sortir des budgets hospitaliers (au titre notamment des opérations de sincérité des comptes et des transferts liés à la décentralisation des écoles et aux transformations de lits de longue durée en EHPAD). Ces crédits n'étaient donc pas concernés par la diminution progressive de la DAC au rythme inverse de la progression de la part du budget des hôpitaux financée à l'activité.

Le passage à 100% T2A en 2008 a définitivement fait disparaître la dotation annuelle complémentaire (DAC). Comme il a été dit dans le précédent rapport, cette évolution plus rapide que prévue dans le schéma initial de la T2A a donc impliqué de transférer au sein de la dotation MIGAC le solde de ces crédits DAC 100%. La dotation MIGAC permet, depuis lors, un suivi de ces crédits et fait ainsi la preuve de sa capacité à assurer la transparence des financements.

❖ Focus sur le financement de la PDSH et de la précarité

Pour la PDSH et la précarité, la dotation MIGAC s'est naturellement révélé un outil efficace pour assurer le suivi des crédits retranchés de la masse tarifaire du public (et du privé pour la précarité) et pour les redéployer de la manière la plus efficiente possible entre les régions.

Ainsi, s'agissant de la PDSH, les moyens retranchés de la masse tarifaire régionale ont été réalloués à la région en leur fournissant l'impact du débasage sur chaque établissement et en leur demandant de réallouer un minimum de 90% de cet impact aux établissements, le solde de 10% pouvant être utilisé afin d'assurer une marge de manœuvre pour la mise en place du schéma cible régional d'organisation de la PDSH. Cette marge de manœuvre sera révisée les années suivantes, l'objectif à terme étant d'allouer les moyens exclusivement au profit des établissements supportant effectivement la charge de la PDSH, selon une organisation à contractualiser dans une perspective de recomposition des organisations actuelles en cohérence avec les SROS.

Le principe d'allocation de la dotation des MIGAC (contractualisation) se prête donc parfaitement à cet objectif et démontre la capacité de cette dotation à lutter contre les rentes de situation en complément à la pression en ce sens appliquée par les tarifs. La dotation MIGAC joue de plus ici pleinement son rôle d'outil de recomposition. Le principe de mise à la disposition des ARH d'un guide méthodologique sur l'organisation de la PDSH (et sur sa contractualisation) sur le modèle du guide général d'aide à la contractualisation sur les MIGAC a été repris et permet d'accompagner l'action des ARH sur cette MIG aux enjeux financiers importants.

S'agissant de la précarité, les crédits retranchés de la masse tarifaire globale ont été réalloués de manière ciblée aux seuls établissements prenant effectivement en charge le plus grand nombre de patients en situation de précarité, sur la base des marqueurs administratifs disponibles (CMU/CMUC, AME/AMESU). Là encore, la dotation MIGAC a démontré sa capacité à remplir un objectif d'allocation fléchée et de pilotage de cette politique.

Ces deux exemples montrent bien que la dotation MIGAC a su accompagner les enjeux de la convergence dans le respect des principes décrits supra :

- financement ou non dans la masse tarifaire afin de garantir la meilleure efficacité des moyens consacrés (le financement par la dotation MIGAC n'étant utilisé que si le financement par la masse tarifaire n'est pas possible immédiatement ou de façon pérenne) ;
- pilotage depuis le niveau national ou régional dans une logique de subsidiarité et de transfert progressif.

❖ Focus sur les conséquences de la loi HPST sur la dotation MIGAC

La loi HPST n'a pas modifié directement le système de financement des établissements MCO. Toutefois, les discussions au Parlement ont montré que l'un des points majeurs de son volet « établissements de santé », la prise en charge des missions de service public, pouvait impacter ce système.

La loi HPST crée en effet au sein du code de la santé publique les nouveaux articles L. 6112-1 à L. 6112-3. Ceux-ci listent 14 missions de service public (MSP) pouvant être prises en charge par les établissements de santé et indiquent que le CPOM précise les obligations auxquelles sont assujettis les gestionnaires de missions de service public ainsi que les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations. La question du vecteur de financement de ces missions de service public n'est pas tranchée par la loi mais est indirectement posée.

Pour résoudre cette question, il convient de constater que la liste des missions de service public (MSP) et des missions d'intérêt général (MIG) ne se recouvrent que partiellement : certaines MSP sont des MIG mais toutes les MSP ne sont pas des MIG (exemple des hospitalisations en soins palliatifs qui sont une MSP mais pas une MIG car elles sont financées par les tarifs relatifs aux GHS « groupes homogènes de séjours » de soins palliatifs) et toutes les MIG ne sont pas des MSP (exemple des consultations mémoires qui sont une MIG mais pas une MSP). Par ailleurs, toutes les MSP prises en charge par les établissements de santé ne relèvent pas obligatoirement d'un financement par l'assurance maladie (exemple des formations initiales paramédicales qui sont de la compétence des conseils régionaux et donc financées par ces derniers).

Les deux notions de missions de service public et de missions d'intérêt général n'étant pas identiques, le financement des premières par les MIG n'est donc pas systématique. Pour les MSP relevant d'un financement par l'assurance maladie et prises en charge par les établissements MCO qu'ils soient publics, privés ou privés d'intérêt collectif, leur financement doit d'abord être recherché dans le volet tarifaire de la réforme T2A et subsidiairement voire complémentarément par la dotation MIGAC uniquement si un financement par les tarifs est impossible (à titre transitoire ou définitif) ou insuffisant pour assurer une bonne prise en charge de la mission de service public. En ce sens, le débat du financement des MSP, ouvert à l'occasion de la loi HPST, montre que la performance du système de financement reste l'objectif recherché : le choix entre un financement par la part tarifaire ou par la dotation nationale MIGAC et entre un pilotage de ce financement par le niveau central ou par le niveau régional est avant tout guidé par cette notion.

Ceci étant, demeure pour les MSP financées partiellement ou totalement par la dotation MIGAC, la nécessité d'assurer la transparence et l'efficacité dans l'allocation du financement au travers du volet MIGAC du CPOM dont on a démontré dans le présent rapport que la dotation MIGAC constituait un outil permettant de les assurer.

4. Les dotations MIGAC sont allouées par les ARH aux établissements sur une base contractuelle : présentation du bilan de la contractualisation à fin 2008

Comme indiqué dans les précédents rapports au Parlement, l'évolution des dotations de financement des MIGAC des établissements relève juridiquement, depuis 2006, de la responsabilité des ARH. Les dispositions de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale précisent en effet que les engagements relatifs aux MIGAC sont mentionnés au CPOM ou à défaut dans un engagement contractuel ad hoc. En outre, le 3° de l'article D.6114-2 du code de la santé publique relatif au contenu des CPOM (dans sa rédaction issue du décret n°2006-1332 du 02 novembre 2006) précise que ces derniers déterminent « *les missions d'intérêt général et les activités de soins dispensées à des populations spécifiques mentionnées à l'article L.162-22-13 du code de la santé publique, assurées par l'établissement de santé, en précisant les conditions de leur exécution et les modalités de leur évaluation* ». Les dotations de financement des MIGAC sont donc définies contractuellement par les ARH après négociation avec les établissements et intègrent par exemple chaque année leur quote-part d'évolution de l'ONDAM.

Il ne sera pas présenté ici le processus de contractualisation qui a été précisément décrit dans le rapport 2007. Il est simplement rappelé qu'afin d'aider les ARH dans cette phase de contractualisation et dans les travaux annuels de mise à jour de l'avenant MIGAC du CPOM, ces dernières disposent d'un guide d'aide à la contractualisation sur les MIGAC, mis à jour annuellement, qui a également été transmis aux établissements par l'intermédiaire de leurs fédérations.

Le présent rapport est toutefois l'occasion de présenter les résultats de l'enquête menée début 2009 par le ministère afin d'évaluer la politique de contractualisation des MIGAC par les ARH. Ce bilan était nécessaire après quatre années complètes d'existence de la dotation

MIGAC et alors que l'année 2008 a été marquée par le passage à un financement à 100% T2A.

❖ Un bilan de la contractualisation à fin 2008 globalement positif mais demeurant contrasté selon les régions

Les ARH devaient contractualiser sur les MIGAC au plus tard le 31 mars 2007 et, pour les ARH les moins avancées, un délai supplémentaire avait été laissé jusqu'à fin 2008. Afin de dresser un bilan de cette contractualisation en prévision de la mise en place des ARS, une enquête a été menée par le ministère (DHOS) au premier trimestre 2009. La présente enquête montre qu'à fin 2008, 15 ARH avaient contractualisé avec l'ensemble des établissements de santé de leur région. Parmi les 10 ARH qui n'avaient pas encore finalisé cette contractualisation, 9 se sont fixés pour objectif de contractualiser d'ici fin 2009 avec tous les établissements concernés par un financement par la dotation MIGAC, la dernière s'étant fixée comme objectif l'année 2010. Globalement, les ARH ont largement utilisé comme telles les marges de manœuvre régionales qui leur ont été allouées.

23 ARH ont utilisé le guide d'aide à la contractualisation (les documents les plus utilisés sont les modélisations et calibrages de financement). On peut noter que les fiches développées par certaines régions (Pays de la Loire notamment) qui avaient été diffusées par le ministère début 2008 dans le cadre d'une démarche d'échanges et de partages d'expérience, ont été souvent utilisées (en complément des fiches du guide) par les régions qui débutaient alors leur travail de contractualisation. 14 ARH ont construit des référentiels de valorisation pour certaines MIG, propres à leur région. 10 ARH ont associé les responsables médicaux des MIG à la construction de ces référentiels.

Ces deux derniers chiffres, complétés par la lecture de la description détaillée de la démarche de contractualisation effectuée par les ARH, montrent un engagement certain de ces dernières dans cette démarche malgré l'hétérogénéité des dynamiques de réalisation. Les régions très impliquées ont joué un rôle d'entraînement qu'il convient de souligner.

Préalablement à l'attribution des crédits MIGAC, la majorité des ARH a procédé à une phase de diagnostic :

-au titre de l'estimation des besoins régionaux en MIG pour 17 ARH (indicateurs environnementaux, offre de soins, démographie médicale...).

-au niveau de l'offre MIG proposée par les établissements pour 20 ARH (capacité financière de l'établissement à assumer la gestion de la MIG, cohérence du projet médical, SROS...).

Les priorités régionales en matière de MIGAC lors de ce diagnostic ont logiquement tenu compte des priorités définies dans le SROS (le volet aide médicale urgente du SROS est ainsi quasi systématiquement cité). Les autres objectifs généralement poursuivis étaient d'assurer une répartition plus équitable des dotations MIGAC entre établissements et au sein de ceux-ci entre MIG, d'améliorer la qualité et l'accès aux soins, de soutenir via l'AC les efforts d'adaptation et de restructuration des établissements et notamment leur retour à l'équilibre financier. Enfin, beaucoup de régions ont cité la mise en œuvre des plans de santé publique comme une priorité régionale, illustration du fait que ces plans sont souvent financés par la dotation MIGAC.

Les ARH n'ont majoritairement pas pris d'engagements financiers pluriannuels sur les MERRI variables (72 %) et sur les MIG (60 %) conformément à ce que leur demandait le ministère. Pour l'AC, les engagements financiers sont pluriannuels pour 28 % des ARH, partiellement pluriannuels pour 48 % d'entre elles et pour 24 % sont systématiquement alloués en non reconductible.

Les ARH justifient ces engagements financiers pluriannuels par le fait qu'ils permettent d'échelonner dans le temps l'allocation des crédits en fonction du calendrier de mise en œuvre des projets et que certaines dépenses sont pérennes : soutien à l'investissement (notamment au titre des engagements pris avant 2007), aide au retour à l'équilibre, aide au démarrage d'activité nouvelle. Sur l'AC, si on exclut les aides en investissement, les financements sont généralement alloués en non reconductible. On note toutefois qu'à compter de 2008, date à laquelle le ministère a clairement réaffirmé le principe d'une allocation en non reconductible en particulier pour l'aide à la contractualisation, les ARH ont clairement modifié leurs pratiques puisque 93% des crédits AC alloués en mesures nouvelles l'ont été en non reconductible. S'agissant des missions d'intérêt général, ce taux s'établit en 2008 à 67,2% des crédits MIG alloués en mesures nouvelles

60 % des ARH demandent aux établissements pour chaque MIG des engagements précis d'activité et 68 % en demandent au niveau de la qualité. Ces engagements concernent pratiquement chaque MIG. Les autres ne demandent pas systématiquement de tels engagements ce qui représente malgré tout près de 40% des ARH.

S'agissant de la politique de communication menée par les ARH, comme il leur avait été conseillé, la très grande majorité ont informé de leur politique régionale en matière de contractualisation sur les MIGAC, la Commission Exécutive « COMEX » (92 %), les fédérations (88 %) et les établissements (92%). Les ARH ont ainsi assuré la transparence et la lisibilité par tous les acteurs régionaux des activités financées par la dotation MIGAC. Une amélioration de la communication à destination du corps médical apparaît toutefois nécessaire.

S'agissant enfin des modalités de suivi des avenants MIGAC, les ARH ont généralement mis en place des procédures pour vérifier le bon usage, par les établissements, des moyens alloués.

72 % des ARH réalisent cette vérification mission par mission et mettent à jour annuellement l'avenant, y compris parmi celles qui n'ont pas finalisé tout le processus, ce qui signifie que, dans ce cas, seuls les montants alloués sont mis à jour.

Les ARH ont donc globalement respecté les principes édictés par le ministère en matière de gestion des MIGAC.

Des efforts sont à poursuivre sur les points suivants et donneront lieu à un suivi particulier :

- Accentuer les redéploiements inter établissements effectués par seulement 40 % des ARH, contre 68% pour les redéploiements intra-établissement (entre MIG) et 68% pour les redéploiements entre MIG et AC.
- Généraliser lorsque cela est possible les procédures d'appel d'offre et d'appels à candidature : 11 ARH (44 %) seulement ont lancé un appel à candidature ou un appel à projet pour sélectionner les établissements de santé gestionnaires de certaines MIG.
- Mieux informer le corps médical qui doit être considéré comme un partenaire indispensable à la contractualisation. En effet, 28 % des ARH seulement ont associé les responsables médicaux des MIG à la négociation de l'avenant MIG pour leur

établissement. Ce chiffre faible explique certains retours critiques de la communauté médicale sur les MIGAC, retours souvent liés à ce qui est perçu comme de l'opacité dans les relations ARH-établissement sur le dossier MIGAC.

- Limiter au minimum le recours à des engagements financiers pluriannuels

Conclusion 1ère partie :

La politique nationale de pilotage de l'action des ARH en matière de MIGAC décrite ci-dessus implique pour ces dernières de revoir les financements historiquement alloués. Elles les comparent avec ce qui est pratiqué par d'autres régions et avec les modélisations de financement. Ayant à disposition des comparaisons interrégionales et ces modélisations, les ARH sont ainsi à même de justifier, le cas échéant, le non respect de ces dernières.

La politique de contractualisation mise en place sur les MIGAC permet ainsi de mettre en œuvre des politiques de santé publique lorsque le choix d'un financement par les MIGAC est apparu le plus approprié. Cela permet également d'orienter l'action des ARH (et demain des ARS) y compris lorsqu'il n'a pas été possible de « normer » la MIG, notamment pour veiller à la meilleure équité de traitement possible entre les régions.

2^{ème} PARTIE :

La progression en 2008-2009 de la dotation MIGAC traduit l'équilibre nouveau entre ressources allouées par la part tarifaire et celles allouées en MIGAC. Elle est liée à la délégation de mesures nouvelles (relevant notamment de plans de santé publique) et à la poursuite du renforcement des enveloppes régionales de contractualisation

1. Les données chiffrées 2008 et de mi-campagne 2009

Un rythme de progression moins soutenu de l'objectif national

La dotation nationale de financement des MIGAC a été fixée début 2008 à hauteur de 6,609 milliards d'euros soit une progression de 6,1 % par rapport à 2007. Si ce taux reste important, il est inférieur aux taux d'évolution de la dotation nationale MIGAC pour 2005 (15,4 %), 2006 (11,3 %) et 2007 (9,7%). (cf. tableau 1 en annexe)

Pour 2009, la dotation nationale MIGAC a été fixée à 7,694 milliards d'euros soit une progression de 4,7 % par rapport à la base 2009 (qui intègre les mesures nouvelles reconductibles 2008) (cf. tableau 1A en annexe). En l'espace de quatre années, la décélération du rythme de progression est donc notable.

Les tableaux 1 et 1A montrent par ailleurs une progression conforme aux évolutions du modèle de financement du poids de la dotation MIGAC au sein de l'ONDAM hospitalier puisque ce poids est passé de 8,2 % en 2005 à 8,9% en 2006, 9,3 % pour 2007 et 9,9% en 2008 soit une progression de 0,6 point par rapport à 2007.

Pour 2009, ce taux s'établit à 11,2 % soit une progression de 1,3 point par rapport à 2008. Cette évolution s'explique par le transfert de 733M€ de la part tarifaire vers la dotation MIGAC au titre, d'une part, du financement de la permanence des soins hospitalière (PDSH) pour 633M€, d'autre part, du financement de la prise en charge des patients en situation de précarité pour 100M€

L'objectif national 2008 a été respecté

Les délégations de crédits MIGAC aux ARH se sont établies pour 2008 à 6,608 milliards d'euros (cf. tableau 2 en annexe). En valeur absolue, les mesures nouvelles se sont établies à 702 M€ Les crédits MIGAC délégués aux ARH ont progressé de 11,9 % en 2008 (crédits délégués par rapport à la base de reconduction) contre 15% en 2007 et de 10,1 % par rapport à 2006 (contre 8 % entre 2007 et 2006).

A mi-campagne 2009 (cf. tableau 2A en annexe), les délégations de crédits s'établissent à 7,213 milliards d'euros, en progression de 8,6 % par rapport à fin 2008 pour une dotation nationale fixée à 7,694 milliards d'euros. L'objectif poursuivi est une délégation des mesures

nouvelles dès le début de campagne, offrant ainsi une plus grande visibilité aux ARH et aux établissements. Le taux de délégation atteint ainsi 69 % dès la première circulaire.

On notera également que le service de santé des armées (SSA) qui est passé sous T2A lors de la campagne 2009, bénéficie pour la première année en 2009 d'une dotation MIGAC à hauteur de 40,2M€ en progression de 9M€ par rapport à la base 2009 déterminée lors des travaux préparatoires de décomposition des bases du SSA.

Les ARH ont globalement respecté les délégations régionales des crédits MIGAC

Le tableau 3 en annexe montre un taux de réalisation de campagne 2008 par les ARH à hauteur de 99,93 % (contre 99,81 % en 2007) : sur les 6,608 milliards d'euros délégués aux ARH dans le cadre des trois circulaires 2008, ces dernières ont délégué aux établissements un total de 6,604 milliards d'euros.

L'analyse détaillée des réalisations régionales figure dans le tableau 3A. Pour un taux de réalisation moyen à 99,93%, celui-ci varie de 93,89 % en Haute Normandie à 101,86% en Franche-Comté. Comme les années précédentes, des transferts entre les dotations DAF/DAF-USLD/MIGAC ont été effectués à l'initiative des ARH (colonnes autres). Dans le cadre d'une gestion pragmatique des dotations, une certaine souplesse est en effet laissée aux ARH dans la gestion de leurs enveloppes. Des transferts limités et justifiés entre enveloppes sont acceptés sous réserve que le total des délégations d'enveloppes aux ARH soit strictement respecté par ces dernières. La lecture du tableau 3A montre que les transferts se sont surtout concentrés entre les dotations DAF et MIGAC globalement au profit de la première. Les montants réellement non consommés sont très faibles et s'établissent à 1,9M€ dont 1,2M€ pour la seule région Basse-Normandie.

Les dotations régionales MIGAC 2008 reflètent la poursuite de la politique nationale de rééquilibrage en faveur des DOM

La comparaison entre les dotations régionales finales 2008 et les bases 2008 (cf. tableau 2 en annexe) montre une évolution de +11,9 % des dotations se répartissant entre +11,7 % pour la métropole et +18,1 % pour les DOM ce qui illustre l'effort de rééquilibrage au profit de ces derniers. Entre le début et la fin de campagne 2008 (cf. tableau 4), le poids relatif des DOM est passé de 3,39 % à 3,58 % du total des dotations régionales MIGAC soit une progression non négligeable. S'agissant des régions métropolitaines hors Corse (+54,4 %), les taux de variation de campagne 2008 varient de +7,5% pour le Limousin à +20,8 % pour la région Languedoc-Roussillon soit une différence de 13,3 points (contre 11,1 points en 2007, 13 points en 2006 et 20 points en 2005) illustrant les rééquilibrages interrégionaux dans la répartition des mesures nouvelles.

Les évolutions en pourcentage doivent toutefois être corrigées par une analyse des variations en valeur absolue qui s'établissent à +702,1M€ (cf. tableau 2 en annexe). Il apparaît que le rapport entre le poids régional des établissements de santé dans l'offre nationale est globalement respecté, les plus grandes régions d'offre sanitaire et de potentiel de recherche ayant bénéficié des variations les plus importantes (Ile-de-France + 150,3 M€; PACA +50,6 M€; Rhône-Alpes + 56,4 M€; Nord Pas de Calais + 40,9 M€; Languedoc-Roussillon +38,2 M€ ces 5 régions représentant près de 50 % de la variation globale).

Le poids relatif de chaque région dans le total des MIGAC entre le début et la fin de campagne figure en annexe (tableau 4). Ces poids sont restés globalement stables. Le rééquilibrage au profit des DOM et de certaines régions métropolitaines (exemple de la Corse dans le cadre de la répartition des mesures nouvelles 2008 au titre de l'aide à la contractualisation) se poursuit toutefois au détriment de l'Ile-de-France (hors AP-HP) et de Rhône-Alpes, dont les poids relatifs diminuent. Ces deux dernières régions prises globalement (y compris l'AP-HP), après deux années de diminution de leur poids relatif, reviennent globalement à leur poids de 2005 (35,1%) contre 34,4 % en 2007 et 34,9 % en 2006 du total des dotations, notamment grâce au renforcement en 2008 du poids de l'AP-HP (établissement gagnant à la réforme du financement des MERRI), ce qui illustre l'élément déjà connu de la prééminence de leur potentiel de recherche et le rôle de recours exercé par leurs établissements.

Les établissements de santé privés bénéficient d'une part croissante de crédits MIGAC

(NB : Il convient d'entendre ici par établissements de santé privés, les établissements privés antérieurement sous objectif quantifié national)

Le tableau 5 en annexe retrace les délégations de crédits par les ARH aux établissements sous la rubrique MIGAC. Celles-ci s'élèvent à 6,539 milliards d'euros pour les établissements publics et participant au service public hospitalier et 64,8 M€ (contre 53,17 M€ en 2007, 37,24 M€ en 2006 et 18,68 M€ en 2005) pour les établissements privés. Le poids des établissements privés dans les dotations régionales MIGAC s'établit à 1% en 2008 contre 0,9% en 2007, 0,7 % en 2006 et 0,4 % en 2005 et varie pour la métropole de 0,4 % à 3,1 % selon les régions. Ce faible poids (en progression toutefois constante depuis 2005) ne doit pas surprendre dans la mesure où la notion même de MIGAC (MERRI et missions d'intérêt général en particulier) correspond majoritairement à des missions non prises en charge par les établissements privés. En valeur absolue, les montants par région alloués aux établissements privés sont globalement faibles, ce montant dépassant le million d'euros dans seize régions.

Les tableaux dans le document annexé au présent rapport et détaillant les dotations par établissement montrent que les établissements ex-OQN bénéficient à la fois de crédits AC et de crédits MIG.

L'évolution des dotations régionales 2008 reflète les délégations de mesures nouvelles et la poursuite de la politique d'enveloppes régionales de contractualisation.

S'agissant des bases 2008, elles ont été re-calibrées afin de tenir compte de l'exécution 2007 et s'établissent à 5,905 milliards d'euros. Ont notamment été retirés les crédits alloués en 2007 à titre non reconductible par le niveau national. Comme l'ensemble des autres dotations régionales, les dotations MIGAC ont participé à l'effort global d'économies de la campagne tarifaire 2008 à hauteur de 35,2 M€. Par ailleurs, comme cela a été décrit dans le rapport précédent, les bases régionales MIGAC 2008 intègrent le solde de l'ex-DAC 100 (pour un total de 235,41 M€) transférés en MIGAC lors du passage à 100% T2A en début de campagne 2008.

S'agissant des « mesures nouvelles » (pour un total de 702,1 M€) abondant la dotation 2008, les grandes rubriques sont les suivantes :

Mesures nouvelles figurant dans la circulaire du 03 mars 2008 (+320,8 M€) :

- participation au plan d'économies assurance maladie: -35,2 M€;

- mesures en faveur des personnels : 37,3 M€;
- enveloppes régionales de contractualisation : 82,5 M€;
- soutien aux établissements privés ex-DG : 19 M€;
- CPOM AP-HP : 14,2 M€;
- PHRC et STIC : 44 M€;
- plan cancer : 8,1 M€;
- plan addictologie et tabacologie : 5,9 M€;
- plan urgences : 21,9 M€;
- plan périnatalité : 2,3 M€;
- plan maladies rares : 4,9 M€;
- plan douleur : 1,9 M€;
- programme de lutte contre la maladie d'Alzheimer : 15,1 M€;
- soins palliatifs : 4,8 M€;
- santé des personnes détenues : 2,9 M€;
- rattrapage Outre-mer : 7,9 M€;
- médicaments sous ATU : 10,2 M€;
- diverses mesures de santé publique et autres MIG : 4,3 M€;
- mesures ponctuelles : 46,8 M€;
- effet-prix : 22 M€

Mesures nouvelles figurant dans la circulaire du 08 août 2008 (+141,7 M€) :

- PHRC et STIC : 48 M€ dont 7,8 M€ au titre du plan cancer ;
- mesures en faveur des personnels : 27,4 M€;
- plan cancer : 1,5 M€;
- plan périnatalité : 1 M€;
- éducation thérapeutique : 6,6 M€;
- MERRI (financement d'activité dite de recours exceptionnel) : 9 M€;
- médicaments sous ATU : 4,8 M€;
- diverses mesures de santé publique et autres MIG : 37 M€;
- mesures ponctuelles : 6,4 M€

Mesures nouvelles figurant dans la circulaire du 08 décembre 2008 (+218,8 M€) :

- augmentation quota internes : 60,2 M€;
- mesures en faveur des personnels : 13,1 M€;
- accompagnements plans de retour à l'équilibre (enveloppes régionales de contractualisation) : 65,9 M€;
- plan Hôpital 2012 : 16,1 M€;
- plan cancer : 0,4 M€;
- Interventions SDIS : 16,6 M€;
- programme de lutte contre la maladie d'Alzheimer : 0,3 M€;
- médicaments sous ATU : 8,2 M€;
- diverses mesures de santé publique et autres MIG : 3,9 M€;
- mesures ponctuelles : 34,1 M€

Mesures nouvelles déléguées après la troisième circulaire (+20,8 M€) :

- mesures ponctuelles : 20,8 M€

Comme les années passées, près de 60% de l'évolution en 2008 des dotations régionales MIGAC 2008 s'expliquent par quatre grandes catégories de mesures nouvelles :

- le financement de mesures relevant de plans et programmes de santé publique (plan cancer, plan urgences, plan périnatalité, plan santé mentale, plan maladies rares, plan Alzheimer, plan de lutte contre la douleur, programme de développement des soins palliatifs, plan addictologie, prise en charge de la santé des personnes détenues) : 78,8M€(contre 144,7 M€en 2007) soit 11,2% (contre 18,5 % en 2007) du total des mesures nouvelles MIGAC 2008 ; ce chiffre doit être comparé au montant total engagé en 2008 au titre de ces plans et programmes de santé publique 390M€(contre 450 M€ en 2007) et qui montre que leur mise en œuvre en 2008, outre une décélération du montant global, a largement privilégié l'outil tarifaire ;
- les mesures relatives aux personnels (138 M€ soit 19,6 % du total) qui retracent notamment la quote-part dans la dotation MIGAC des mesures salariales générales (36,1 M€) et des protocoles et autres mesures ciblées (postes d'assistants spécialistes, augmentation du quota d'internes...) ;
- les premières délégations au titre du plan Hôpital 2012 (16,1 M€soit 2,3 % du total) qui relèvent du volet AC de la dotation MIGAC ;
- la poursuite du renforcement des marges de manœuvre des ARH au travers du renforcement des enveloppes régionales d'aide à la contractualisation imputées sur la partie AC des MIGAC (cf. avant-propos) ; le développement de cette politique d'enveloppes régionales de contractualisation a ainsi représenté 23,8 % du total des variations de campagne 2008.

Focus sur les délégations régionales MIGAC à mi-campagne 2009

Les bases s'établissent à 6,153 milliards d'euros. Comme l'ensemble des autres dotations régionales, un effort d'économie a été demandé à hauteur de 29,9 M€aux établissements au titre de leurs missions d'intérêt général.

Comme lors des campagnes précédentes, l'objectif a été de déléguer dès le début de la campagne la majeure partie des mesures nouvelles financées par la dotation MIGAC. Dans ce cadre, la première circulaire tarifaire du 17 mars 2009 demande aux ARH d'arrêter dès le début de l'année à un niveau suffisant les dotations MIGAC allouées aux établissements afin de permettre à ces derniers d'assurer leur activité prévisible sur ces missions dans les meilleures conditions.

S'agissant des mesures nouvelles déléguées à mi-campagne 2009, les grandes rubriques sont les suivantes :

Mesures nouvelles figurant dans la circulaire du 17 mars 2009 (+1063,2 M€) :

- participation au plan d'économies assurance maladie: -29,9 M€;
- mesures salariales générales et effet prix : 81,3M€
- mesures en faveur des personnels : 1,6 M€;
- accompagnement des effets revenus de la campagne 2009 : 66 M€;
- soutien aux établissements privés ex-DG : 13 M€;
- CPOM AP-HP : 17,7 M€;
- PHRC et STIC : 60,7 M€;
- Réforme du financement des MERRI (recours,...) : 45,7 M€;
- plan addictologie: 9,7 M€;
- plan urgences et complément au plan urgences : 14,7 M€;

- programme maisons des adolescents : 1,4 M€;
- plan douleur : 1 M€;
- programme de lutte contre la maladie d'Alzheimer : 5,7 M€;
- soins palliatifs : 7 M€;
- santé des personnes détenues : 6,8 M€;
- précarité (transfert depuis la part tarifaire) : 100 M€;
- PDSH (transfert depuis la part tarifaire) : 639,7 M€ dont 6,7M€ au titre du SSA
- médicaments sous ATU : 8,5 M€;
- diverses mesures de santé publique et autres MIG : 0,7 M€;
- mesures ponctuelles : 11,9 M€;

Cette progression de plus d'1 milliard d'euros des dotations régionales s'expliquent comme il a été dit supra par le passage dans la dotation MIGAC du financement de la prise en charge des patients en situation de précarité et par le financement de la permanence des soins hospitalière.

Si on neutralise ces deux nouvelles MIG, les justifications des évolutions 2009 s'inscrivent dans la continuité des années passées. On retrouve trois grandes catégories expliquant plus de 60% des évolutions : plans de santé publique (12,2 % du total des mesures nouvelles à mi-campagne), mesures de reconduction correspondant aux mesures salariales générales et à la prise en compte de l'effet-prix (inflation) (25,1 % du total hors précarité et PDSH), enveloppes de contractualisation (24,4 % du total). A noter toutefois s'agissant de cette dernière rubrique que les mesures nouvelles d'aide à la contractualisation sont allouées aux ARH en non reconductible de manière à pouvoir être réutilisées à d'autres priorités dans les campagnes futures. Comme cela avait été annoncé dès 2007, le ministère considère que les marges de manœuvre régionales ont atteint un niveau suffisant et que les moyens nouveaux alloués aux régions ne doivent l'être qu'en non reconductible.

Les dotations déléguées par les ARH aux établissements pour chaque MIG et par grande catégorie de AC

NB : L'outil ARBUST-MIGAC permet le suivi, pour l'ensemble des établissements de santé, des ressources allouées par les ARH dans le cadre des missions d'intérêt général, mission par mission.

En 2008, les grandes masses sont les suivantes (cf. série de tableaux 7) :

MERRI

- au titre des MERRI fixes : 1,618 milliard d'euros (cf. tableau 7) ;
- au titre de la recherche médicale et de l'innovation : 218,9 M€ dont 45,5 M€ pour les centres d'investigation cliniques (CIC) et 75,8 M€ pour les programmes hospitaliers de recherche clinique (cf. tableau 7A) ;
- au titre des missions d'enseignement, d'expertise, de référence et de recours : 200,1 M€ dont 113 M€ pour les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares (cf. tableau 7B) ;
- au titre des activités innovantes et expérimentales : 425 M€ dont 236,8 M€ au titre des actes hors nomenclature et 99 M€ pour le financement de laboratoires de génétique (cf. tableau 7C).

Autres missions d'intérêt général :

- au titre des missions de veille et de vigilance : 86,9 M€ dont 41,1 M€ au titre des centres de coordination des soins en cancérologie (cf. tableau 7D) ;
- au titre de la prise en charge par des équipes pluri-disciplinaires : 194 M€ dont 101,9 M€ pour les équipes mobiles de soins palliatifs et 49,6 M€ pour les équipes mobiles de gériatrie (cf. tableau 7E) ;
- au titre des activités relatives aux produits d'origine humaine non couvertes par les tarifs : 21,1 M€ dont 14,9 M€ dans le cadre de la conservation des gamètes et des embryons (cf. tableau 7F) ;
- au titre de prises en charge spécifiques : 461,2 M€ dont 36,8 M€ au titre de la permanence d'accès aux soins ; 17,6 M€ pour les CDAG ; 66,2 M€ finançant des actions de prévention et d'éducation pour la santé ; 65,7 M€ au titre du dispositif d'annonce et de concertation pluri-disciplinaire dans le cadre du plan cancer (cf. tableau 7G) ;
- au titre de l'aide médicale urgente : 829,5 M€ dont 203,4 M€ pour les SAMU et 625,9 M€ pour les SMUR (cf. tableau 7H) ;
- au titre de la définition et de la mise en œuvre des politiques publiques dans le secteur hospitalier : 25 M€ (cf. tableau 7 I) ;
- au titre des soins aux détenus et aux femmes enceintes: 192,3 M€ dont 142,5 M€ au titre des UCSA (unités de consultations et de soins ambulatoires) (cf. tableau 7J).

2. Focus sur l'aide à la contractualisation (AC):

Les délégations de crédits d'aide à la contractualisation aux établissements ont progressé de 23% entre 2007 et 2008 (contre +27% entre 2006 et 2007) passant de 1,9 milliard à plus de 2,3 milliard d'euros. Comme indiqué dans les précédents rapports, la campagne 2006 a introduit une nouvelle orientation à l'aide à la contractualisation, par la volonté de développer les marges de manœuvre des ARH au travers d'enveloppes régionales d'aide à la contractualisation, identifiées dans la AC.

En 2006, cette enveloppe s'établissait à 143M€ Elle a été complétée en 2007 par une enveloppe de 81 M€ dont 9,9 M€ notifiés en non reconductible. En 2008 cet effort s'est poursuivi avec une enveloppe de 82,5 M€ (hors AP-HP). La moitié de l'abondement 2008 a été allouée au prorata de la population et l'autre moitié aux douze régions dont les marges de manœuvre sont les plus faibles proportionnellement aux ressources MCO. De plus, des moyens supplémentaires ont été attribués aux départements d'outre-mer. Une aide exceptionnelle de 19 M€ attribuée en non reconductible a par ailleurs été déléguée pour accompagner les établissements de santé privés antérieurement financés par dotation globale dans leurs efforts de retour à l'équilibre. Enfin l'accompagnement des plans de retour à l'équilibre des établissements de santé s'est élevé à hauteur de 65,9M€ alloués en non reconductible.

Ainsi, depuis 2006, l'évolution de l'ONDAM a permis de dégager plus de 300 M€ de mesures nouvelles au titre de la marge de manœuvre régionale. Ces moyens s'ajoutent aux crédits déjà en AC avant 2006 et donnent un potentiel de 2,3 milliard d'euros à fin 2008.

L'enveloppe d'aide à la contractualisation est un élément indispensable d'accompagnement de la tarification à l'activité.

En raison du caractère nécessairement souple de la définition de l'aide à la contractualisation, les motifs d'utilisation de la AC sont très variables mais se regroupent au sein des six grandes catégories suivantes (ventilation hors Guyane) :

- l'investissement représente en moyenne 41,5% en 2008 (contre 45,2 % en 2007 et 50,8 % en 2006) des crédits AC (soit 961,3 M€ contre 889,8 M€ en 2007 soit une progression de +8%) ; l'évolution du poids de l'investissement dans le total AC montre la diminution régulière du poids de l'investissement dans l'aide à la contractualisation, effet logique de la progression des marges de manœuvre régionales ; ces crédits se répartissent à part égale entre d'une part le plan Hôpital 2007, d'autre part, les soutiens régionaux à l'investissement ;
- restructuration et accompagnement des établissements déficitaires dans le cadre de contrats de retour à l'équilibre : 23,5% en 2008 (contre 22,4 % en 2007 et 24,2 % en 2006) du total AC (soit 545,2 M€ contre 425,8 M€ en 2007 soit une progression de +28%) ; plus de la moitié de ces crédits sont alloués aux établissements sous plan de retour à l'équilibre ; 38% à des établissements déficitaires hors PRE ; la priorité donnée au retour à l'équilibre des établissements de santé trouve son illustration dans ces chiffres
- développement d'activité : 5,1% en 2008 (contre 7,8 % en 2007 et 8,7 % en 2006) du total AC (soit 126,1 M€ contre 158,3 M€ en 2007 soit une réduction de -20%) ; plus d'un tiers de ces crédits sont alloués pour le soutien des activités d'obstétrique et de périnatalité ; 13% pour le développement des urgences ;
- renforcement des moyens de l'offre existante : 7,4% en 2008 (contre 6,8 % en 2007 et 7 % en 2006) du total AC (soit 171,1 M€ contre 146,8 M€ en 2007 soit une progression de +16,6%) ;
- maintien d'une activité déficitaire dans le SROS : 1,6% en 2008 (contre 2,4 % en 2007 et 2,2 % en 2006) du total AC (soit 38,1 M€ contre 45,6 M€ en 2007 soit une diminution de -16,6%) ;
- autres : 20,9% en 2008 (contre 15,1 % en 2007 et 7,1 % en 2006) du total AC (soit 485,2 M€ contre 436,8 M€ en 2007 soit une progression de 11,1%), certaines régions ayant imputé les aides au titre l'accompagnement des établissements déficitaires sur cette rubrique.

Les montants par établissement par grande catégorie d'aide à la contractualisation figurent dans le document annexé au présent rapport.

La répartition des délégations de crédits MIGAG entre missions d'intérêt général et aide à la contractualisation figure dans le tableau 6 en annexe et montre que l'aide à la contractualisation représente 35,3% (contre 36,7 % en 2007 et 32,8% en 2006) du total des crédits MIGAC. La part des crédits AC est logiquement plus importante dans les DOM (54,8% contre 34,5 % en métropole) en raison de l'imputation sur ces crédits des aides ciblées de 2005 à 2007 au titre du rattrapage DOM. En métropole, la part des crédits AC dans le total MIGAC varie (hors AP-HP) de 30% en Aquitaine à 53 % en Ile de France.

Les crédits alloués en mesures nouvelles en 2007 l'ont été majoritairement à titre non reconductible (à hauteur de 55,9 %) avec des taux variant de 29,2 % en Poitou-Charentes à 79,2 % en Corse.

Bilan et perspectives d'évolution de l'enveloppe d'aide à la contractualisation

L'enveloppe d'aide à la contractualisation est un élément indispensable au fonctionnement du secteur sous T2A. Elle n'est d'ailleurs remise en cause par aucun acteur. Son renforcement entre 2006 et 2008 était justifié. L'objectif n'était toutefois pas d'augmenter sans limite l'enveloppe d'aide à la contractualisation à la main des ARH dans la mesure où la T2A, dans le cadre d'un dialogue entre tutelles et établissements, doit permettre à ces derniers de procéder aux adaptations nécessaires sur la structure de leur activité et de leurs dépenses. Toutefois, ces adaptations prennent du temps et, dans ce contexte, l'aide à la contractualisation doit être considérée comme une aide temporaire qui, pour être efficace, doit atteindre un niveau minimal.

L'objectif de l'aide à la contractualisation est bien de responsabiliser les ARH sur l'efficience des crédits alloués. Le bilan mené début 2009 a montré que l'aide à la contractualisation était dorénavant largement allouée en non reconductible par les ARH et donc redéployable chaque année. Les montants actuels apparaissent suffisants : c'est pourquoi, les crédits alloués en 2009 aux ARH pour accompagner les effets revenus liés aux modifications introduites dans le modèle de financement le sont en non reconductibles. Il n'est pas prévu de ré abonder les enveloppes régionales d'aide à la contractualisation en crédits reconductibles en 2010 mais de poursuivre la politique de redéploiements inter régionaux.

Conclusion :

La dotation nationale de financement des MIGAC a montré sa justification dans le cadre de la réforme de la T2A, tant sur le volet MIG que sur le volet aide à la contractualisation. Après une phase d'adaptation et de stabilisation, elle est aujourd'hui allouée avec plus de transparence et d'efficacité et permet d'accompagner les évolutions du modèle.

S'agissant du financement de la recherche par les MERRI, lorsque la réforme en cours aura déployé tous ses effets, une nouvelle phase devra être engagée, visant à élargir progressivement mais de manière déterminée les financements sur appel à projets. Il sera également tenu compte de la perspective de la création de nouveaux acteurs sur le secteur de la recherche.

Plus globalement, demeure la volonté constante d'améliorer en concertation avec les professionnels le fonctionnement des structures financées par la dotation MIGAC en gardant à l'esprit que le financement par la dotation MIGAC doit respecter le principe de subsidiarité/complémentarité par rapport aux tarifs. Le système, comme son pilotage, doivent être pragmatique et dynamique.

Le double pilotage par le national et le régional de l'allocation des ressources MIGAC entraîne une coresponsabilité dans le suivi des crédits, notamment des crédits fléchés au titre de politiques de santé publique ou de plans de santé publique. Les gestionnaires des structures financées par la dotation MIGAC doivent avoir la garantie de disposer des moyens fléchés et, si une certaine souplesse doit être laissée aux équipes hospitalières, cette dernière ne doit pas se traduire par une difficulté pour les équipes d'obtenir les financements dédiés. Tel est l'enjeu à la fois de la contractualisation ARH-établissement et de la contractualisation interne (contrat de pôles).

La création des ARS renforce toute l'importance à accorder à la recherche d'un bon équilibre entre, d'une part, la nécessité pour les agences régionales de disposer des marges de manœuvre propres à la concrétisation des actions menées à leur niveau et, d'autre part, la responsabilité du niveau national qui doit veiller non seulement au respect de l'équité mais encore à la réduction des inégalités injustifiées entre les régions et à l'effectivité de l'allocation des ressources aux responsables des structures financées par la dotation MIGAC.

TABLEAUX

Tableau 1 (source DHOS)
Evolution des dotations nationales en 2008
Les données sont en millions d'euros

	base 2008	objectif 2008 initial	taux 2008 initial	Objectif 2008 final	taux 2008 final	Rappel taux d'évolution 2006	Rappel taux d'évolution 2007
ODMCO	41 082,84	42 225,89	2,8%	42 225,89	2,8%	2,2%	2,8%
MIGAC	6 227,53	6 608,93	6,1%	6 607,85	6,1%	11,3%	9,7%
<i>Total ODMCO-MIGAC</i>	<i>47 310,38</i>	<i>48 834,81</i>	<i>3,2%</i>	<i>48 833,74</i>	<i>3,2%</i>	<i>3,2%</i>	<i>3,6%</i>
Poids relatif de la dotation MIGAC dans total ODMCO/MIGAC	13,2%	13,5%		13,5%			
ODAM	15 153,67	15 678,18	3,5%	15 671,43	3,4%	3,9%	2,5%
OQN	1 917,08	2 002,38	4,4%	2 002,38	4,4%	4,6%	5,2%
<i>Total</i>	<i>64 381,12</i>	<i>66 515,38</i>	<i>3,3%</i>	<i>66 507,56</i>	<i>3,3%</i>	<i>3,4%</i>	<i>3,4%</i>
Poids relatif de la dotation MIGAC dans total	9,7%	9,9%		9,9%			

Tableau 1A (source DHOS)
Evolution des dotations nationales en 2009
Les données sont en millions d'euros

	base 2009	objectif 2009	taux 2009
ODMCO	41 811,07	43 134,07	3,2%
MIGAC	7 346,75	7 694,26	4,7%
<i>Total ODMCO-MIGAC</i>	<i>49 157,82</i>	<i>50 828,33</i>	<i>3,4%</i>
Poids relatif de la dotation MIGAC dans total ODMCO/MIGAC	14,9%	15,1%	
ODAM	15 075,18	15 515,04	2,9%
OQN	2 054,13	2 176,19	5,9%
<i>Total</i>	<i>66 287,13</i>	<i>68 519,57</i>	<i>3,4%</i>
Poids relatif de la dotation MIGAC dans total	11,1%	11,2%	

EVOLUTION CAMPAGNE 2008/CAMPAGNE 2007 DES DOTATIONS MIGAC DELEGUEES AUX ARH

Tableau 2 (source DHOS F2)

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Dotations finales MIGAC 2007	Base MIGAC 2008	Mesures nouvelles circulaire 03/03/2008	Dotation régionales MIGAC 2008 après 1ère circulaire	Mesures nouvelles circulaire 08/08/2008	Dotations régionales MIGAC 2008 après 2ème circulaire	Mesures nouvelles circulaire 08/12/2008	Dotations régionales MIGAC 2008 après 3ème circulaire	Mesures nouvelles fin de campagne	dotations régionales au 29 décembre 2008	Variation 2008/2007 (en %)	Variation 2008/2007 (en valeur absolue)	Variation campagne 2008 / base 2008 (en %)	Variation campagne 2008 / base 2008 (valeur absolue)
Alsace	180 911,58	171 194,23	6 290,71	177 484,94	2 281,65	179 766,59	5 319,44	185 086,03	0,00	185 086,03	2,3%	4 174,45	8,1%	13 891,80
Aquitaine	251 219,40	234 026,11	13 546,87	247 572,98	8 580,86	256 153,84	6 308,63	262 462,47	0,00	262 462,47	4,5%	11 243,07	12,2%	28 436,36
Auvergne	121 192,40	121 672,78	6 528,78	128 201,56	3 751,45	131 953,01	4 504,08	136 457,09	0,00	136 457,09	12,6%	15 264,69	12,2%	14 784,31
Bourgogne	132 153,45	127 623,89	6 211,11	133 835,00	2 491,14	136 326,14	8 136,57	144 462,71	600,00	145 062,71	9,8%	12 909,26	13,7%	17 438,82
Bretagne	227 361,83	223 906,39	15 901,44	239 807,84	6 338,96	246 146,80	9 208,63	255 355,43	1 700,00	257 055,43	13,1%	29 693,61	14,8%	33 149,04
Centre	193 784,88	184 440,14	19 536,97	203 977,11	2 803,44	206 780,55	6 564,68	213 345,22	0,00	213 345,22	10,1%	19 560,35	15,7%	28 905,09
Champagne-Ardenne	134 445,84	134 603,77	3 364,33	137 968,10	2 488,01	140 456,12	5 380,94	145 837,06	0,00	145 837,06	8,5%	11 391,22	8,3%	11 233,28
Corse	24 838,12	18 665,77	9 168,32	27 834,09	4,06	27 838,15	1 039,77	28 877,92	0,00	28 877,92	16,3%	4 039,80	54,7%	10 212,15
Franche-Comté	99 717,11	96 761,25	2 392,78	99 154,03	2 270,24	101 424,27	5 591,27	107 015,54	0,00	107 015,54	7,3%	7 298,44	10,6%	10 254,29
Ile-de-France (hors AP-HP)	530 547,69	517 182,67	24 758,10	541 940,77	7 127,00	549 067,77	15 458,35	564 526,13	6 000,00	570 526,13	7,5%	39 978,44	10,3%	53 343,45
AP-HP	949 357,84	1 025 221,69	49 264,24	1 074 485,93	31 760,60	1 106 246,53	15 948,23	1 122 194,76	0,00	1 122 194,76	18,2%	172 836,92	9,5%	96 973,07
Languedoc-Roussillon	189 925,72	183 825,17	15 941,43	199 766,59	6 749,22	206 515,81	15 465,41	221 981,22	0,00	221 981,22	16,9%	32 055,49	20,8%	38 156,05
Limousin	84 124,76	83 218,10	2 714,29	85 932,39	1 430,02	87 362,42	2 134,44	89 496,85	0,00	89 496,85	6,4%	5 372,09	7,5%	6 278,75
Lorraine	221 888,84	216 937,98	8 898,25	225 836,22	6 076,75	231 912,97	10 375,16	242 288,13	0,00	242 288,13	9,2%	20 399,29	11,7%	25 350,15
Midi-Pyrénées	262 322,68	258 419,62	13 117,34	271 536,95	4 996,45	276 533,40	12 671,23	289 204,63	0,00	289 204,63	10,2%	26 881,95	11,9%	30 785,02
Nord-Pas-de-Calais	330 959,66	318 834,21	15 484,30	334 318,51	7 821,94	342 140,45	17 620,33	359 760,78	0,00	359 760,78	8,7%	28 801,11	12,8%	40 926,57
Basse-Normandie	142 764,39	133 531,03	5 898,55	139 429,58	2 351,98	141 781,56	5 575,87	147 357,43	0,00	147 357,43	3,2%	4 593,04	10,4%	13 826,40
Haute-Normandie	171 070,63	163 567,11	6 219,76	169 786,88	5 229,57	175 016,44	6 811,23	181 827,68	0,00	181 827,68	6,3%	10 757,05	11,2%	18 260,56
Pays-de-la-Loire	214 691,64	211 542,46	13 485,53	225 027,99	5 098,31	230 126,30	7 208,27	237 334,57	10 000,00	247 334,57	15,2%	32 642,93	16,9%	35 792,11
Picardie	153 770,87	151 811,01	3 837,06	155 648,07	2 036,13	157 684,20	9 890,13	167 574,33	0,00	167 574,33	9,0%	13 803,46	10,4%	15 763,32
Poitou-Charentes	119 560,32	118 435,95	8 536,19	126 972,14	2 956,64	129 928,78	3 629,21	133 557,99	0,00	133 557,99	11,7%	13 997,67	12,8%	15 122,04
Provence-Alpes-Côte d'Azur	450 315,48	438 083,27	22 199,68	460 282,95	9 715,84	469 998,80	18 650,43	488 649,22	0,00	488 649,22	8,5%	38 333,74	11,5%	50 565,95
Rhône-Alpes	585 447,49	572 280,94	23 586,14	595 867,09	13 965,63	609 832,71	16 336,14	626 168,85	2 500,00	628 668,85	7,4%	43 221,36	9,9%	56 387,91
France métropolitaine	5 772 372,63	5 705 785,55	296 882,18	6 002 667,73	138 325,90	6 140 993,63	209 828,42	6 350 822,05	20 800,00	6 371 622,05	10,4%	599 249,42	11,7%	665 836,51
Guadeloupe	65 083,74	59 674,68	1 990,62	61 665,30	778,18	62 443,48	3 189,49	65 632,97	0,00	65 632,97	0,8%	549,23	10,0%	5 958,29
Guyane	135,32	117,80	0,00	117,80	1,84	119,64	1,44	121,08	0,00	121,08	-10,5%	-14,24	2,8%	3,28
Martinique	69 714,29	55 069,04	17 182,95	72 251,99	485,86	72 737,85	2 818,00	75 555,85	0,00	75 555,85	8,4%	5 841,56	37,2%	20 486,81
Réunion	92 366,35	85 114,84	4 719,96	89 834,80	2 064,36	91 899,16	3 023,74	94 922,90	0,00	94 922,90	2,8%	2 556,55	11,5%	9 808,06
DOM	227 299,70	199 976,35	23 893,53	223 869,88	3 330,24	227 200,12	9 032,68	236 232,79	0,00	236 232,79	3,9%	8 933,09	18,1%	36 256,44
France entière	5 999 672,34	5 905 761,90	320 775,71	6 226 537,61	141 656,14	6 368 193,75	218 861,10	6 587 054,85	20 800,00	6 607 854,85	10,1%	608 182,51	11,9%	702 092,95

EVOLUTION MI-CAMPAGNE 2009/CAMPAGNE 2008 DES DOTATIONS MIGAC DELEGUEES AUX ARH

Tableau 2A (source DHOS F2)

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Dotations finales MIGAC 2008	Base MIGAC 2009	Mesures nouvelles circulaire 17/03/2009	Dotation régionales MIGAC 2009 après 1ère circulaire	Variation mi- campagne 2009/2008 (en %)	Variation mi- campagne 2009/2008 (en valeur absolue)	Variation mi- campagne 2009 / base 2009 (en %)	Variation mi- campagne 2009 / base 2009 (valeur absolue)
Alsace	185 086,03	175 346,24	30 607,50	205 953,73	11,3%	20 867,70	17,5%	30 607,50
Aquitaine	262 462,47	248 818,63	43 993,87	292 812,50	11,6%	30 350,02	17,7%	43 993,87
Auvergne	136 457,09	128 302,11	20 331,72	148 633,83	8,9%	12 176,74	15,8%	20 331,72
Bourgogne	145 062,71	133 339,37	26 347,18	159 686,56	10,1%	14 623,85	19,8%	26 347,18
Bretagne	257 055,43	236 287,54	46 483,07	282 770,61	10,0%	25 715,18	19,7%	46 483,07
Centre	213 345,22	199 117,65	33 069,26	232 186,91	8,8%	18 841,69	16,6%	33 069,26
Champagne-Ardenne	145 837,06	137 697,64	21 344,00	159 041,63	9,1%	13 204,58	15,5%	21 344,00
Corse	28 877,92	27 104,64	4 453,06	31 557,70	9,3%	2 679,78	16,4%	4 453,06
Franche-Comté	107 015,54	100 243,08	17 145,56	117 388,65	9,7%	10 373,10	17,1%	17 145,56
Ile-de-France (hors AP-HP)	570 526,13	533 730,85	113 460,21	647 191,06	13,4%	76 664,93	21,3%	113 460,21
AP-HP	1 122 194,76	1 040 903,21	128 972,99	1 169 876,21	4,2%	47 681,45	12,4%	128 972,99
Languedoc-Roussillon	221 981,22	199 740,09	41 742,08	241 482,17	8,8%	19 500,95	20,9%	41 742,08
Limousin	89 496,85	85 735,34	12 255,33	97 990,67	9,5%	8 493,81	14,3%	12 255,33
Lorraine	242 288,13	223 007,80	39 989,71	262 997,51	8,5%	20 709,38	17,9%	39 989,71
Midi-Pyrénées	289 204,63	276 825,56	34 821,87	311 647,43	7,8%	22 442,79	12,6%	34 821,87
Nord-Pas-de-Calais	359 760,78	325 547,24	75 292,40	400 839,64	11,4%	41 078,86	23,1%	75 292,40
Basse-Normandie	147 357,43	137 608,35	22 445,08	160 053,44	8,6%	12 696,01	16,3%	22 445,08
Haute-Normandie	181 827,68	157 081,33	27 440,38	184 521,71	1,5%	2 694,04	17,5%	27 440,38
Pays-de-la-Loire	247 334,57	219 194,05	47 994,96	267 189,01	8,0%	19 854,44	21,9%	47 994,96
Picardie	167 574,33	154 673,71	28 904,58	183 578,29	9,6%	16 003,96	18,7%	28 904,58
Poitou-Charentes	133 557,99	126 422,23	22 460,92	148 883,15	11,5%	15 325,16	17,8%	22 460,92
Provence-Alpes-Côte d'Azur	488 649,22	457 215,30	83 518,33	540 733,63	10,7%	52 084,40	18,3%	83 518,33
Rhône-Alpes	628 668,85	588 119,70	91 804,78	679 924,48	8,2%	51 255,63	15,6%	91 804,78
France métropolitaine	6 371 622,05	5 912 061,67	1 014 878,84	6 926 940,51	8,7%	555 318,46	17,2%	1 014 878,84
Guadeloupe	65 632,97	61 699,72	7 958,79	69 658,51	6,1%	4 025,54	12,9%	7 958,79
Guyane	121,08	119,64	129,22	248,86	105,5%	127,79	108,0%	129,22
Martinique	75 555,85	59 040,92	13 998,86	73 039,78	-3,3%	-2 516,07	23,7%	13 998,86
Réunion	94 922,90	89 349,96	17 275,57	106 625,53	12,3%	11 702,63	19,3%	17 275,57
DOM	236 232,79	210 210,25	39 362,44	249 572,68	5,6%	13 339,89	18,7%	39 362,44
France entière	6 607 854,85	6 122 271,92	1 054 241,28	7 176 513,20	8,6%	568 658,35	17,2%	1 054 241,28
Service de santé des armées		31180,871	9 023,80	40 204,67			28,9%	9 023,80
Total général	6 607 854,85	6 153 452,79	1 063 265,08	7 216 717,86	8,6%	568 658,35	46,2%	1 063 265,08

Analyse du respect par les ARH de la dotation MIGAC 2008

Tableau 3 (source DHOS/F)

Les données sont en millions d'euros

	Objectifs 2008 initiaux	Objectifs 2008 finaux	Délégations aux ARH	Réalisations 2008	Taux réalisation/ objectifs initiaux en %	Ecart réalisations/o bjectifs initiaux en valeur absolue	taux réalisation/ délégations en %	Ecart réalisations/d élégations aux ARH en valeur absolue
MIGAC total	6 608,93	6 607,85	6 607,85	6 603,52	99,92%	-5,40	99,93%	-4,33

Réalisations régionales 2008
Tableau 3A (source DHOS/F)

Les données sont en milliers d'euros

Régions	Dotations finales MIGAC délégées aux ARH en 2008	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	Explication écarts		
					Transfert DAF / MIGAC	Transfert DAF USLD / MIGAC	Autres (sur ou sous- consommation nette des crédits MIGAC)
Alsace	185 086,03	185 086,02	-0,01	100,00%		-0,01	
Aquitaine	262 462,47	266 398,29	3 935,82	101,50%	3 935,81		0,01
Auvergne	136 457,09	138 857,77	2 400,68	101,76%	2 400,68		
Bourgogne	145 062,71	144 682,21	-380,50	99,74%			-380,50
Bretagne	257 055,43	256 902,56	-152,88	99,94%	-143,83	-9,04	
Centre	213 345,22	213 163,51	-181,71	99,91%	-167,79	-13,93	
Champagne-Ardenne	145 837,06	145 834,02	-3,04	100,00%			-3,04
Corse	28 877,92	28 877,92	0,00	100,00%			
Franche-Comté	107 015,54	109 007,72	1 992,18	101,86%	1 992,18		
Ile-de-France (hors AP-HP)	570 526,13	570 581,35	55,22	100,01%	55,22		
AP-HP	1 122 194,76	1 122 194,76	0,00	100,00%			
Languedoc-Roussillon	221 981,22	222 120,73	139,51	100,06%	139,51		
Limousin	89 496,85	89 496,85	-0,01	100,00%	-0,01		
Lorraine	242 288,13	243 040,88	752,75	100,31%		752,75	
Midi-Pyrénées	289 204,63	289 005,23	-199,41	99,93%			-199,41
Nord-Pas-de-Calais	359 760,78	359 760,73	-0,05	100,00%			-0,05
Basse-Normandie	147 357,43	146 162,93	-1 194,50	99,19%			-1 194,50
Haute-Normandie	181 827,68	170 716,91	-11 110,76	93,89%	-11 110,76		
Pays-de-la-Loire	247 334,57	249 323,28	1 988,71	100,80%	1 988,71		
Picardie	167 574,33	167 574,23	-0,10	100,00%			-0,10
Poitou-Charentes	133 557,99	133 019,81	-538,18	99,60%	-538,18		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	488 649,22	488 759,47	110,25	100,02%	110,25		
Rhône-Alpes	628 668,85	628 668,21	-0,65	100,00%			-0,65
France métropolitaine	6 371 622,05	6 369 235,39	-2 386,66	99,96%	-1 338,20	729,77	-1 778,23
Guadeloupe	65 632,97	65 402,18	-230,79	99,65%	-230,79		
Guyane	121,08	0,00	-121,08	0,00%			-121,08
Martinique	75 555,85	73 982,88	-1 572,97	97,92%	-1 572,97		
Réunion	94 922,90	94 903,51	-19,39	99,98%	-19,38		-0,01
DOM	236 232,79	234 288,58	-1 944,22	99,18%	-1 823,13	0,00	-121,09
France entière	6 607 854,85	6 603 523,97	-4 330,88	99,93%	-3 161,33	729,77	-1 899,32

EVOLUTION DU POIDS RELATIF DES DOTATIONS REGIONALES MIGAC EN 2008

Tableau 4 (source DHOS/F2)
les montants sont en milliers d'euros

Régions	Base circulaire du 03/03/2008	Poids relatif en début de campagne 2008	Dotations fin de campagne 2008	Poids relatif en fin de campagne 2008	Evolution entre début et fin de campagne (en points)	Rappel poids relatif en début de campagne 2007	Rappel poids relatif en fin de campagne 2007
Alsace	171 194,23	2,90%	185 086,03	2,80%	-0,10	3,17%	3,02%
Aquitaine	234 026,11	3,96%	262 462,47	3,97%	0,01	4,15%	4,19%
Auvergne	121 672,78	2,06%	136 457,09	2,07%	0,00	2,02%	2,02%
Bourgogne	127 623,89	2,16%	145 062,71	2,20%	0,03	2,16%	2,20%
Bretagne	223 906,39	3,79%	257 055,43	3,89%	0,10	3,65%	3,79%
Centre	184 440,14	3,12%	213 345,22	3,23%	0,11	3,09%	3,23%
Champagne-Ardenne	134 603,77	2,28%	145 837,06	2,21%	-0,07	2,22%	2,24%
Corse	18 665,77	0,32%	28 877,92	0,44%	0,12	0,32%	0,41%
Franche-Comté	96 761,25	1,64%	107 015,54	1,62%	-0,02	1,72%	1,66%
Ile-de-France (hors AP-HP)	517 182,67	8,76%	570 526,13	8,63%	-0,12	8,83%	8,84%
AP-HP	1 025 221,69	17,36%	1 122 194,76	16,98%	-0,38	16,12%	15,82%
Languedoc-Roussillon	183 825,17	3,11%	221 981,22	3,36%	0,25	3,20%	3,17%
Limousin	83 218,10	1,41%	89 496,85	1,35%	-0,05	1,48%	1,40%
Lorraine	216 937,98	3,67%	242 288,13	3,67%	-0,01	3,64%	3,70%
Midi-Pyrénées	258 419,62	4,38%	289 204,63	4,38%	0,00	4,33%	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	318 834,21	5,40%	359 760,78	5,44%	0,05	5,53%	5,52%
Basse-Normandie	133 531,03	2,26%	147 357,43	2,23%	-0,03	2,34%	2,38%
Haute-Normandie	163 567,11	2,77%	181 827,68	2,75%	-0,02	2,89%	2,85%
Pays-de-la-Loire	211 542,46	3,58%	247 334,57	3,74%	0,16	3,55%	3,58%
Picardie	151 811,01	2,57%	167 574,33	2,54%	-0,03	2,65%	2,56%
Poitou-Charentes	118 435,95	2,01%	133 557,99	2,02%	0,02	2,01%	1,99%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	438 083,27	7,42%	488 649,22	7,39%	-0,02	7,48%	7,51%
Rhône-Alpes	572 280,94	9,69%	628 668,85	9,51%	-0,18	9,97%	9,76%
France métropolitaine	5 705 785,55	96,61%	6 371 622,05	96,42%	-0,19	96,52%	96,21%
Guadeloupe	59 674,68	1,01%	65 632,97	0,99%	-0,02	1,10%	1,08%
Guyane	117,80	0,00%	121,08	0,00%	0,00	0,00%	0,00%
Martinique	55 069,04	0,93%	75 555,85	1,14%	0,21	0,92%	1,16%
Réunion	85 114,84	1,44%	94 922,90	1,44%	0,00	1,46%	1,54%
DOM	199 976,35	3,39%	236 232,79	3,58%	0,19	3,48%	3,79%
France entière	5 905 761,90	100,00%	6 607 854,85	100,00%	0,00	100,00%	100,00%

REPARTITION DES MIGAC ENTRE ETABLISSEMENTS EX-DG ET EX-OQN EN 2008

Tableau 5 (source DHOS/ARBUST)

Les montants sont en milliers d'euros

Régions	MIGAG ex-DG	MIGAC ex-OQN	Total MIGAC	Poids relatif des ex-OQN en 2008	Rappel poids relatif des ex-OQN en 2007
Alsace	184 028,74	1 057,28	185 086,02	0,6%	0,4%
Aquitaine	260 960,66	5 437,64	266 398,29	2,0%	1,7%
Auvergne	137 801,26	1 056,51	138 857,77	0,8%	0,8%
Bourgogne	143 941,07	741,14	144 682,21	0,5%	0,6%
Bretagne	255 953,37	949,18	256 902,56	0,4%	0,4%
Centre	209 710,41	3 453,10	213 163,51	1,6%	1,5%
Champagne-Ardenne	144 971,91	862,11	145 834,02	0,6%	0,7%
Corse	27 939,16	938,76	28 877,92	3,3%	1,1%
Franche-Comté	108 292,34	715,38	109 007,72	0,7%	0,7%
Ile-de-France (hors AP-HP)	561 694,29	8 887,06	570 581,35	1,6%	1,3%
AP-HP	1 122 194,76	0,00	1 122 194,76	0,0%	0,0%
Languedoc-Roussillon	215 176,03	6 944,70	222 120,73	3,1%	2,3%
Limousin	87 877,25	1 619,60	89 496,85	1,8%	1,1%
Lorraine	242 101,87	939,00	243 040,88	0,4%	0,7%
Midi-Pyrénées	284 134,33	4 870,90	289 005,23	1,7%	1,4%
Nord-Pas-de-Calais	353 605,26	6 155,47	359 760,73	1,7%	1,4%
Basse-Normandie	145 171,69	991,23	146 162,93	0,7%	0,5%
Haute-Normandie	168 994,67	1 722,24	170 716,91	1,0%	1,0%
Pays-de-la-Loire	245 413,40	3 909,88	249 323,28	1,6%	1,4%
Picardie	166 219,91	1 354,32	167 574,23	0,8%	0,7%
Poitou-Charentes	131 456,47	1 563,34	133 019,81	1,2%	1,2%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	485 409,81	3 349,67	488 759,47	0,7%	0,7%
Rhône-Alpes	624 129,96	4 538,25	628 668,21	0,7%	0,8%
France métropolitaine	6 307 178,64	62 056,75	6 369 235,39	1,0%	0,8%
Guadeloupe	65 402,18	0,00	65 402,18	0,0%	0,0%
Martinique	73 930,84	52,04	73 982,88	0,1%	0,1%
Réunion	92 209,24	2 694,27	94 903,51	2,8%	2,5%
DOM	231 542,27	2 746,31	234 288,58	1,2%	1,0%
France entière	6 538 720,91	64 803,06	6 603 523,97	1,0%	0,9%

DELEGATIONS REGIONALES DES MIGAC en 2008 ENTRE MIG ET AC

Tableau 6 (source DHOS/ARBUST)

Les montants sont en milliers d'euros

Régions	Total MIG	Total AC	Total MIGAC	Poids relatif des AC	Rappel poids relatif des AC en 2007
Alsace	118 748,95	66 337,07	185 086,02	35,8%	37,2%
Aquitaine	186 455,44	79 942,85	266 398,29	30,0%	29,4%
Auvergne	86 989,20	51 868,57	138 857,77	37,4%	34,3%
Bourgogne	93 524,49	51 157,73	144 682,21	35,4%	36,7%
Bretagne	164 505,27	92 397,29	256 902,56	36,0%	33,2%
Centre	123 869,63	89 293,88	213 163,51	41,9%	37,9%
Champagne-Ardenne	82 864,87	62 969,15	145 834,02	43,2%	41,8%
Corse	14 529,25	14 348,67	28 877,92	49,7%	46,5%
Franche-Comté	67 061,39	41 946,33	109 007,72	38,5%	36,2%
Ile-de-France (hors AP-HP)	268 096,71	302 484,64	570 581,35	53,0%	52,8%
AP-HP	910 451,78	211 742,97	1 122 194,76	18,9%	NR
Languedoc-Roussillon	151 136,92	70 983,81	222 120,73	32,0%	24,9%
Limousin	56 992,66	32 504,19	89 496,85	36,3%	36,7%
Lorraine	148 448,61	94 592,27	243 040,88	38,9%	38,4%
Midi-Pyrénées	195 587,49	93 417,74	289 005,23	32,3%	25,8%
Nord-Pas-de-Calais	226 944,50	132 816,24	359 760,73	36,9%	36,8%
Basse-Normandie	94 646,69	51 516,24	146 162,93	35,2%	32,0%
Haute-Normandie	99 459,21	71 257,70	170 716,91	41,7%	45,2%
Pays-de-la-Loire	159 821,42	89 501,86	249 323,28	35,9%	31,0%
Picardie	91 513,32	76 060,91	167 574,23	45,4%	43,8%
Poitou-Charentes	83 911,06	49 108,76	133 019,81	36,9%	30,1%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	340 054,70	148 704,78	488 759,47	30,4%	28,0%
Rhône-Alpes	403 932,42	224 735,79	628 668,21	35,7%	33,6%
France métropolitaine	4 169 545,97	2 199 689,42	6 369 235,39	34,5%	35,9%
Guadeloupe	27 510,55	37 891,63	65 402,18	57,9%	56,1%
Martinique	35 342,12	38 640,77	73 982,88	52,2%	53,6%
Réunion	43 153,58	51 749,94	94 903,51	54,5%	53,5%
DOM	106 006,24	128 282,34	234 288,58	54,8%	54,3%
France entière	4 275 552,22	2 327 971,75	6 603 523,97	35,3%	36,7%

Dotations déléguées en 2008 par les ARH au titre des MERRI de l'article D162-6 CSS tableau 7 : (source Arbust-MIGAC), données en euros

Part fixe des MERRI

Nom de la mission d'intérêt général	Part fixe des MERRI
ALSACE	54 225 302
AQUITAINE	71 994 790
AUVERGNE	26 855 318
BRETAGNE	55 986 269
BOURGOGNE	25 403 035
CENTRE	39 008 649
CHAMPAGNE ARDENNES	26 909 007
CORSE	0
FRANCHE COMTE	25 017 053
GUADELOUPE	14 578 550
ILE DE France (hors AP-HP)	74 011 340
AP-HP	409 975 211
LANGUEDOC ROUSSILLON	70 190 954
LIMOUSIN	21 955 255
LORRAINE	50 896 376
MARTINIQUE	18 429 402
MIDI PYRENEES	66 068 092
NORD PAS DE CALAIS	73 494 028
BASSE NORMANDIE	25 913 374
HAUTE NORMANDIE	33 050 993
PACA	127 242 282
PAYS DE LA LOIRE	62 389 438
PICARDIE	26 569 359
POITOU CHARENTES	19 610 767
REUNION	13 791 566
RHONE ALPES	184 977 034
TOTAL	1 618 543 444

Dotations déléguées en 2008 par les ARH au titre des MERRI de l'article D162-6 1° a), CSS tableau 7A : (source Arbust-MIGAC), données en euros

Recherche médicale et innovation, notamment recherche clinique

Nom de la mission d'intérêt général	Centres d'investigation clinique	Centre d'investigation technologique	Centre d'épidémiologie clinique	Centres de ressources biologiques	Contrat EPST/etabl de santé	Programme de soutien aux techniques innovantes et couteuses	Conservation des tissus, tumeurs et produits humains à des fins de recherche	Emploi de techniciens et d'ARC* pour la réalisation d'essais clinique	Projet de recherche entrant dans le cadre Du PHRC	Délégations interregionales à la recherche clinique
CH	381 598		204 602	339 492	92 000	283 750	449 973	737 273	890 274	
CHR hors AP-HP	10 344 723	835 919	4 396 154	4 420 160	4 680 724	18 122 438	5 104 121	3 211 701	40 960 990	7 566 083
CLCC	29 988 569	6 109 782	3 116 616	3 175 738	921 593	4 773 795	1 257 180	1 824 258	7 906 600	
AP-HP	4 273 125	447 288	4 544 509	1 549	3 450 000	6 847 790	5 708 367		25 551 000	2 026 209
CLINIQUES	0					27 693		186 500	156 000	
EBNL - non PSPH						7 250	256 088			
EBNL	464 057	25 462		787 500	46 000	1 549 606		83 992	288 000	
TOTAL	45 452 072	7 418 451	12 261 881	8 724 439	9 190 317	31 612 322	12 775 729	6 043 724	75 752 864	9 592 292

ALSACE	2 101 069		129 951	29 853	299 000	134 680	264 213	191 460	666 000	380 000
AQUITAINE	4 282 562	221 870	612 536		345 000	1 019 470	791 251	320 172	2 562 000	762 928
AUVERGNE	3 224 269		105 250	86 800		481 327	120 000	336 595	2 882 324	325 000
BRETAGNE	795 228	1 159 381	522 499	137 268	92 000	1 039 343	875 433		2 865 000	575 000
BOURGOGNE	2 297 801	114 498	332 540	300 469	46 000	78 927	252 822	296 942	967 000	631 736
CENTRE	879 192	170 046	312 187	375 994	112 596	342 000		220 925	1 406 000	250 000
CHAMPAGNE ARDENNES	299 720		118 372		69 000	203 372		131 411	509 228	250 000
CORSE										
FRANCHE COMTE	367 407			108 738		260 252	134 026	197 270	1 003 113	225 000
GUADELOUPE	231 267					284 000			81 000	
ILE DE France (hors AP-HP)	3 132 617	605 553	1 178 915	957 592	552 000	4 115 115	874 600	125 533	3 128 000	0
AP-HP	4 273 125	447 288	4 544 509	1 549	391 000	6 847 790	5 708 367		25 551 000	2 026 209
LANGUEDOC ROUSSILLON	1 014 250				3 450 000	605 922	270 995	530 120	2 077 347	630 000
LIMOUSIN	127 638			309 779	312 406	769 859		171 433	541 000	250 000
LORRAINE	938 093	2 518 054	870 653	681 696	115 000	143 135			1 599 400	325 000
MARTINIQUE						250 000	55 153		126 000	
MIDI PYRENEES	1 438 055		1 007 330	370 997	690 000	262 742	84 581	553 423	3 510 000	
NORD PAS DE CALAIS	4 182 561			102 053	184 000	4 813 266	1 026 157		3 968 750	460 000
BASSE NORMANDIE	2 598 956	1 554 402	429 495	677 314	46 000	610 005	121 515	245 517	662 000	250 000
HAUTE NORMANDIE	1 969 006			497 297	23 000	1 662 130			1 814 000	250 000
PACA	5 209 411	627 258	957 436	1 714 153	874 000	2 267 003		273 049	6 012 000	1 151 226
PAYS DE LA LOIRE	2 530 905		831 376	2 118 240	485 315	786 774	914 190	1 070 049	4 187 702	386 531
PICARDIE				221 646		616 444	207 720	250 449	401 000	213 662
POITOU CHARENTES	510 207					496 880	52 165		379 000	250 000
REUNION	92 524		198 302	33 000			0	172 149	453 000	
RHONE ALPES	2 956 210		110 530		1 104 000	3 521 886	1 022 541	957 226	8 401 000	
TOTAL	45 452 072	7 418 451	12 261 881	8 724 439	9 190 317	31 612 322	12 775 729	6 043 724	75 752 864	9 592 292

ARC*: assistant de recherche clinique

Dotations déléguées en 2008 par les ARH au titre des MERRI de l'article D162-6 1° b) et c), CSS tableau 7B : (source Arbust-MIGAC), données en euros

Enseignement, expertise, référence et recours

Nom de la mission d'intérêt général	Centres mémoire de ressources et de recherche	Stage de résident de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	Centres de ressources sur les maladies professionnelles	COREVIH (comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH)	Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	Centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	Actions de télé enseignement et de télé formation	Centres de référence sur l'hémophilie	Centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose	Centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique	Centres de référence sur la mort subite du nourrisson	Centres de référence d'implantation cochléaire	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal	Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L.1413-4 CSP	Pôles de référence hépatite C
-------------------------------------	---	---	---	---	--	---	---	---------------------------------------	--	---	---	--	--	---	-------------------------------

CH	28 798	42 000	704 044	807 481	147 274	3 678 245	195 766	404 541	818 494		111 092		1 835 595		
CHR hors AP-HP	7 321 340	401 947	4 814 348	11 084 074	6 032 685	36 058 369	1 659 865	2 150 764	5 119 753	3 020 457	1 828 994	3 522 349	8 414 446	1 472 462	1 259 179
CLCC	40 762	1 302 134				335 504									
AP-HP	1 031 886	39 818	1 220 195	4 042 636	2 723 999	70 883 251					392 187	3 557 029	1 523 106		
CLINIQUES													89 340	7 853 920	
EBNL - non PSPH													10 783		
EBNL		62 254				2 051 845									
TOTAL	8 422 786	1 848 153	6 738 587	15 934 191	8 903 958	113 007 214	1 855 631	2 555 305	5 938 247	3 020 457	2 332 273	7 079 378	11 873 270	9 326 382	1 259 179

ALSACE	464 935	63 000		1 085 407	117 033	1 673 367									
AQUITAINE	272 281	31 857	424 694	623 342	199 350	1 421 864		320 843	469 294	438 851	73 705	496 229	486 000		
AUVERGNE	242 454	31 500	327 237	171 967	468 813	1 433 591				130 000	25 782		172 302		
BOURGOGNE	724 989	42 507	144 897	338 949	197 456	289 865	60 776	314 342	476 080	194 100	117 625	39 300	481 698		
BRETAGNE	157 515	72 912	293 698	729 931	114 673	2 964 759		76 000	173 976		190 740		496 240	72 845	
CENTRE	191 991	162 739	200 831	429 579	321 047	278 159							463 393	496 210	
CHAMPAGNE ARDENNES	398 328		70 626	73 471	286 155	975 155					151 426		212 386		
CORSE															
FRANCHE COMTE	276 503	63 000	112 464	255 679	174 371	10 672		219 384	319 328	21 053	40 298	120 002	410 259		7 883
ILE DE France (hors AP-HP)		256 743	405 065	219 173		3 487 931		268 809	297 253				750 000		
AP HP	1 031 886	39 818	1 220 195	4 042 636	2 723 999	70 883 251					392 187	3 557 029	1 523 106	7 853 920	
LANGUEDOC ROUSSILLON	380 000	125 725	24 181	559 585	355 000	1 236 884		190 885	623 897	670 180	241 078	366 300	620 815	263 836	
LIMOUSIN	270 140		16 116		159 369	592 529		79 072	205 158	193 559	51 138		163 154		521 777
LORRAINE	592 123	156 375	310 098	295 949	152 204	1 022 597		214 229	545 277	82 226	111 092		307 100		97 827
MIDI PYRENEES	530 915	90 374	588 010	699 936	898 112	2 445 525	34 121	326 456	1 833 826	859 957	51 200	777 084	1 142 318	28 187	314 490
NORD PAS DE CALAIS	178 259	63 000	714 756	397 048	346 460	4 562 666	14 883			412 314	228 811	775 380	700 400		292 878
BASSE NORMANDIE	335 304	62 991	385 127	349 065	279 355	946 813					144 637				
HAUTE NORMANDIE	625 022	20 725	290 838	376 635	217 468	718 679	407 692	235 570	459 771		143 263	301 671	314 160	62 252	
PACA	693 476	265 681	425 688	1 747 433	518 521	5 632 658					24 480		991 220		
PAYS DE LA LOIRE	82 909	126 000	368 453	749 589	136 358	3 378 381		20 578			6 839	363 506	532 063		
PICARDIE	26 504		50 128	169 584	96 512	203 580		112 874	187 122		312 491		185 211		
POITOU CHARENTES	234 386	20 669				313 421						282 877	209 556		
RHONE ALPES	712 866	152 537	365 486	1 043 169	1 141 702	6 943 937		119 615		18 217	25 481		1 001 918	549 132	
GUADELOUPE				660 737									78 120		
MARTINIQUE				741 217				1 098 228	1 338 159				236 741		24 324
REUNION				174 110				56 648	347 265				395 109		
TOTAL	8 422 786	1 848 153	6 738 587	15 934 191	8 903 958	113 007 214	1 855 631	2 555 305	5 938 247	3 020 457	2 332 273	7 079 378	11 873 270	9 326 382	1 259 179

Dotations déléguées en 2008 par les ARH au titre des MERRI de l'article D162-6 1° d), CSS tableau 7C : (source Arbust-MIGAC), données en euros

Activités innovantes et expérimentales

Nom de la mission d'intérêt général	Laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique	Médicaments bénéficiant d'une ATU en application des dispositions de l'article L.5121-12 CSP	Actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomocytologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L.162-1-7 CSS	Implants cochléaires	Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	Centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle
CH	3 974 224	6 945 206	16 350 453	267 651	9 127	
CHR hors AP-HP	53 638 692	25 945 168	106 890 379	11 944 494	3 527 758	12 532 194
CLCC	13 763 183	1 227 705	19 798 679		181 600	
AP-HP	25 730 528	18 982 416	86 565 238	2 255 000		4 290 000
CLINIQUES		236 364	44 762			
EBNL - PSPH	1 917 031	786 828	7 125 278			55 442
TOTAL	99 023 658	54 123 687	236 774 789	14 467 145	3 718 485	16 877 636

ALSACE	1 633 910	793 205	8 617 386	1 481 243		
AQUITAINE	2 281 152	1 947 024	8 275 602	1 180 612		716 626
AUVERGNE	2 946 356	334 722	3 482 350	200 000		
BOURGOGNE	775 264	964 811	3 917 329	284 526		240 321
BRETAGNE	6 574 618	1 922 360	10 403 621	500 000		1 176 697
CENTRE	830 919	3 663 977	3 261 723	884 296		92 000
CHAMPAGNE ARDENNES	1 685 963	451 607	4 294 181	611 130		
CORSE						
FRANCHE COMTE	141 000	493 423	2 376 877	182 116		
ILE DE France (hors AP-HP)	6 211 430	2 149 840	15 961 850			
AP HP	25 730 528	18 982 416	86 565 238	2 255 000		4 290 000
LANGUEDOC ROUSSILLON	5 730 750	2 030 822	2 196 151	1 200 000		
LIMOUSIN	1 100 263	908 576	3 718 492		47 626	
LORRAINE	4 591 162	667 172	7 870 588	200 000	627 745	
MIDI PYRENEES	742 013	1 737 437	8 629 343	749 857		306 523
NORD PAS DE CALAIS	10 999 168	3 762 559	5 669 771	684 809		1 011 491
BASSE NORMANDIE	1 613 937	996 095	4 581 014	125 000		1 843 746
HAUTE NORMANDIE	2 744 398	1 079 154	2 908 850	175 000		1 051 000
PACA	5 471 397	2 464 422	27 050 986	940 000		4 730 422
PAYS DE LA LOIRE	3 633 375	1 588 318	6 095 020	1 067 460		441 610
PICARDIE	1 000 215	262 070	2 853 826			
POITOU CHARENTES	1 341 461	122 385	4 687 936			
RHONE ALPES	9 782 502	6 128 398	11 843 226	1 522 073	3 043 114	977 200
GUADELOUPE						
MARTINIQUE		440 936	8 413	224 024		
REUNION	1 461 877	231 959	1 505 016			
TOTAL	99 023 658	54 123 687	236 774 789	14 467 145	3 718 485	16 877 636

Dotations déléguées en 2008 par les ARH au titre des MIG de l'article D162-6 2°a), CSS tableau 7D : (source Arbust-MIGAC), données en euros

Veille et vigilance

Nom de la mission d'intérêt général	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	Centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'études et d'information sur la pharmacovigilance	Coordonneurs régionaux d'hémovigilance	Centres antipoison	Centres de coordination des soins en cancérologie	Registres à caractère épidémiologique	ARLIN
-------------------------------------	--	--	--	--	--------------------	---	---------------------------------------	-------

CH	129 518	202 339	361 661	1 907 560		13 116 410	60 620	362 405
CHR hors AP-HP	3 114 913	4 093 938	8 990 829	4 268 842	8 622 547	11 809 647	1 945 711	3 194 987
CLCC	509 758			2 865		4 753 230	400 033	
AP-HP	500 000		2 244 125	468 987	1 333 608	5 635 794	1 102 835	1 611 106
CLINIQUES		83 125				4 652 078		8 500
EBNL non PSPH						133 026		
EBNL - PSPH	208 100					997 766	26 200	
TOTAL	4 462 289	4 379 402	11 596 615	6 648 254	9 956 155	41 097 951	3 535 399	5 176 998

ALSACE	96 218	94 365	910	195 546	420 795	1 335 091	23 270	11 250
AQUITAINE	264 168	714 528	370 567	237 979	462 812	1 321 351	751 091	116 942
AUVERGNE			19 258	237 313		1 331 363	50 000	
BOURGOGNE	60 144		479 791	128 982		2 155 405	443 971	238 021
BRETAGNE	103 769	544 410	321 699	343 610	500 035	565 912		40 000
CENTRE	394 964		471 727	213 031		2 334 240		283 075
CHAMPAGNE ARDENNES		206 293	302 841	607 255		849 183		280 374
CORSE								45 000
FRANCHE COMTE	-152 429		110 258	518 564		343 174	281 176	170 000
ILE DE France (hors AP-HP)	386 221			869 960		327 214		
APHP	500 000		2 244 125	468 987	1 333 608	5 632 794	1 102 835	1 611 106
LANGUEDOC ROUSSILLON	151 504		499 796	161 998		1 963 714	26 200	219 003
LIMOUSIN	95 154		281 997	132 232		1 879 154		
LORRAINE	94 220	502 880	40 847	193 695	604 663	1 789 163		329 537
MIDI PYRENEES	123 392		492 300	328 527	808 072	2 169 870	231 906	336 647
NORD PAS DE CALAIS	1 032 291		253 786	588 184	2 368 643	2 661 073		365 326
BASSE NORMANDIE	81 041		331 008			777 574	25 156	50 601
HAUTE NORMANDIE	202 027	259 471	244 552	194 167	12 914	904 932		
PACA	153 930	329 325	323 765	136 891	941 042	3 670 857	424 183	
PAYS DE LA LOIRE	253 469		530 423	153 437	853 025	1 300 887	31 371	265 549
PICARDIE			54 259	120 764		2 119 913		338 161
POITOU CHARENTES	146 634	65 000	206 814	170 674		514 885	144 240	45 000
RHONE ALPES	216 930	1 132 724	4 015 892		1 650 545	5 150 202		114 000
GUADELOUPE		74 000		150 000				
MARTINIQUE	225 593	456 405		268 099				
REUNION	33 050	0		228 360				317 405
TOTAL	4 462 289	4 379 402	11 596 615	6 648 254	9 956 155	41 097 951	3 535 399	5 176 998

Dotations déléguées en 2008 par les ARH au titre des MIG de l'article D162-6 2° b), CSS tableau 7E : (source Arbust-MIGAC), données en euros

Equipes pluridisciplinaire

Nom de la mission d'intérêt général	Equipes hospitalières de liaison en addictologie	Equipes mobiles de gériatrie	Equipes mobiles de soins palliatifs	Equipes de cancérologie pédiatriques
-------------------------------------	--	------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

APHP	1 938 222	3 300 959	6 539 886	2 313 108
CH	20 624 296	35 007 577	65 176 276	1 029 452
CHR	6 456 980	9 046 184	16 181 473	6 411 211
CLCC	15 818	292 512	5 729 719	2 990 199
Cliniques	84 500	80 000	1 248 788	
EBNL - non PSPH	511 439	157 346	1 090 114	
EBNL - PSPH		1 698 591	5 963 474	50 000
TOTAL	29 631 255	49 583 169	101 929 731	12 793 970

Alsace	882 456	1 149 075	2 756 616	290 664
Aquitaine	1 725 791	2 587 895	3 596 583	557 420
Auvergne	573 356	1 035 178	1 899 622	563 759
Bourgogne	720 494	1 670 731	3 077 876	109 116
Bretagne	1 131 192	2 314 670	2 702 243	448 421
Centre	383 994	1 215 038	5 152 785	294 889
Champagne-Ardenne	185 968	746 100	2 834 763	98 085
Corse	507 884	540 123	531 989	
Franche-Comté	3 878 883	712 144	2 476 416	224 629
Ile-de-France (hors AP HP)	379 995	5 693 756	11 757 986	2 220 793
AP HP	1 938 222	3 300 959	6 539 886	2 313 108
Languedoc-Roussillon	190 100	1 996 375	5 061 186	332 572
Limousin	683 777	1 630 540	1 172 728	82 951
Lorraine	664 177	723 932	5 211 117	419 899
Midi-Pyrénées	2 695 545	3 365 485	4 607 529	494 251
Nord-Pas-de-Calais	1 468 555	3 498 290	4 645 880	698 172
Normandie-Basse	755 174	1 385 375	4 678 960	235 438
Normandie-Haute	1 326 714	898 770	2 326 133	387 231
Pays de la Loire	1 576 189	1 928 748	4 225 443	150 958
Picardie	98 396	843 186	4 057 874	51 448
Poitou-Charentes	3 337 929	2 021 197	3 448 561	187 575
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 730 713	5 138 283	7 271 838	853 883
Rhône-Alpes	452 520	3 878 836	9 667 349	1 567 684
ZZ-Guadeloupe	343 231	87 919	581 859	
ZZ-Martinique		304 493	353 055	
ZZ-Réunion		916 070	1 293 454	211 024
TOTAL	29 631 255	49 583 169	101 929 731	12 793 970

Dotations déléguées en 2008 par les ARH au titre des MIG de l'article D162-6 2° c), CSS tableau 7F :
 (source Arbust-MIGAC),
 données en euros
Produits humains

Nom de la mission d'intérêt général	Lactarium	Recueil, traitement et conservation des gamètes ainsi que la conservation des embryons	Prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœurs arrêté
CH	519 214	1 050 617	81 298
CHR hors AP-HP	4 137 663	11 350 857	1 077 664
CLCC			
AP-HP		2 496 423	
CLINIQUES		43 235	
EBNL non PSPH			
EBNL - PSPH	290 097		100 000
TOTAL	4 946 974	14 941 132	1 258 962

ALSACE	645 223	490 546	
AQUITAINE	305 052	587 916	184 410
AUVERGNE	4 321	941 338	
BOURGOGNE	241 980	873 180	
BRETAGNE	959 387	629 738	
CENTRE	384 286	2 239 977	
CHAMPAGNE ARDENNES	542 520	212 850	1 776
CORSE			
FRANCHE COMTE		606 496	
ILE DE France (hors AP-HP)	290 097	334 420	
APHP		2 496 423	
LANGUEDOC ROUSSILLON	119 226	449 446	413 169
LIMOUSIN			91 337
LORRAINE		444 248	
MIDI PYRENEES		718 307	57 021
NORD PAS DE CALAIS	297 273	1 029 676	262 208
BASSE NORMANDIE	16 941	336 427	
HAUTE NORMANDIE		156 182	
PACA		591 795	
PAYS DE LA LOIRE	359 642	93 776	
PICARDIE	86 234	114 216	41 699
POITOU CHARENTES	338 149		177 820
RHONE ALPES	359 643	1 594 175	
GUADELOUPE			
MARTINIQUE			
REUNION			29 522
TOTAL	4 949 974	14 941 132	1 258 962

Dotations déléguées en 2008 par les ARH au titre des MIG de l'article D162-6 2° d), e) f) g) h) et i), CSS tableau 7G : (source Arbust-MIGAC), données en euros

Prise en charge spécifique

Nom de la mission d'intérêt général	PASS	PASS mobile - accompagnement social des patients en situation précaire	Unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue de signes	Maisons médicales	Réseaux de télésoins, notamment la télé-médecine	Centres d'éthique nationaux	Consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH mentionnées à l'article L.3121-2 CSP / CDAG	Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents	Les actions de prévention et d'éducation thérapeutiques relatives aux maladies chroniques, et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infirmité par le vie	Structures spécialisées dans la gestion du risque nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique ou d'une crise sanitaire majeure	Consultations mémoires	L'emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique	Les consultations hospitalières d'addictologie	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 dispositifs d'annonce et les réunions de concertation pluridisciplinaire prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer
-------------------------------------	------	--	--	-------------------	--	-----------------------------	--	---	---	---	------------------------	---	--	---	--	---	---

CH	18 995 838	519 007		646 366	2 329 394	1 534	10 547 813	931 064	22 679 420	1 121 608	25 799 808	15 586 987	22 339 403	17 081 681	1 693 360	772 232	14 524 753
CHR hors AP-HP	6 773 411	649 154	2 479 699	179 880	4 360 290	717 344	5 635 265	625 698	21 008 327	4 001 958	9 135 329	7 521 408	7 670 826	21 178 676	11 250 270	11 182 110	13 691 454
CLCC				101 997	325 938	-309		735 657	2 182 983			1 026 477	630 910	2 257 552	1 871 171	357 680	13 261 930
AP-HP	10 160 579	2 432 454	575 302		1 535 688	1 119 233	1 196 878	8 053 693	16 999 881		2 268 608	17 934 843	11 702 953	11 718 921	7 829 817	6 672 878	11 510 061
CLINIQUES	372 221			358 000	43 727				1 596 096	3 000	274 618	9 633 147	648 210	985 860	27 154		10 097 845
EBNL - non PSPH											1 879	168 780	77 981	981 172	-4 307		287 380
EBNL	573 885	720 326	285 600		17 555	284	227 856	451 502	1 728 107		2 951 173	1 594 469	1 771 479	4 700 146	239 548	-461	2 371 541
TOTAL	36 875 934	4 320 941	3 340 601	1 286 243	8 612 592	1 838 086	17 607 812	10 797 614	66 194 814	5 126 566	40 431 415	53 466 111	44 841 762	58 904 008	22 907 013	18 984 439	65 744 964

ALSACE	538 950		457 885				555 827		561 873	246 033	685 203	1 440 117	1 692 647	2 728 682	424 968	838 067	1 133 849
AQUITAINE	1 247 868	714 794	285 570		64 790		262 261	156 000	1 655 673	509 109	3 247 079	2 013 490	1 866 958	2 779 616	690 641	450 264	2 103 331
AUVERGNE	452 109				83 525	41 623	218 779		1 076 542		1 233 338	2 353 678	1 354 403	1 542 601	553 307	273 332	1 675 372
BOURGOGNE	630 345	22 447		173 380	243 467	108 658	410 638		1 878 601		494 995	803 134	1 127 287	740 567	520 096		835 077
BRETAGNE	1 390 221		285 570			73 696	649 891	3 672	1 330 864	257 430	2 634 141	1 316 802	1 651 757	1 609 549	1 648 706	790 641	3 714 628
CENTRE	811 668						625 243	194 520	1 292 480	60 635	1 276 345	483 035	1 347 645	2 324 240	2 300 303		743 851
CHAMPAGNE ARDENNES	196 746						890 440	410 722	1 815 003	67 719	510 672	1 358 269	1 034 948	947 768	332 499		1 158 557
CORSE	79 492						44 887			60 000	514 546	10 690	206 866				371 271
FRANCHE COMTE	394 102				492 396		112 220		1 233 558	3 000	525 269	319 017	602 272	1 620 371	140 819		790 291
ILE DE France (hors AP-HP)	3 420 048						1 976 569	482 917	2 934 726	333 603	3 570 137	6 663 028	14 772 917	3 301 619	313 618	53 900	12 306 497
APHP	10 160 579	2 432 454	575 302		1 535 688	1 119 233	1 196 878	8 053 693	16 999 881		2 268 608	17 934 843		11 718 921	7 829 817	6 672 878	11 510 061
LANGUEDOC ROUSSILLON	1 179 127		144 947	508 000	450 000		459 989		2 231 537	36 487	2 921 938	522 778	1 157 997	1 493 217	516 918	358 820	728 221
LIMOUSIN	288 130				678 488		327 615		537 451		1 042 445	240 425	539 856	399 638	60 778		276 838
LORRAINE	863 090		154 868				705 716	70 000	2 485 315	284 777	2 037 705	723 502	1 862 204	2 940 318	219 291		1 931 148
MIDI PYRENEES	1 563 241	430 920	289 964	60 746	1 068 808		1 059 019	65 966	6 179 968	372 846	1 364 686	658 925	2 217 558	2 823 655	580 269	855 731	4 965 540
NORD PAS DE CALAIS	2 786 318		285 600	233 165	194 041		333 000	156 000	5 934 792	518 585	2 511 202	1 575 358	3 162 116	1 595 784	669 618	2 521 464	3 933 750
BASSE NORMANDIE	601 517	199 284			144 333	36 447	377 856		1 888 505		1 378 637	641 239	927 434	1 507 542	445 504		1 974 949
HAUTE NORMANDIE	950 875			10 000	283 587		275 073	156 000	980 717	519 369	1 076 360	974 580	1 444 919	601 599	723 246	282 073	2 034 113
PAYS DE LA LOIRE	1 827 212		143 670		127 501	1 716	1 183 460	161 894	1 320 810		2 355 396	2 490 048	1 243 915	910 422	974 637	242 971	1 066 174
PICARDIE	758 746		169 880		2 570 817		558 215		3 381 002		1 001 245	1 163 202	795 635	1 119 713	280 956		688 409
POITOU CHARENTES	1 373 409				65 393		1 442 997	156 000	2 252 918		1 168 176	481 237	1 031 535	935 468	234 678	716 128	7 379 149
PACA	2 177 777		428 370		97 173	257 869	1 227 897		3 838 231	246 051	2 065 916	2 721 139	1 667 055	5 914 038	1 076 518	371 265	2 410 159
RHONE ALPES	1 921 753	521 042	288 854	41 251	445 438	198 845	2 279 162	603 830	1 942 516	352 878	3 433 643	5 941 142	2 315 294	7 732 451	1 582 721	4 556 905	65 100
GUADELOUPE	399 000						137 651						162 890	316 850	171 000		461 190
MARTINIQUE	303 767						726		1 130 802	760 349	738 859	245 673	208 255	676 037	104 498		1 487 441
REUNION	559 845			89 821	67 148		295 804	126 399	1 311 050	497 693	374 875	390 760	447 398	623 442	511 606		
TOTAL	36 875 934	4 320 941	3 340 601	1 286 243	8 612 592	1 838 086	17 607 812	10 797 614	66 194 814	5 126 566	40 431 415	53 466 111	44 841 762	58 904 008	22 907 013	18 984 439	65 744 964

Dotations déléguées en 2008 par les ARH au titre des MIG de l'article D162-6 2° j), CSS tableau 7H :
(source Arbust-MIGAC),
données en euros
Aide médicale urgente

Nom de la mission d'intérêt général	SAMU	SMUR	CCMM (Centre de consultations médicales maritimes)
-------------------------------------	------	------	--

CH	17 534 160	39 079 729	
CHR hors AP-HP	101 749 453	446 675 574	200 024
CLCC	83 930 168	133 830 217	
AP-HP	- 5 814	-	
CLINIQUES	11 298	974 000	
EBNL non PSPH	- 599	611 986	
EBNL - PSPH	219 933	4 693 580	
TOTAL	203 438 599	625 865 086	200 024

ALSACE	5 061 355	14 389 236	
AQUITAINE	11 510 989	30 040 902	
AUVERGNE	6 387 194	15 204 630	
BOURGOGNE	5 046 213	25 092 544	
BRETAGNE	7 592 016	31 706 725	
CENTRE	8 638 814	28 118 216	
CHAMPAGNE ARDENNES	5 210 538	20 818 836	
CORSE	2 117 828	8 944 927	
FRANCHE COMTE	5 345 565	15 239 960	
ILE DE France (hors AP-HP)	29 375 589	84 762 737	
APHP	-5 814		
LANGUEDOC ROUSSILLON	8 945 126	16 734 887	
LIMOUSIN	3 831 913	8 852 369	
LORRAINE	9 881 034	24 839 617	
MIDI PYRENEES	11 609 664	36 680 546	200 024
NORD PAS DE CALAIS	12 096 136	33 728 632	
BASSE NORMANDIE	5 405 198	19 476 417	
HAUTE NORMANDIE	4 609 312	20 259 320	
PACA	9 290 092	24 465 941	
PAYS DE LA LOIRE	6 005 758	24 080 645	
PICARDIE	6 763 533	25 415 876	
POITOU CHARENTES	13 257 608	50 789 962	
RHONE ALPES	16 820 665	51 512 127	
GUADELOUPE	3 515 665	4 739 856	
MARTINIQUE	1 865 168	2 627 588	
REUNION	3 261 441	7 342 590	
TOTAL	203 438 599	625 865 086	200 024

Dotations déléguées en 2008 par les ARH au titre des MIG de l'article D162-6 3° a), CSS tableau 71 : (source Arbust-MIGAC), données en euros

Définition et mise en œuvre des politiques publiques

Nom de la mission d'intérêt général	La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts	MAD auprès des services de l'Etat chargés de la définition et de la	Coordination des instances nationales de représentation des directeurs	MAD auprès des organisations syndicales nationales	Les action de coopération internationale
-------------------------------------	--	---	--	--	--

APHP	103 029	4 413 575		170 492	1 846 334
CH	985 933	8 355 989	272 073	750 046	147 310
CHR	574 502	2 184 953	118 859	1 105 163	729 786
CLCC	200 745			38 297	
Cliniques	1 560 844				
EBNL - non PSPH	186 491		12 093	68 973	
EBNL - PSPH	283 314	407 182	-	291 400	200 603
TOTAL	3 894 858	15 361 699	403 025	2 424 371	2 924 033

Alsace	142 788	129 095	136 121	113 046	51 810
Aquitaine	129 591	56 941	112 821	21 230	354 190
Auvergne	142 657			181 469	
Bourgogne	55 035	312 423			25 356
Bretagne	198 105	80 650		635 680	
Centre	57 449	255 603		39 691	
Champagne-Ardenne	109 111	300 114		-61 000	
Corse					
Franche-Comté		129 775			51 093
Ile-de-France (hors AP HP)	382 796	7 782 515			150 603
AP HP	103 029	4 413 575		170 492	1 846 334
Languedoc-Roussillon	359 745	110 734		53 229	
Limousin	123 090				50 000
Lorraine	194 700	180 762		216 776	
Midi-Pyrénées	179 108	275 157		135 887	178 270
Nord-Pas-de-Calais	321 329			82 629	216 376
Normandie-Basse		215 077		23 291	
Normandie-Haute	129 648	276 171		36 330	
Pays de la Loire	415 848	410 637	23 131	115 730	
Picardie	122 488	83 037			
Poitou-Charentes	234 701	11 380		108 411	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	184 293	142 174	-94 907	303 640	
Rhône-Alpes	309 348	195 878	225 859	236 841	
ZZ-Guadeloupe				11 000	
ZZ-Martinique					
ZZ-Réunion					
TOTAL	3 894 858	15 361 699	403 025	2 424 371	2 924 033

Dotations déléguées en 2008 par les ARH au titre des MIG de l'article D162-6 3° b), CSS tableau 7J :
(source Arbust-MIGAC),
données en euros

Soins aux détenus et aux femmes enceintes

Nom de la mission d'intérêt général	Centres périnataux de proximités	UCSA (unités de consultation et de soins en ambulatoire)	UHSI (unités hospitalières sécurisées interrégionales)	Chambres sécurisées pour détenus
-------------------------------------	----------------------------------	--	--	----------------------------------

APHP		5 998 851	5 000 000	576 355
CH	13 904 698	92 037 351	930 197	836 783
CHR	944 528	44 437 755	25 432 971	68 622
CLCC				
Cliniques	185 549			
EBNL - non PSPH				
EBNL - PSPH	2 005 112			
TOTAL	17 039 887	142 473 957	31 363 168	1 481 760

Alsace	992 220	3 686 135		
Aquitaine	337 965	6 859 186	2 744 715	
Auvergne	493 194	2 511 621		30 200
Bourgogne	630 000	3 642 193		
Bretagne	1 768 816	3 952 879	712 584	
Centre	2 165 367	5 297 876		
Champagne-Ardenne	19 900	3 062 980		
Corse		1 061 630		
Franche-Comté	44 400	1 577 980		38 622
Ile-de-France (hors AP HP)		20 392 716		
AP HP		5 998 851	5 000 000	576 355
Languedoc-Roussillon	264 220	5 719 914		
Limousin		1 723 094		
Lorraine	823 844	7 205 481	3 859 310	
Midi-Pyrénées	1 434 380	6 219 485	2 750 241	86 000
Nord-Pas-de-Calais		11 062 980	3 293 105	181 200
Normandie-Basse	1 858 544	3 357 439		
Normandie-Haute	1 225 078	4 816 166		49 683
Pays de la Loire	339 405	4 946 389		
Picardie	904 423	5 073 222		
Poitou-Charentes	719 504	3 670 954		
Provence-Alpes-Côte d'Azur		16 245 037	9 274 594	25 918
Rhône-Alpes	2 852 333	9 405 363	3 728 619	284 908
ZZ-Guadeloupe		1 184 185		
ZZ-Martinique		1 186 444		
ZZ-Réunion	166 295	2 613 757		208 874
TOTAL	17 039 887	142 473 957	31 363 168	1 481 760

Annexe 1 : exemple de fiches par mission à destination des professionnels et des ARH

Equipes hospitalières de liaison en addictologie

Références juridiques : Code de la santé publique (3ème partie livres III, IV et V) ; Circulaire DHOS/DGS N°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives ; Plan addictologie 2007-2011

Périmètre de la MIGAC : Peuvent bénéficier d'un financement MIGAC les équipes hospitalières officiellement reconnues par les ARH comme équipe hospitalière de liaison en addictologie. Ces équipes de liaison remplissent des missions de formation, d'élaboration de protocoles de soins et de prise en charge, des actions de prévention, d'information et de sensibilisation, d'intervention (aux urgences, en hospitalisation, en consultations externes) auprès des personnes ayant des conduites addictives. Elles sont également chargées de recueils épidémiologiques et d'un rôle d'animation et de coordination des réseaux de prise en charge. L'activité de liaison de ces équipes ne doit pas se confondre avec l'activité de prise en charge en hospitalisation ou en consultations de patients dépendants. Il existe d'ailleurs une autre MIG "consultations hospitalières d'addictologie".

Eléments d'allocation budgétaire : Il vous est rappelé la composition type d'une équipe de liaison (temps partiel de PH ; 2 à 3 ETP de PNM (IDE, diététicienne, psychologue...) ; un temps de secrétariat). Les données présentées par l'établissement (par exemple RTC pour les ex-DG ou données comptables pour les privés) devront être expertisées à votre niveau en fonction de cette composition type. Devront être déduites les recettes issues des GHS et des consultations externes (si les équipes de liaison ont pris en charge des hospitalisations et des consultations ce qui doit rester exceptionnel) ainsi que les éventuelles subventions perçues (associations, collectivités territoriales). Le financement MIGAC se limite aux surcoûts non financés de l'activité de ces équipes de liaison. Par ailleurs, des mesures nouvelles sont prévues dans le cadre du plan addictologie 2007-2011.

Conditions d'exécution et modalités d'évaluation :

Activité	Suivi annuel des patients pour lesquels l'équipe de liaison a été sollicitée, des actions de formation, des données épidémiologiques
Qualité	Un fonctionnement en réseau est nécessaire afin de favoriser le suivi médico-psycho-social des personnes prises en charge.

Commentaires :

L'objectif prioritaire de ces équipes est de rapprocher les compétences d'alcoologie, de toxicomanie et de tabacologie au sein des établissements de santé et d'accompagner les évolutions en cours en matière d'addictologie en particulier chez les jeunes consommateurs. La fiche MIG "consultations hospitalières d'addictologie" pourra utilement être consultée afin d'éviter les doubles financements.

Annexe 2 : exemple de modélisation du financement d'une MIG

CCLIN : centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales

Contexte :

Les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) ainsi que les antennes régionales de CCLIN sont financées par la dotation MIGAC, sur la base, principalement, des déclarations des charges identifiées au titre de cette activité faites par les établissements siège de CCLIN ou d'antennes.

L'arrêté du 17 mai 2006 (JO du 02 septembre 2006) détermine les missions devant être réalisées par les antennes de CCLIN. Il sera prochainement suivi de la mise à jour de celui en date du 3 août 1992 décrivant l'activité des CCLIN. La lecture de ce dernier arrêté et les documents ultérieurs montrent que le dimensionnement des équipes nécessaires au fonctionnement d'un CCLIN n'a jamais été défini par le ministère de la santé contrairement au nouvel arrêté sur les antennes qui précise que les compétences nécessaires au fonctionnement d'une antenne sont au minimum « d'un médecin ou pharmacien compétent en hygiène et d'un temps infirmier ou cadre de santé formé en hygiène ».

Un groupe de travail regroupant les sous-directions E et F a convenu de procéder à deux modélisations distinctes, pour les CCLIN et pour les antennes de CCLIN. De plus ayant constaté que certaines antennes sont financées directement par l'ARH alors que d'autres voient leur financement « transiter » par le CCLIN, le groupe de travail a décidé de scinder dans l'arrêté MIG 2007 les CCLIN et les antennes de CCLIN et de demander aux ARH d'individualiser les financements et de financer directement les antennes. Pour les CCLIN, le modèle de financement suivant est proposé.

Modèle :

Le groupe de travail a retenu le principe d'une corrélation entre le financement accordé au titre des CCLIN et le nombre total de lits existants dans les régions couvertes, toutes catégories de lits confondues : MCO, SSR, psychiatrie y compris les lits d'EHPAD, ces derniers étant nouvellement couverts par les CCLIN. L'éventualité d'une pondération des lits d'EHPAD versus lits MCO n'a pas été retenue en raison du poids homogène sur tous les CCLIN des lits d'EHPAD (entre 15 et 19% du total des lits).

Les comparaisons des dépenses déclarées par chaque CCLIN ramenées au nombre de lits montrent de grandes divergences entre CCLIN (rapport de 1 à 2,6) sans justification particulière autre que l'historique du développement de chaque CCLIN.

Il a donc été décidé de choisir un CCLIN de référence. Le CCLIN sud-est a été retenu pour plusieurs raisons : connaissance des charges déclarées dans le RTC 2004 à la fois pour le CCLIN et les antennes, nombre de lits couverts le plus élevé, nombre non négligeable de grandes villes aux structures sanitaires publiques et privées importantes, dispersion géographique avec diversité des accès (littoral, zones rurales ou/et montagneuses difficiles d'accès), part des +75

ans dans la population couverte dans la moyenne, participation active aux réseaux de surveillance, financement déclaré par l'ARH parmi les plus élevés.

Le croisement de l'ensemble de ces données garantit un modèle de financement adapté aux CCLIN (hors antenne), aux effets revenus limités pour les CCLIN et sans caractère inflationniste. Il a par ailleurs été déduit des financements MIGAC

La première étape consiste à défalquer des financements MIGAC alloués pour les CCLIN, les financements des antennes qui « transitent » par les CCLIN pour ne retenir comme base que les financements spécifiques des CCLIN. Dans un second temps, il a été retenu comme base 100 les capacités couvertes (nombre de lits) par le CCLIN du Sud Est et calculé le rapport pour les autres CCLIN (celui-ci varie entre 53 et 100). Dans un troisième temps, l'application directe de ce rapport au financement du CCLIN sud-est permet de fixer la base du financement de chaque CCLIN. Enfin, afin de tenir compte des frais particuliers engagés par les CCLIN assurant le suivi des DOM, il est proposé d'allouer un complément de financement forfaitaire de 10000€ par DOM suivi (mise à jour 2008 à hauteur de 10300€). Pour mémoire, Saint-Pierre-et-Miquelon est rattaché au CCLIN ouest, la Réunion au CCLIN sud-est, la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe au CCLIN sud-ouest.

Résultats :

Cette méthode, après mise à jour en 2008, conduit à un modèle de financement d'un montant global de 4 271 143€ réparti de la manière suivante :

CCLIN Est : 590 408€

CCLIN Ouest : 751 360€ dont 10 300€ pour St Pierre et Miquelon (frais de mission)

CCLIN Nord : 1 112 498€

CCLIN Sud-Est : 1 123 879€ dont 10 300€ pour la Réunion (frais de mission)

CCLIN Sud-Ouest : 692 998€ dont 30 900€ pour les DFA (frais de mission)

Le détail des calculs du modèle figure dans le tableau page suivante.

Pour mémoire, il est rappelé que la campagne 2008 a été l'occasion de scinder les financements des CCLIN et des ARLIN. Ainsi, les financements des ARLIN qui antérieurement transitaient, dans certaines régions par les CCLIN, ont été transférés des CCLIN vers les ARLIN concernées. Les CCLIN Nord et Sud-Ouest ont été concernés par cette mesure.

MODELISATION DU FINANCEMENT DES CCLIN : REFERENCE CCLIN SUD EST

raison sociale de l'établissement de rattachement du CCLIN	Zone	Données économiques				Données géo + lits couverts				
		Charges 2004 (encadrées) déclarées au titre du CCLIN et des antennes régionales	Charges 2004 (encadrées) déclarées au titre de l'antenne régionale	Charges totales 2004 déclarées (dépenses encadrées)	Financement fin 2005 (MIGAC) au titre du CCLIN hors antennes	Superficie couverte (Insee)	Rattachement des DOM	Nombre de lits couverts (SAE 2004)	Nombre de lits couverts (y compris Ehpad) en 2004	poids lits EPHAD dans total Lits
CHU DE NANCY	Est	662 186	127 825	790 011	505 947	105 212		65 747	89 991	16%
C.H.U. DE RENNES	Ouest	1 177 786		1 177 786	838 261	116 031	St Pierre et M	79 993	112 951	17%
ASSISTANCE PUBLIQUE AP-HP	Nord	2 503 096	-	2 503 096	1 263 541	56 142		125 391	169 569	15%
HOSPICES CIVILS DE LYON	Sud Est	849 210	829 261	1 678 472	1 079 241	139 674	Réunion	121 664	169 731	16%
CHU HOPITAUX DE BORDEAUX	Sud Ouest	955 299	-	955 299	572 452	215 727	3 DFA	69 354	100 910	19%
Total				7 104 664	4 259 442	632 786		462 149	643 152	

Pour le CCLIN Sud Est (1 079 241€), les financements 2005 des antennes régionales ont été retirés (156 483 €)	24 244
Pour le CCLIN Ouest (838 261€), les financements 2005 des antennes, Creno et appels à projets, ont été retirés soit 210 260 €	32 958
Pour le CCLIN Sud Ouest (572 452€), les financements 2005 des antennes ont été retirés soit 387 113 €	44 178
Pour le CCLIN Est (505 947€), les financements 2005 des antennes ont été exclus soit 130 000 €	48 067
Pour le CCLIN Nord (1 263 541€), les financements 2005 de l'antenne de Haute Normandie ont été retirés (soit 28 100 €)	31 556

Simulation : "alignement" sur le CCLIN du Sud Est										
raison sociale de l'établissement de rattachement du CCLIN	Zone	rapport charges	rapport financements	rapport nombre de lits (ehpad inclus)	Application directe du rapport nombre de lits aux financements accordés	Prise en compte des DOM (forfait de déplacement)	Simulation finale 2007	écart financement théorique et accordé fin 2005		Mise à jour 2008 simulation
CHU DE NANCY	Est	0,47	0,47	0,53	572 211		572 211	66 264	13,10%	590 408
C.H.U. DE RENNES	Ouest	0,70	0,78	0,67	718 203	10 000	728 203	-110 058	-13,13%	751 360
ASSISTANCE PUBLIQUE AP-HP	Nord	1,49	1,17	1,00	1 078 211		1 078 211	-185 330	-14,67%	1 112 498
HOSPICES CIVILS DE LYON	Sud Est	1,00	1,00	1,00	1 079 241	10 000	1 089 241	10 000	0,93%	1 123 879
CHU HOPITAUX DE BORDEAUX	Sud Ouest	0,57	0,53	0,59	641 640	30 000	671 640	99 188	17,33%	692 998
Total					4 089 506	50 000	4 139 506	-119 936	-2,82%	4 271 143

Annexe 3 : annexe juridique

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)

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 ceux relatifs à la mise en oeuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en oeuvre 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. L'Etat détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale et fixe, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements.

En vue de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de l'hospitalisation 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 1^{er} 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 oeuvre des politiques publiques dans les domaines suivants :

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

4° La permanence des soins hospitalière

Article D. 162-7

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

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

1° Prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité ;

2° Prise en charge des détenus dans des unités hospitalières spécialisées ou dans les établissements pénitentiaires ;

3° Prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé ;

4° Prise en charge spécifique des patients en situation de précarité

Article D. 162-8

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

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

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

NB : le dernier arrêté en date est l'arrêté du 13 mars 2009 mais l'arrêté en vigueur en 2008 est l'arrêté du 23 mars 2007 modifié par l'arrêté du 02 avril 2008. L'arrêté figurant ci-dessous est celui du 13 mars 2009 de manière à permettre au Parlement de disposer des derniers textes en vigueur.

Article R. 162-42-4

(inséré par 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.

Code de la santé publique

Article D.6114-2

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

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

.../...

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

Article D.6114-5

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

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

Liste des activités MIG issue de l'arrêté du 13 mars 2009

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 :

Art. 1^{er}. – Peuvent être pris en charge au titre des missions mentionnées au 1^o 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^o Au titre de la recherche médicale et de l'innovation :

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

b) Les centres de ressources biologiques ;

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

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

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

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

g) Les délégations interrégionales à la recherche clinique.

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

a) Les actions de téléenseignement et de téléformation ;

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

3^o 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 ;
- n) Les centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique ;
- o) Les centres de référence pour infections ostéo-articulaires.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– les centres nationaux d'éthique.

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

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

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

- a) Les consultations mémoire ;
- b) Les consultations hospitalières d'addictologie ;
- c) L'emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévus par les plans nationaux de santé publique, à l'exception du plan cancer ;
- d) Les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle ;
- e) Les consultations hospitalières de génétique ;
- f) La nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile ;
- g) Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents ;
- h) Les actions de coordination et les pratiques de soins spécifiques en cancérologie.

10. Au titre de l'aide médicale urgente :

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

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

1. La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts ;

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

3. La coordination des instances nationales de représentations des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de commission médicale d'établissements et de conférences médicales mentionnées aux articles L. 6144-1, L. 6161-2 et L. 6161-8 du code de la santé publique ;

4. La rémunération, les charges sociales des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

5. Les actions de coopérations internationales en matière hospitalière dans le cadre des politiques de coopération internationale définies par les autorités de l'Etat ;

6. La rémunération, les charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'inspection générale des affaires sociales.

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexe 4 : Liste des sigles utilisés :

AC : aide à la contractualisation
ARH : agence régionale d'hospitalisation
ARS : agence régionale de santé
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCLIN : centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit
CHR : centre hospitalier régional
CHU : centre hospitalier universitaire
CLCC : centre de lutte contre le cancer
COMEX : commission exécutive
COREVIH : comité de coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSS : code de la sécurité sociale
DARH : directeur (trice) d'agence régionale d'hospitalisation
DOM : département d'outre mer
DG : dotation globale
EBNL : établissement à but non lucratif
FNCLCC : fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
GHS : groupe homogène de séjour
Loi HPST : loi hôpital patient santé territoire
MIG : mission d'intérêt général
MIGAC : mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MIGCR : mission d'intérêt général à caractère régional
MERRI : mission d'enseignement de recherche, de référence et d'innovation
MSP : missions de service public
MT2A : mission tarification à l'activité
PDSH : permanence des soins hospitalière
PHRC : programme hospitalier de recherche clinique
PMSI : programme de médicalisation du système d'information
PSPH : participant au service public hospitalier
ODMCO : objectif de dépenses pour le secteur médecine chirurgie obstétrique
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQN : objectif quantifié national
SAMU : service d'aide médicale urgente
SIGAPS : système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques
SMUR : service mobile d'urgences et de réanimation
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
SSA : service de santé des armées
STIC : soutien aux techniques innovantes et coûteuses
T2A : tarification à l'activité
UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires
UHSI : unité hospitalière sécurisée interrégionale