



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Rapport 2012 au Parlement sur le financement des établissements de santé

*(Loi 2011 1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour
2012 - Art. L 162-22-19)*

Sommaire

Rappel des dispositions législatives relatives au rapport	5
1. Les conditions de réalisation de l'exercice 2011 ont servi au cadrage de la campagne 2012.....	6
1.1. L'exécution 2011 sur le champ ODMCO	7
1.1.1. L'évolution de l'activité des établissements de « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) en 2011	7
1.1.2. Zoom sur quelques activités spécifiques	14
1.1.2.1. La chirurgie ambulatoire	14
1.1.2.2. Les soins palliatifs	18
1.2. L'exécution 2011 sur le champ des dotations.....	22
1.2.1. Présentation des ordres de grandeur macro-économiques sur le champ des dotations (MIGAC, FMESPP, FIQCS et FIR) en comparaison avec les années antérieures :	22
1.2.2. Zoom sur les montants des principales MIG / AC (évolution des principales dotations MIGAC)	25
1.2.3. Mises en réserves prudentielles des dotations AC et dégels différenciés entre régions, en fonction de la dynamique d'activité : un moyen de sensibiliser les régions et les établissements à la nécessaire maîtrise des volumes.....	28
1.2.4 Les dotations FMESPP et FIQCS ont également contribué en 2011 au financement des projets des établissements de santé.....	29
1.3. La situation financière des établissements de santé en 2009 et 2010	32
1.3.1. La Situation financière des établissements <i>ex-DG</i>	32
1.3.2. La situation financière des cliniques privées	35
2. Les principales évolutions apportées au modèle de financement en 2012.....	37
2.1. Le cadrage des sous-objectifs de l'ONDAM en 2012.....	38
2.1.1. Présentation des grands agrégats de l'ONDAM hospitalier en 2012	38
2.1.2. Les ajustements opérés pour aboutir à ces équilibres	38
2.2. Les évolutions apportées en 2012 sur le champ ODMCO	40
2.2.1. Les évolutions en termes de classification et prestations sur le champ MCO.....	40
2.2.2. Les modalités de construction tarifaire en 2012.....	42
2.2.3. Le bilan de la convergence tarifaire entre 2006 et 2012	44
2.3. Les évolutions apportées en 2012 sur le champ MIGAC	49
2.3.1. Les principes qui ont présidé à la construction de la dotation MIGAC en 2012	49
2.3.2. La sécurisation juridique des MIGAC	57
2.4. En parallèle des évolutions apportées au modèle de financement, la production d'outils non financiers (guide SROS, IPA, travaux sur la pertinence) de régulation de l'offre de soins permettent d'améliorer le pilotage de l'offre de soins.....	60
2.4.1. Le guide SROS-PRS.....	60

2.4.2. Le guide Indicateurs de Pilotage de l'Activité (IPA).....	61
2.4.3. Les travaux sur la pertinence des soins	62
3. Les perspectives d'évolution des modèles de financement des établissements de santé.....	64
3.1. Les perspectives d'évolutions de la T2A dans le champ des établissements MCO	65
3.1.1. La convergence ciblée fondée sur une logique médico-économique a atteint ses limites : les deux secteurs ont des missions différentes et complémentaires.....	65
3.1.2. Le financement à la qualité.....	65
3.1.3. L'adaptation de la T2A aux établissements isolés.....	67
3.1.4. Les travaux menés sur les urgences et les études de coût.....	70
3.1.5. Le lancement d'études de coût sur la réanimation	71
3.1.6. L'adaptation de la T2A aux activités non-programmées	71
3.2. Les perspectives d'évolutions des modèles de financement hors du champ MCO	73
3.2.1. L'extension de la T2A au SSR	73
3.2.2. La réforme des modalités de convergence des USLD	74
3.3. Les travaux conduits sur le champ MIGAC	75
3.3.1. Les travaux conduits en 2012 pour faire évoluer le modèle de financement	75
3.3.2. Les évolutions des systèmes d'information: pour une meilleure transparence dans l'allocation des ressources	82
4. Annexes.....	83
Annexe 1 : Evolution du nombre de séjours par CMD secteur ex DG	83
Annexe 1 : Evolution du nombre de séjours par CMD secteur ex OQN.....	84
Annexe 2 : Liste des 19 couples de racines en chirurgie ambulatoire	86
Annexe 3 Soins palliatifs : Liste des 25 GHM ayant le plus grand nombre de séjours avec un DAS de soins palliatifs en 2011 (secteur ex-DG)	87
Annexe 3 Soins palliatifs : Liste des 25 GHM ayant le plus grand nombre de séjours avec un DAS de soins palliatifs en 2011 (secteur ex-OQN)	88
Annexe 4 : LFSS pour 2004 (VII de l'article 33), qui sera abrogée dans la LFSS pour 2013	90
Annexe 6 : Economie réalisées sur la convergence en 2011.....	91
Annexe 7 : Eléments chiffrés sur l'évolution des dotations MIGAC.....	101

Rappel des dispositions législatives relatives au rapport

Article L162-22-19

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur :

1° La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. A ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ;

2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. A ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, 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 ;

3° Le processus de convergence des tarifs, tel que mentionné à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003). A ce titre, le rapport met en perspective le programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018.

1. Les conditions de réalisation de l'exercice 2011 ont servi au cadrage de la campagne 2012

SYNTHESE DU CHAPITRE 1

Le nombre global de séjours a augmenté de +2,1% entre 2010 et 2011, la progression étant cependant plus élevée dans le secteur Ex DG (+2,5%) que dans le secteur Ex OQN (+1,2%). La part d'activité du secteur ex-DG dans l'activité globale progresse ainsi de un point entre 2009 et 2011. Les mêmes tendances sont observées sur le volume économique et se sont traduites par une augmentation plus importante du volume économique dans le secteur ex DG. C'est principalement dans le champ de la chirurgie que l'augmentation du volume économique, est la plus marquée en 2011. Cette activité, de même que les soins palliatifs, soutenus par des incitations tarifaires, ont connu une croissance importante en volume économique.

Ces différences entre les deux secteurs se constatent également à un niveau plus fin. L'activité du secteur Ex DG, par exemple, est plus hétérogène, se traduisant par une activité plus diversifiée, que celle du secteur Ex OQN, puisque les 5 CMD les plus fréquentes ramènent l'activité respectivement à hauteur de 30,1% et 57,7%. La prise en charge, en termes de classes d'âge, des personnes âgées de plus de 80 ans représentent en 2011, 14,4% des séjours dans le secteur ex DG et 10,4% dans le secteur ex OQN, augmentant cependant de près de un point dans les deux secteurs depuis 2009. Enfin la durée moyenne de séjour (stable depuis 2009) s'établit à 6,1 jours dans le secteur ex DG et de 4,6 jours dans le secteur ex OQN,

L'évolution récente de la situation financière des établissements de santé ressort comme globalement encourageante. En particulier, la relative maîtrise du poste « frais de personnel », dans un contexte de ressources contraint, a permis une progression de leur capacité d'autofinancement (CAF) en 2011. La détérioration du résultat global constatée en 2011 (325 M€ contre - 230 M€ en 2010) après deux années consécutives d'amélioration est modérée par l'amélioration de la CAF. Enfin le déficit reste très fortement concentré puisque les dix établissements publics les plus déficitaires représentent 47 % du déficit total des établissements déficitaires. De forts contrastes, en termes de situation financière, existent également au sein du secteur ex OQN, même si ce dernier reste globalement excédentaire.

Enfin, les dotations servant à financer les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – MIGAC - ont augmenté en 2011 de 4,1 %. Précisément, on observe, le prolongement d'une tendance déjà engagée en 2010 : au sein de la dotation MIGAC, la part consacrée aux MIG croît de manière plus soutenue que la part des AC, les dotations AC (hors investissements d'engagement national) constituant depuis 3 ans un levier important de la régulation des dépenses.

1.1. L'exécution 2011 sur le champ ODMCO

1.1.1. L'évolution de l'activité des établissements de « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) en 2011¹

a) Vue d'ensemble de l'évolution de l'activité : Un nombre de séjours en hausse

Les premiers enseignements que l'on peut tirer des résultats 2011 sont les suivants :

- En 2011, 23,1 millions de séjours dont 6,0 millions de séances ont été réalisés tous secteurs confondus.
- Entre 2010 et 2011, le nombre global de séjours a augmenté de +2,1%. Cette hausse concerne essentiellement les séances (+4,3% dont +5,1% dans les ex DG) ;

Le secteur Ex DG réalise en 2011 47,5% des séjours sans nuitée, 72% des séjours en hospitalisation complète et 63% des séances. En parallèle, le secteur Ex OQN réalise de son côté 52,5% des séjours sans nuitée, 28% des séjours en hospitalisation complète et 37% des séances. La part du secteur Ex DG concernant la prise en charge des séjours sans nuitée depuis 2009 (-0,5%) connaît une légère diminution au profit du secteur Ex OQN. Cette évolution est inverse concernant la prise en charge des séjours en hospitalisation complète, la part d'activité du secteur ex-DG dans l'activité globale progresse de un point entre 2009 et 2011.. L'évolution comparée de l'activité des deux secteurs est en revanche stable concernant les séances.

Tableaux n° 1 : Evolution du nombre de séjour par type d'hospitalisation

Ex DG + ex OQN	Séjours en milliers			Evolution 2009/2010		Evolution 2010/2011	
	2009	2010	2011	En milliers	En %	En milliers	En %
Séjours sans nuitée	5 846.3	5 941.5	6 145.9	95.1	1.6%	204.5	3.4%
Hospitalisation complète	10 870.7	10 856.5	10 879.7	- 14.2	-0.1%	23.2	0.2%
Total hospitalisation	16 717.1	16 798.0	17 025.6	80.9	0.5%	227.7	1.4%
Séances	5 585.4	5 789.4	6 039.0	204.0	3.7%	249.6	4.3%
TOTAL	22 302.5	22 587.4	23 064.7	284.9	1.3%	477.3	2.1%
Ex DG	Séjours en milliers			Evolution 2009/2010		Evolution 2010/2011	
	2009	2010	2011	En milliers	En %	En milliers	En %
Séjours sans nuitée	2 817.0	2 840.6	2 921.4	23.7	0.8%	80.7	2.8%
Hospitalisation complète	7 704.1	7 750.9	7 810.8	46.7	0.6%	59.9	0.8%
Total hospitalisation	10 521.1	10 591.5	10 732.2	70.4	0.7%	140.7	1.3%
Séances	4 827.9	5 034.0	5 290.4	206.1	4.3%	256.4	5.1%

¹ Les données présentées dans cette partie proviennent des travaux de l'ATIH, présentés plus en détail dans le rapport d'exécution de la campagne 2011 disponible sur le site Internet de l'agence (Rubrique=>Accueil=>Rapports et études=> Suivi des dépenses hospitalières; Accès : <http://www.atih.sante.fr/>).

TOTAL	15 349.1	15 625.6	16 022.6	276.5	1.8%	397.0	2.5%
--------------	-----------------	-----------------	-----------------	--------------	-------------	--------------	-------------

Source : ATIH 2011

Ex OQN	Séjours en milliers			Evolution 2009/2010		Evolution 2010/2011	
	2009	2010	2011	En milliers	En %	En milliers	En %
Séjours sans nuitée	3 029.3	3 100.8	3 224.6	71.5	2.4%	123.7	4.0%
Hospitalisation complète	3 166.6	3 105.6	3 068.9	-61.0	-1.9%	-36.7	-1.2%
Total hospitalisation	6 195.9	6 206.4	6 293.5	10.5	0.2%	87.0	1.4%
Séances	757.5	755.4	748.6	- 2.1	-0.3%	-6.7	-0.9%
TOTAL	6 953.4	6 961.8	7 042.1	8.4	0.1%	80.3	1.2%

Source : ATIH 2011

- La part des modes de prise en charge par secteur est stable par rapport à 2009

Tableau n° 2 : Part des modes de prise en charge par secteur

	Ex DG			Ex OQN		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Séjours sans nuitée	18%	18%	18%	44%	45%	46%
Hospitalisation complète	50%	50%	49%	46%	45%	44%
Total hospitalisation	69%	68%	67%	89%	89%	89%
Séances	31%	32%	33%	11%	11%	11%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : ATIH 2011

- Une durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2011 de 6,1 jours dans le secteur ex DG et de 4,6 jours dans le secteur ex OQN. Cette DMS est restée stable entre 2009 et 2011.
- Par classe d'âge, les personnes âgées de plus de 80 ans représentent en 2011, 14,4% des séjours dans le secteur ex DG et 10,4% dans le secteur ex OQN. En 2009, ces proportions atteignaient respectivement 13,6% et 9,8%.

b) Evolution du volume économique

Le « volume économique » traduit à la fois les évolutions :

- du nombre de séjours ;
- de la structure d'activité résultant :
 - soit de l'évolution de la lourdeur des prises en charge ;
 - soit d'une amélioration du codage des informations médicales.

Il est obtenu en pondérant les séjours par leur tarif. Il apporte donc un éclairage sur l'évolution de la masse financière de l'activité mais ne peut pas être interprété directement comme un niveau de recettes pour les établissements. En effet, la valorisation monétaire mesure uniquement la production tarifaire des GHS (c'est à dire intègre la modalité de financement des séjours extrêmes mais pas les suppléments journaliers). Elle est opérée en tarif tout compris et ne tient pas compte des coefficients

de transition afin de pouvoir comparer à périmètre constant les données de 2009 et 2010 avec celles de 2011. En effet, le principe de coefficient de transition est arrivé à son terme en 2011. Il convient de noter que les données d'activité propres à chaque exercice sont groupées selon la même classification (c'est à dire en version v11c de la classification des GHM) et valorisées selon l'arrêté tarifaire en vigueur pour les deux secteurs au 1^{er} mars 2011.

Le volume économique à classification constante des établissements du secteur ex-DG a progressé de +3,0% entre 2010 et 2011 dont un effet lié à la structure d'activité de +0,5%. L'ensemble des prises en charge est concerné par une hausse du volume économique.

Tableau n° 3 : Evolution du volume économique du secteur ex DG

EX DG	Volume économique à classification constante (en M€)			Evolution 2009/2010			Evolution 2010/2011		
	2009	2010	2011	en M€	en %	dont effet structure	en M€	en %	dont effet structure
Séjours sans nuitée	2 049.4	2 114.8	2 222.0	65.4	+3.2%	+2.3%	107.2	+5.1%	+2.2%
Hospitalisation complète	22 453.1	23 149.6	23 770.1	696.5	+3.1%	+2.5%	620.5	+2.7%	+1.9%
Total hospitalisation	24 502.5	25 264.4	25 992.1	761.8	+3.1%	+2.4%	727.7	+2.9%	+1.5%
Séances	1 550.0	1 627.1	1 712.2	77.1	+5.0%	+0.7%	85.1	+5.2%	+0.1%
TOTAL	26 052.5	26 891.5	27 704.3	838.9	+3.2%	+1.4%	812.8	+3.0%	+0.5%

Source : ATIH 2011

Pour les établissements du secteur ex OQN, le volume économique à classification constante a augmenté de +1,8% dont un effet lié à la structure d'activité de 0,6%. Le volume économique est en hausse sur tous les types de d'hospitalisation, sauf les séances.

Tableau n°4 : Evolution du volume économique du secteur ex OQN

EX OQN	Volume économique à classification constante (en M€)			Evolution 2009/2010			Evolution 2010/2011		
	2009	2010	2011	en M€	en %	dont effet structure	en M€	en %	dont effet structure
Séjours sans nuitée	1 483.5	1 546.1	1 624.5	62.6	+4.2%	+1.8%	78.3	+5.1%	+1.0%
Hospitalisation complète	4 880.3	4 888.7	4 932.1	8.4	+0.2%	+2.1%	43.4	+0.9%	+2.1%
Total hospitalisation	6 363.8	6 434.8	6 556.5	71.1	+1.1%	+0.9%	121.7	+1.9%	+0.5%
Séances	224.4	223.2	221.1	- 1.3	-0.6%	-0.3%	-2.1	-0.9%	+0.0%
TOTAL	6 588.2	6 658.0	6 777.6	69.8	+1.1%	+0.9%	119.6	1.8%	+0.6%

Source : ATIH 2011

Pour les deux secteurs, il convient de noter l'atténuation de l'effet structure (atténuation plus marquée pour le secteur ex-DG).

c) Evolution des séjours par catégorie d'activités de soins (CAS)

Les catégories d'activités de soins constituent une nomenclature en 8 classes permettant de suivre l'activité en croisant les principales activités de soins et les modes de prise en charge. Les catégories prépondérantes sont :

Pour le secteur Ex DGG :

- les séjours sans acte classant (38%) ;
- la chirurgie (14%)
- l'obstétrique (9%)

Pour le secteur Ex OQN :

- la chirurgie (44%)
- les séjours sans acte classant (13%)
- l'obstétrique (7%)

Tableau n° 5 : Evolution par CAS – secteur ex DG

CAS	2011		Evolution 2010/2011		
	Part en séjours	Part en volume économique	Evolution du volume économique	- dont nombre de séjours	- dont effet structure
Chirurgie ambulatoire	3.9%	2.7%	+10.9%	+9.8%	+1.0%
Chirurgie non ambulatoire	10.0%	28.1%	+3.7%	+1.0%	+2.6%
Total chirurgie	13.8%	30.8%	+4.2%	+3.3%	+0.9%
Séjour sans acte classant sans nuitée	9.9%	3.5%	+0.6%	-0.7%	+1.3%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	28.1%	45.3%	+2.5%	+0.9%	+1.6%
Total séjour sans acte classant	38.1%	48.8%	+2.4%	+0.5%	+1.9%
Obstétrique mère	5.2%	6.4%	-1.0%	-1.5%	+0.5%
Obstétrique enfant	3.9%	2.8%	-0.1%	-0.9%	+0.8%
Total Obstétrique	9.1%	9.3%	-0.7%	-1.2%	+0.5%
Techniques peu invasives	6.0%	4.9%	+6.6%	+6.2%	+0.4%
Séances	33.0%	6.2%	+5.2%	+5.1%	+0.1%
Total	100.0%	100.0%	+3.0%	+2.5%	+0.5%

Source : ATIH 2011

Tableau n°6 : Evolution par CAS - secteur ex OQN

CAS	2011		Evolution 2010/2011		
	Part en séjours	Part en volume économique	Evolution du volume économique	- dont nombre de séjours	- dont effet structure
Chirurgie ambulatoire	20.8%	13.6%	+7.5%	+6.7%	+0.7%
Chirurgie non ambulatoire	22.7%	46.4%	+1.6%	-0.8%	+2.4%
Total chirurgie	43.5%	60.0%	+2.9%	+2.6%	+0.2%
Séjour sans acte classant sans nuitée	2.6%	0.8%	+0.8%	+0.1%	+0.7%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	10.3%	13.1%	+0.2%	-1.1%	+1.3%
Total séjour sans acte classant	13.0%	13.8%	+0.3%	-0.9%	+1.1%
Obstétrique mère	4.2%	5.7%	-3.0%	-3.4%	+0.5%
Obstétrique enfant	3.2%	2.5%	-2.8%	-3.4%	+0.6%

Total Obstétrique	7.4%	8.2%	-2.9%	-3.4%	+0.5%
Techniques peu invasives	25.5%	14.7%	+2.3%	+2.0%	+0.4%
Séances	10.6%	3.3%	-0.9%	-0.9%	-0.0%
Total	100.0%	100.0%	+1.8%	+1.2%	+0.6%

Source : ATIH 2011

d) Evolution des durées de séjours par catégorie d'activités de soins (CAS)²

L'analyse des durées de séjours pour les établissements du secteur ex-DG montre plusieurs phénomènes entre 2009 et 2011 :

- une nette diminution de la DMS sur l'ensemble de la chirurgie s'expliquant à la fois par une légère diminution de la DMS en chirurgie non ambulatoire et surtout par une progression de la part de séjours en chirurgie ambulatoire ;
- une relative stabilité de la DMS pour les séjours sans acte classant et l'obstétrique ;
- une légère diminution de la DMS pour les techniques peu invasives.

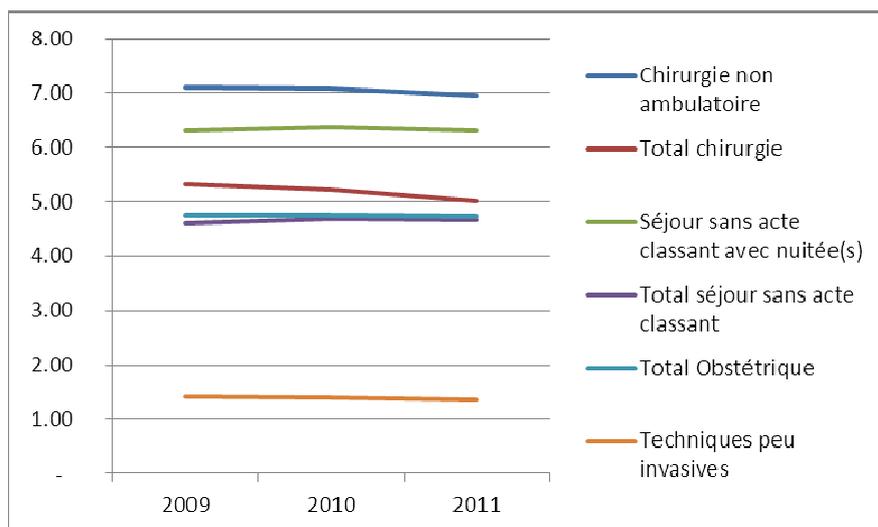
Tableau n°7 : Evolution de la DMS par CAS - secteur ex DG

CAS	Durée moyenne de séjours (en journées)		
	2009	2010	2011
Chirurgie ambulatoire	-	-	-
Chirurgie non ambulatoire	7.11	7.09	6.97
Total chirurgie	5.34	5.22	5.02
Séjour sans acte classant sans nuitée	-	-	-
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	6.32	6.37	6.31
Total séjour sans acte classant	4.61	4.69	4.67
Obstétrique mère	4.18	4.20	4.19
Obstétrique enfant	5.53	5.49	5.44
Total Obstétrique	4.75	4.75	4.73
Techniques peu invasives	1.43	1.41	1.36

Source : ATIH 2011

Figure n°1 : Evolution de la DMS par CAS - secteur ex DG

² Les CAS se décomposent en chirurgie (ambulatoire et non ambulatoire), séjours sans acte classant (avec et sans nuitée), obstétrique (enfant et mère), techniques peu invasives et séances.



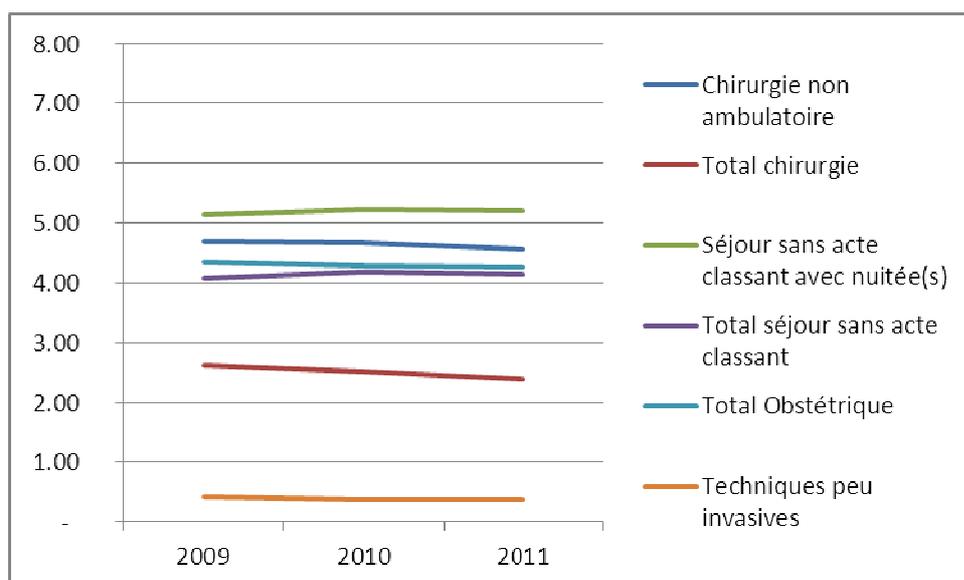
Pour les établissements du secteur ex-OQN, le même phénomène de diminution des durées de séjour est observé sur les séjours de chirurgie. Globalement pour les séjours chirurgicaux, la DMS est inférieure à celle des établissements du secteur ex-DG.

Pour les séjours sans acte classant en revanche, la durée de séjour augmente légèrement entre 2009 et 2011.

Tableau n°8 : Evolution de la DMS par CAS - secteur ex OQN

CAS	Durée moyenne de séjours (en journées)		
	2009	2010	2011
Chirurgie ambulatoire	-	-	-
Chirurgie non ambulatoire	4.69	4.66	4.58
Total chirurgie	2.63	2.52	2.39
Séjour sans acte classant sans nuitée	-	-	-
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	5.14	5.23	5.21
Total séjour sans acte classant	4.08	4.18	4.15
Obstétrique mère	4.20	4.16	4.13
Obstétrique enfant	4.56	4.48	4.44
Total Obstétrique	4.35	4.29	4.27
Techniques peu invasives	0.42	0.39	0.38

Figure n°2 : Evolution de la DMS par CAS - secteur ex OQN



e) Evolution des séjours par catégorie majeure de diagnostic (CMD).

- Secteur ex DG :

Hors séances (qui représentent 33% des séjours du secteur), les séjours les plus fréquents concernent :

- les affections du tube digestif (CMD 6) 6,8%
- les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) 6,6%
- les affections et traumatismes de l'appareil musculo squelettique et du tissu conjonctif (CMD 8) 6,3%
- les affections du système nerveux (CMD 1) 5,2%
- les grossesses pathologiques, accouchements et affections du post partum (CMD 14) 5,2%

- Secteur ex OQN :

- Les affections du tube digestif (CMD 6) 21,1%
- Les affections et traumatismes de l'appareil musculo squelettique et du tissu conjonctif (CMD 8) 12,4%
- Les affections de l'œil (CMD 2) 8,8%
- Les affections ORL (CMD 3) 7,8%
- Les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) 7,6%

Le secteur Ex ON concentre son activité à hauteur de 57,7% à partir des 5 CMD définis ci-dessus. A l'inverse, on remarque une activité plus hétérogène pour le secteur Ex DG, se traduisant par une activité plus diversifiée, les 5 CMD les plus fréquentes ramenant l'activité à hauteur de 30,1%.

Les tableaux des évolutions par CMD - secteur ex DG et secteur ex OQN- se trouvent en Annexe 1.

1.1.2. Zoom sur quelques activités spécifiques

Certaines activités ou modes de prise en charge font l'objet d'incitations tarifaires, c'est-à-dire que les tarifs servis aux établissements pour certains types de séjours sont volontairement plus élevés que ce qu'ils seraient si les tarifs étaient uniquement fixés en fonction des coûts issus de la masse tarifaire. Les exemples de la chirurgie ambulatoire et des soins palliatifs sont présentés ici.

1.1.2.1. La chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire permet de mettre en œuvre « dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire » (article R. 6121-4 du code de la santé publique).

Même si l'activité globale de la chirurgie ambulatoire progresse (39,5% en 2011 versus 32% en 2006) (, la France continue d'accuser un retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire qui est une chirurgie « qualifiée » et substitutive à la prise en charge à temps complet. Cette activité connaît en outre des disparités territoriales et intersectorielles importantes puisqu'en 2010, ce taux représentait 26,3% de la chirurgie dans le secteur ex-DG et 46% dans le secteur ex-OQN.

En novembre 2010, un changement de paradigme a été annoncé par le ministère de la santé visant à dépasser les gestes ciblés et à étendre la chirurgie ambulatoire à toute l'activité de chirurgie et à l'ensemble des patients éligibles.

A l'issue d'une concertation nationale menée par la DGOS avec l'ensemble des acteurs concernés, la perspective de développement d'une chirurgie ambulatoire majoritaire à l'horizon du SROS-PRS (2016) a été retenue comme « possible et raisonnable ».

Le gouvernement poursuit en 2012 une politique volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire au travers de leviers pluriels, notamment :

- L'élaboration de plans d'actions régionaux dans le cadre du programme 2010-2013 de gestion du risque partagé entre les ARS et l'assurance maladie. Ce programme national piloté par la DGOS associe l'ensemble des acteurs, sur la promotion de la chirurgie ambulatoire. Il appartient à chaque ARS d'élaborer en 2012 des plans d'actions régionaux mobilisant les différents leviers identifiés (patients, professionnels, établissements de santé,...).
- L'amplification des incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire mises en œuvre depuis 2007 afin de créer une incitation en faveur des séjours très courts (sans nuitée) et une désincitation à l'hospitalisation complète. Pour 2012, des actions incitatives complémentaires sont mises en œuvre concernant notamment l'élargissement du champ des GHM à tarif unique (39 désormais), la mise en œuvre de nouveaux rapprochements tarifaires entre l'ambulatoire et le premier niveau d'hospitalisation complète, ou encore l'incitation aux pratiques innovantes de chirurgie ambulatoire. En 2011, l'ensemble des tarifs des séjours ambulatoires a été revalorisés au moins au niveau de leur coût ajusté à la masse tarifaire.

- La poursuite et l'élargissement par la CNAMTS de la politique de mise sous accord préalable (MSAP) à de nouveaux gestes (38 gestes marqueurs en 2012).
- L'inscription d'objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire dans les SROS-PRS publiés en 2012, déclinés dans la contractualisation entre l'Etat et les ARS et entre les ARS et les établissements de santé.
- La mise en œuvre d'un programme commun d'action HAS/ANAP comportant notamment la publication d'un « socle de connaissances » (avril 2012), la production d'outils organisationnels et médico-économiques à destination des acteurs, ou encore l'accompagnement personnalisé d'établissements de santé et d'ARS.
- L'évolution de certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation complète (décret du 20 août 2012). Ce texte répond à un double objectif :
 - faciliter l'ensemble des prises en charge alternatives parmi lesquelles celles d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires,
 - conserver et renforcer la qualité de ces prises en charge fondée sur une organisation spécifique.
- Le développement d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins spécifiques en chirurgie ambulatoire. Des travaux sont menés depuis 2011 par la DGOS dans le cadre d'un groupe de travail associant l'ensemble des acteurs concernés. L'objectif est de mettre au point des indicateurs généralisables, notamment à partir des travaux de recherche COMPAQ et CLARTE.

L'analyse ci-après vise à rendre compte de l'impact des mesures d'incitation tarifaire, qui constitue un des leviers d'action évoqués ci-dessus. Elle concerne 19 couples de racines (**définition et liste des racines en annexe 2**), les séjours étant classés en ambulatoire (niveau J) et en hospitalisation complète (niveau 1). Ces 19 racines sont celles qui ont fait l'objet d'incitations tarifaires de 2009 à 2011, consistant à la fixation d'un tarif unique entre le niveau J et le niveau 1.

a) Evolution du nombre de séjours en chirurgie ambulatoire en 2011

Le nombre de séjours en chirurgie ambulatoire a progressé en 2011 dans des proportions supérieures à la hausse du total de l'activité, conformément aux orientations souhaitées, ce qui plaide pour l'efficacité des mesures incitatives mises en œuvre, avec une bonne substitution des séjours avec nuitée par des séjours sans hospitalisation complète. Ainsi, au sein des 19 couples de racines étudiées :

- **Dans les établissements du secteur ex DG :**
 - 589 687 séjours de niveaux J et 1 ont été réalisés en 2011, en hausse de +4,4% par rapport à 2010 ;
 - Ils représentent 3,7% du total des séjours/séances (toutes activités confondues) réalisés dans le secteur ;
 - 71,8% de ces séjours sont pris en charge en ambulatoire et sont en augmentation de +9,1% par rapport à 2010, les séjours de niveau 1 ayant diminué de -5,8%.

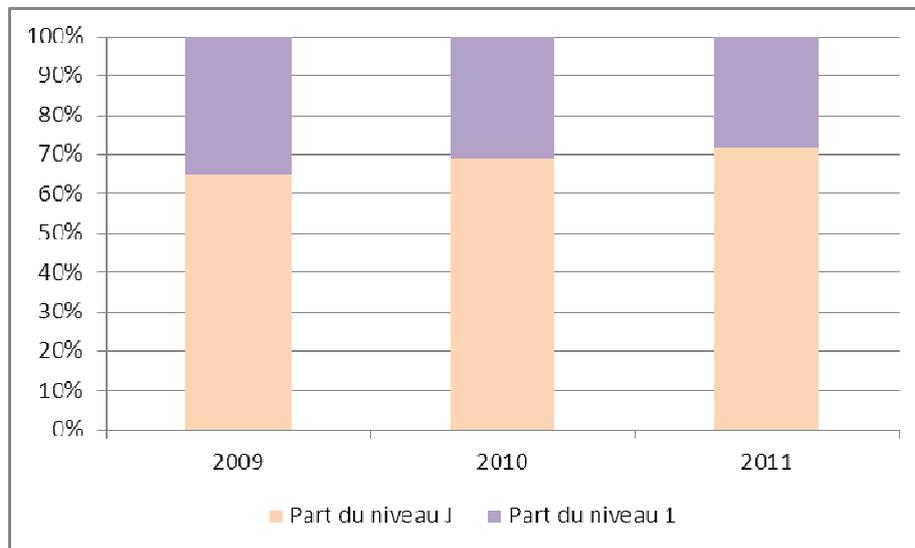
- **Dans les cliniques privées du secteur ex OQN :**
 - 1 477 529 séjours de niveaux J et 1 ont été réalisés, en hausse de +3.3% par rapport à 2010
 - Ils représentent 21,0% du total des séjours/séances (toutes activités confondues) réalisés par le secteur ;
 - 83,3% de ces séjours sont pris en charge en ambulatoire et sont en hausse de +6,3% par rapport à 2010 alors que les séjours de niveau 1 ont diminué de -9,9%.

Tableau 09 : Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire sur les 19 couples de racines à tarif unique dans les secteurs ex-DG et ex OQN

	Ex DG		Ex OQN	
	Nbre de séjours 2011 en milliers	Evolution 2010/2011	Nbre de séjours 2011 en milliers	Evolution 2010/2011
Niveau J	423.6	+9.1%	1 231.5	+6.3%
Niveau 1	166.1	-5.8%	246.1	-9.9%
Niveaux J + 1	589.7	+4.4%	1 477.5	+3.3%
Total 19 couples racines	601.1	+4.3%	1 486.0	+3.1%
TOTAL SEJOURS/SEANCES	16 022.6	+2.5%	7 042.1	+1.2%

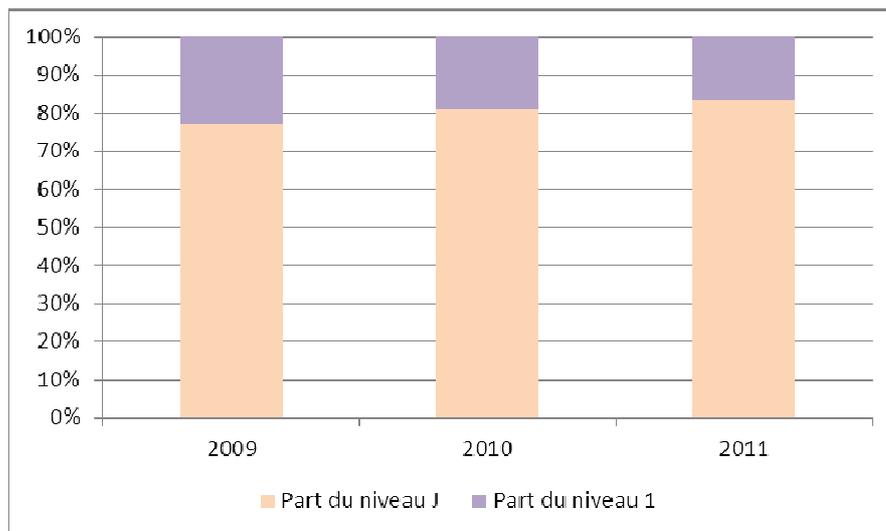
Source : ATIH

Figure 3 : Evolution de la part de la chirurgie ambulatoire (niveau 1 et J) en nombre de séjours dans le secteur ex-DG, sur 19 couples de racines de GHM



Source : ATIH

Figure 4 : Evolution de la part de la chirurgie ambulatoire (niveau 1 et J) en nombre de séjours dans le secteur ex-OQN, sur 19 couples de racines de GHM



Source : ATIH

b) Evolution du volume économique en chirurgie ambulatoire en 2011

- Dans les établissements du secteur ex DG :
 - Les 19 couples de racines de la chirurgie ambulatoire représentent +2,7% du volume économique du secteur;
 - Entre 2010 et 2011, le volume économique sur ces 19 couples de racines a progressé de +4,3%, cette évolution était similaire à celle observée sur le nombre de séjours,
 - Les racines ayant le poids le plus important en volume économique sont :
 - les « interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie », c'est-à-dire les « cataractes » (439,4 M€ sur un total de 744,3 M€) ;
 - Les « interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales » (110,6 M€).

- Dans les cliniques privées du secteur ex-OQN
 - Les 19 couples de racines de la chirurgie ambulatoire représentent +14,5% du volume économique du secteur;
 - Entre 2010 et 2011, sur ces racines, le volume économique a augmenté moins vite que le nombre de séjours (+2,8% et +3,1% respectivement) ;
 - Comme pour les établissements du secteur ex-DG, les activités prédominantes en volume économique sont :
 - les « interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » (371,5M€) ;
 - les « affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires» (103,7 M€) ;
 - les « interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales » (91,5 M€).

Tableau 10 : Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans le secteur ex-OQN

	Ex DG		Ex OQN	
	Volume éco en M€	Evolution 2010/2011	Vol éco en M€	Evolution 2010/2011
Niveau J	485.0	10.2%	784.2	7.0%
Niveau 1	215.1	-6.3%	179.9	-11.1%
Niveaux 1 + J	700.1	4.5%	964.0	3.1%
Total 19 couples de racines	744.3	4.3%	980.6	2.8%
TOTAL SEJOURS/SEANCES	27 704.3	3.0%	6 777.6	1.8%

Source : ATIH

1.1.2.2. Les soins palliatifs

L'analyse présentée porte sur l'activité relative aux exercices 2009, 2010 et 2011 de l'ensemble des établissements soumis à la tarification à l'activité.

L'activité de soins palliatifs est distinguée selon :

- l'activité de soins palliatifs en diagnostic principal identifiée par les séjours de la racine 23Z02 « Soins Palliatifs, avec ou sans acte » ;
- l'activité de soins palliatifs en diagnostic associé.

De plus, les équipes mobiles de soins palliatifs sont rattachées à certains établissements de santé et financées par une dotation MIG.

a) L'activité de soins palliatifs en MCO

Evolution de l'activité et de sa lisibilité

Il convient de noter que les contrôles Assurance Maladie ainsi que, en 2009, le passage à la classification V11 des GHM induisant un changement de règle sur le diagnostic principal, sont les principaux facteurs explicatifs de la diminution du nombre de séjours observée sur la racine de soins palliatifs. En effet, si les établissements ne codent plus forcément les soins palliatifs en diagnostic principal (DP), ils peuvent les mettre en diagnostic associé (DAS) et les séjours se trouvent classés dans une autre racine.

Une diminution de l'activité de soins palliatifs de la racine 23Z02 est observée entre 2009 et 2010 et se poursuit entre 2010 et 2011, en nombre de séjours et en volume économique. Parallèlement, le nombre de séjours ayant un diagnostic associé de soins palliatifs est en constante augmentation depuis 2009 : +17,3% entre 2009 et 2010 et +9,0 % entre 2010 et 2011 pour le secteur Ex-DG. Le même phénomène est observé sur le secteur ex-OQN. Pour ce secteur le nombre de séjours avec un diagnostic associé de soins palliatifs évolue de +16,9% entre 2009 et 2010 et +29,3% entre 2010 et 2011.

L'activité ne diminue donc pas mais est codée autrement, ce qui correspond au développement de l'offre prévu par le programme national de développement de soins palliatifs 2008-2012.

Pour les établissements ex DG, le nombre de séjours codés en DAS est désormais supérieur à celui codé en DP.

Tableau 1 1: Evolution de l'activité de soins palliatifs en DP et en DA –secteur ex-DG

	Année 2011		Evolution 2009/2010			Evolution 2010/2011		
	Nombre de séjours	Volume économique à classification constante (en Millions d'€)	Evolution du volume économique à classification constante	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Evolution du volume économique à classification constante	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Soins palliatifs en DP	64 687	533.8	-6.9%	-10.6%	4.1%	-1.9%	-3.2%	1.3%
Soins palliatifs en DAS *	76 489	463.2	26.4%	17.3%	7.8%	15.9%	9.0%	6.3%

* Il convient de noter que certains séjours avec un DAS de soins palliatifs sont déjà codés dans la racine 23Z02. Par conséquent certains séjours sont dénombrés à la fois dans la catégorie des séjours en DP et dans celles de séjours en DAS.

Tableau 12 : Evolution de l'activité de soins palliatifs en DP et en DA –secteur ex-OQN

	Année 2011		Evolution 2009/2010			Evolution 2010/2011		
	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dt effet structure
Soins palliatifs en DP racine 23Z02	18 708	95.8	-2.9%	-5.3%	2.6%	-2.1%	-2.3%	0.2%
Soins palliatifs en DAS *	7 458	25.0	30.0%	16.9%	11.2%	36.6%	29.3%	5.7%

* remarque identique au secteur ex DG

Répartition de l'activité par secteur et évolution de l'activité par type d'offre et par secteur

La part (en masse financière) des séjours de soins palliatifs pris en charge par les cliniques privées est modérée (15%).

On constate, pour le secteur ex-DG, une diminution constante des séjours en Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP) et une hausse constante des séjours en Unité de Soins Palliatifs (USP) tandis que le secteur ex OQN se caractérise par une hausse constante des séjours en LISP et une baisse constante des séjours en USP.

Tableau 13 : Evolution des séjours du GHM 23Z02Z Soins palliatifs

	2009/2010		2010/2011	
	Ex DG	EX OQN	Ex DG	EX OQN
Lit standard	-29.2%	-17.1 %	-20.2 %	-11.8 %
LISP	-9.1 %	0.1 %	-5.9 %	0.4%
USP	16.3 %	-6.7 %	17.2 %	-1.5%

b) Les éléments de construction tarifaire

S'agissant de l'activité MCO, la mise en place de la tarification à l'activité ainsi que la création du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 qui, lors de la construction des objectifs, réservent des ressources aux établissements au titre de la création de lits identifiés ou d'unités de soins palliatifs a nécessité de créer des GHS différents pour le même GHM 23Z02Z. Ainsi trois GHS identifient les séjours de soins palliatifs, les séjours de soins palliatifs dans un lit identifié et ceux réalisés au sein d'une unité de soins palliatifs. Chacun de ces GHS a son tarif propre valorisé de 30 % pour les séjours en LISP et de 50 % pour les séjours en USP par rapport au tarif de soins palliatifs en lit standard. Ces majorations correspondent aux moyens spécifiques attribués aux LISP et USP.

En 2009 a été créé en complément le GHM 23Z02T de soins palliatifs pour les séjours de très courte durée correspondant à un seul GHS (c'est-à-dire un tarif unique) quel que soit le mode de prise en charge ;

En outre, afin de ne pas pénaliser les séjours longs et de tenir compte de la création du GHM de très courte durée, des bornes basses et hautes pour les séjours non classés en séjours de très courte durée sont fixées à 4 jours et 12 jours.

L'étude adéquation financement / charges montre que le financement actuel de l'activité est plutôt favorable par rapport à ce qu'il serait s'il était basé sur les tarifs issus des coûts. Le surfinancement est plus significatif dans le secteur ex DG que dans le secteur ex OQN, ce qui a permis d'opérer un léger ajustement à la baisse en 2012 pour contribuer à l'effort global de redéploiement vers d'autres activités moins bien financées.

c) Activité de soins palliatifs financée en MIGAC

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est une équipe interdisciplinaire et pluri-professionnelle qui se déplace au lit du malade et/ou auprès des soignants, à la demande des professionnels de l'établissement de santé. Cette équipe qui n'exerce pas d'actes de soins a un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes des services de l'établissement, de formation et est éventuellement associée à des fonctions d'enseignement et de recherche.

Le programme national de développement des soins palliatifs a octroyé des moyens supplémentaires (30 M€ sur 5 ans) afin de créer de nouvelles équipes et de renforcer les équipes existantes afin qu'elles interviennent en EHPAD et diffusent ainsi la culture palliative dans ces établissements.

Le financement de ces équipes est réalisé via la dotation MIG. Cette dotation a augmenté pour les deux secteurs confondus de +5,2% entre 2009 et 2010 et de +6,1% entre 2010 et 2011, en lien avec les crédits accordés par le programme national.

Tableau 14 : Evolution de la dotation MIG EMSP (en M€)

Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)	2009	2010	2011	Evolution 2009/2010	Evolution 2010/2011
ex-DG	105.14	110.55	117.26	+5.1%	+6.1%
ex-OQN	1.36	1.54	1.71	+13.2%	+11.0%
TOTAL France	106.5	112.09	118.97	+5.2%	+6.1%

1.2. L'exécution 2011 sur le champ des dotations

1.2.1. Présentation des ordres de grandeur macro-économiques sur le champ des dotations (MIGAC, FMESPP, FIQCS et FIR) en comparaison avec les années antérieures :

a) Evolution de la dotation MIGAC en 2011

L'ensemble des données présentées correspondent à des données d'exécution, suite aux notifications de crédits faites par les ARS aux établissements. Il convient de les distinguer des crédits délégués aux ARS par le niveau national dans le cadre des circulaires budgétaires, hormis le cas des crédits délégués en justification au premier euro (JPE) lorsqu'ils sont fléchés établissement par établissement.

En 2011, l'enveloppe MIGAC notifiée par les ARS aux établissements de santé et les établissements du service de santé des armées s'élève à 8 119 M€, soit une progression annuelle de crédits d'environ +4,1%. Parmi les établissements, ceux antérieurement placés sous dotation globale ont perçu 8 018 M€ au titre des MIGAC, soit une progression de +3,9% par rapport à 2010 et ceux antérieurement placés sous OQN ont perçu 101 M€, soit une évolution annuelle des crédits d'environ 23%.

La part des crédits alloués aux établissements privés à but lucratif représente en 2011, 1,2% de l'ensemble de l'enveloppe MIGAC en légère augmentation par rapport à 2010.

b) Evolution des MIG/MERRI et AC de 2006 à 2011, en exécution

Sur l'ensemble des dotations MIGAC notifiées en 2011, 72,2% concernent des dotations MIG et 27,8% des dotations d'aide à la contractualisation (28,7% en 2010). Au sein des dotations MIG, les MERRI représentent plus de la moitié des crédits notifiés (50,2%).

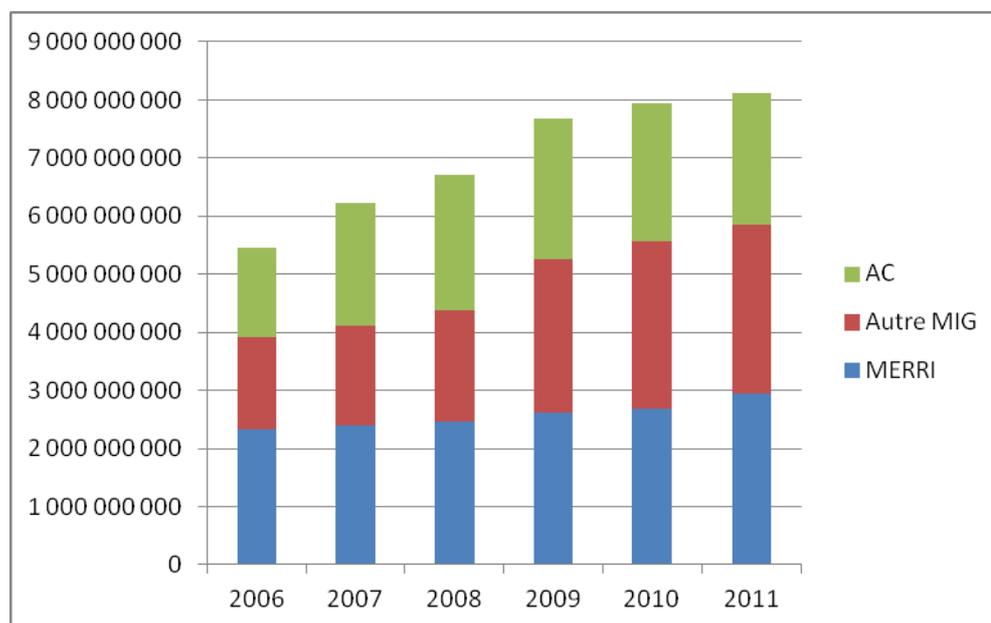
Alors que les crédits AC avaient diminué de 0,1% en 2010 par rapport à 2009, ils diminuent de 6,7% entre 2010 et 2011, en exécution.

L'enveloppe AC constitue depuis 2010 le principal levier de régulation des dépenses d'assurance-maladie hospitalières, elle est par conséquent affectée par diverses opérations d'ajustements :

- Des mesures d'économies (27 M€ en 2011)
- Des transferts vers la masse tarifaire liés à la prise en compte de la sur-exécution constatée en 2011 sur la part tarifs (100 M€ en 2011).
- Des mises en réserve effectuées en début de campagne en vue de garantir le respect de l'ONDAM (gel définitif de 200 M€ en 2011, néanmoins du même niveau que le gel définitif 2010).

Les dotations MIG connaissent sur cette même période une augmentation de +5,5% (+9,9% pour les MERRI et +1,4% pour les « autres MIG »). Cet écart entre l'évolution des délégations MIG et AC contribue à la réduction du poids de la AC dans la dotation MIGAC, observée depuis 2009 (de 31,5% à 27,8% en 2 ans).

Figure 5 : L'évolution de la consommation de la dotation MIGAC et de ses composantes depuis 2006



Source: Arbust Migac, 2006-2011 (DGOS/ATIH)

NB : L'augmentation importante de la dotation MIG (hors MERRI) en 2009 s'explique essentiellement par la création des MIG « Permanence des soins » et « Précarité ».

c) Répartition des dotations MIG et AC pour les secteurs ex-DG et ex-OQN

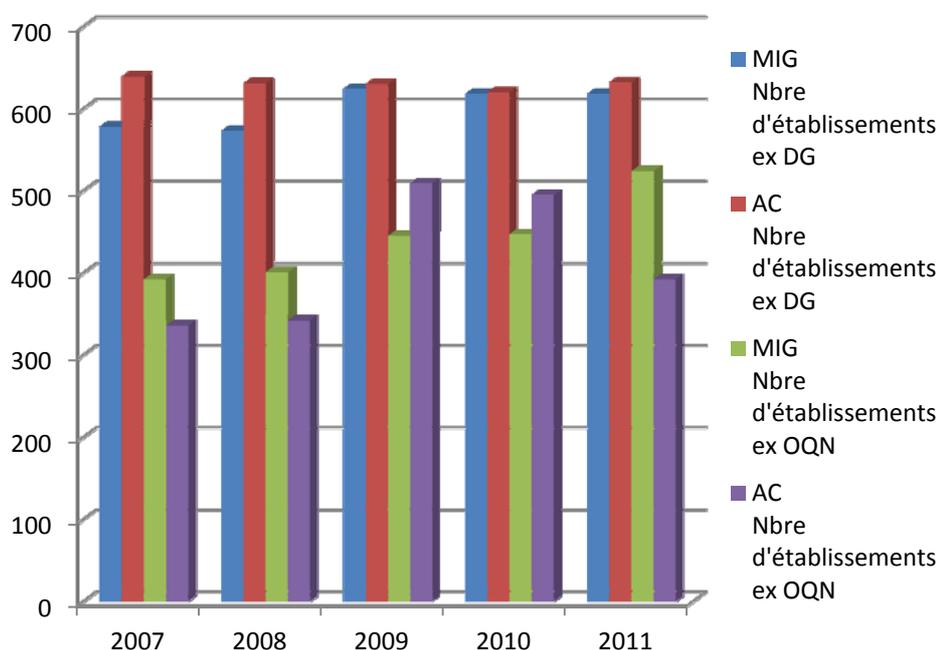
L'évolution de la répartition des crédits MIG et AC entre les établissements antérieurement placés sous dotation globale (ex DG), d'une part, et les établissements antérieurement placés sous objectif quantifié national (ex OQN), d'autre part, est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 15 : Répartition de la dotation MIGAC exécutée entre les établissements ex DG et ex OQN de 2007 à 2011

En €	MIG	Etablissements ex DG	AC	Etablissements ex DG	Etablissements ex DG	MIG	Etablissements ex OQN	AC	Etablissements ex OQN	Etablissements ex OQN
	Nbre d'établissements ex DG		Nbre d'établissements ex DG			Total AC		Nbre d'établissements ex OQN		
2007	578	4 087 630 077	639	2 083 924 057	6 171 554 134	392	28 585 826	336	24 585 197	53 171 023
2008	573	4 241 651 708	631	2 296 067 493	6 537 719 201	401	33 758 338	342	31 044 717	64 803 055
2009	624	5 215 124 820	630	2 360 504 506	7 575 629 326	445	43 173 362	509	59 282 688	102 456 050
2010	618	5 511 138 227	620	2 205 618 547	7 716 756 774	447	47 016 773	495	35 149 646	82 166 419
2011	618	5 792 980 918	632	2 224 886 856	8 017 867 774	524	68 518 346	392	32 333 680	100 852 026

Source : ARBUST MIGAC 2007-2011 (DGOS/ATIH)

Figure 6 : Nombre d'établissements ex DG et ex OQN bénéficiaires des dotations MIGAC



Source : ARBUST MIGAC 2007-2011 (DGOS/ATIH)

1.2.2. Zoom sur les montants des principales MIG / AC (évolution des principales dotations MIGAC)

a) Les missions d'intérêt général

Les **missions d'intérêt général** sont regroupées par décret en sept grandes catégories aux termes de l'article D 162-8 du code de la sécurité sociale.

1. Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI)
2. La santé publique
3. L'aide médicale urgente
4. La définition et la mise en œuvre des politiques publiques
5. Les activités de soins dispensés à des populations spécifiques
6. La permanence des soins en établissements de santé (PDSES)
7. La prise en charge spécifique des patients en situation de précarité

En 2011, la ventilation des financements au titre des MIG en fonction des grandes catégories de missions énumérées ci-dessus a conservé une hiérarchie similaire à celle observée depuis plusieurs années. De fait, il existe une grande stabilité dans les répartitions de crédits par nature de missions.

Ainsi, les dotations relatives aux MERRI représentent en 2011 environ 51% des financements accordés à l'ensemble des missions d'intérêt général, contre 48% en

2010. L'aide médicale d'urgence (dotations des SMUR et des SAMU) constitue, comme en 2010, 16% des dotations des missions d'intérêt général.

L'ensemble des missions relatives aux actions de santé publique (vigilance, veille, prévention, équipes pluridisciplinaires, etc.) représente 14% du financement des MIG en 2011. La permanence des soins en établissements de santé représente quant à elle 12,5% du total des dotations MIG et les missions relatives à la prise en charge des patients en situation de précarité 3,5%. Enfin, les soins aux détenus et femmes enceintes, populations spécifiques visées par le décret représentent 3,7% et les politiques publiques 0,4%.

Si l'on s'arrête sur chacune des missions d'intérêt général, la répartition des dotations en valeur est très hétérogène. Parmi les cent MIG répertoriées, les douze dont le montant des dotations est supérieur à 100 M€ sont décrites dans le graphique ci-dessous. Leurs dotations totalisent 4 482 M€ soit 55,2 % de l'ensemble des dotations MIGAC notifiées aux établissements de santé en 2011 et 76,5% de l'ensemble des seules dotations MIG.

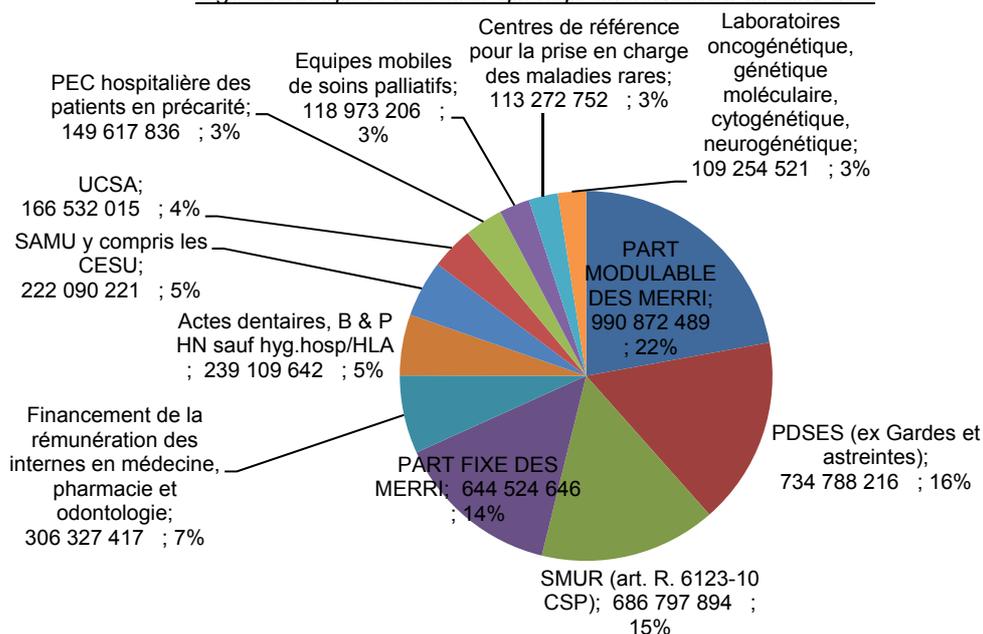
La dotation de la part modulable des MERRI (991 M€) devient en 2011 la plus importante, loin devant la part fixe des MERRI (645 M€). Ce mouvement de progression de la part modulable compensée par la décréue de la part fixe, amorcé en 2008 est voué à se poursuivre jusqu'à extinction de la part fixe prévue en 2016. Il faut rappeler qu'en 2010, la part fixe des MERRI (1 060 M€) était encore largement supérieure à la part modulable (693 M€), les proportions sont aujourd'hui inversées. La part fixe des MERRI est un compartiment historique et non évolutif. Par sa disparition, il est ainsi prévu de tendre vers un dispositif plus dynamique et équitable avec une logique de part modulable. Dans cette optique, chaque année, la part fixe 2011 se voit diminuer de 20% par un prélèvement de la dotation de chacun des établissements afin d'abonder principalement la part modulable mais également de couvrir d'autres MERRI variables en augmentation (par exemple le financement des internes).

Le financement de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) occupe la deuxième place des MIG les plus importantes en valeur avec près de 735 M€ notifiés à ce titre. Les SMUR sont financés à près de 687 M€ par la MIG qui leur est attribuée et la compensation partielle de la rémunération des internes, MERRI créée en 2011, représente plus de 306 M€.

Par ordre de grandeur décroissant de leurs dotations, on trouve enfin celle des actes hors nomenclature, à hauteur d'un peu plus de 239 M€, celle des SAMU pour 222 M€ et celle des unités de soins et de consultations ambulatoires (UCSA) à destination des personnes détenues pour 166,5 M€.

Enfin, les dotations pour la prise en charge des patients en situation de précarité, pour les équipes mobiles de soins palliatifs, pour les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares et pour les laboratoires de génétique complètent cet inventaire des missions les plus importantes en valeur.

Figure 7 : Répartition des 12 principales MIG en valeur en 2011



Source : ARBUST MIGAC 2011 (DGOS / ATIH)

b) L'aide à la contractualisation

L'évolution 2011 des dotations des **aides à la contractualisation** peut s'apprécier en fonction des six catégories de gestion qui les regroupent et qui sont elles-mêmes subdivisées en plusieurs libellés (30 au total).

Ces aides à la contractualisation concernent, à hauteur de plus des quatre cinquièmes du total des financements des AC, soit de l'investissement (55% du total soit 1 240 M€), soit des aides à la restructuration et au soutien des établissements déficitaires (27% du total soit 616,6 M€). Au cours des quatre années précédentes, ces deux catégories d'AC regroupaient environ deux tiers du financement du total des AC. On observe donc une concentration des financements, notamment au profit de la catégorie restructuration.

Pour la catégorie « investissement », les crédits notifiés se répartissent environ à part égale entre la rubrique relative aux mesures nationales d'investissement, notamment les plans Hôpital 2007 et 2012, (53%) et celle relative aux mesures régionales d'investissement (47%).

Pour la catégorie « restructuration », les crédits sont essentiellement alloués dans le cadre du soutien aux établissements déficitaires, à hauteur de 56% pour le soutien hors plans de retour à l'équilibre et à hauteur de 20% pour les plans de retour à l'équilibre.

La catégorie « amélioration de l'offre de soins » existante totalise près de 7% des crédits délégués en AC en 2011, dont les trois quarts sont consacrés au « Soutien à la démographie des professionnels de santé » dans presque toutes les régions.

Au sein de la catégorie du « développement de l'activité » (5% du total des crédits alloués en aide à la contractualisation), le soutien aux activités d'obstétrique et à la

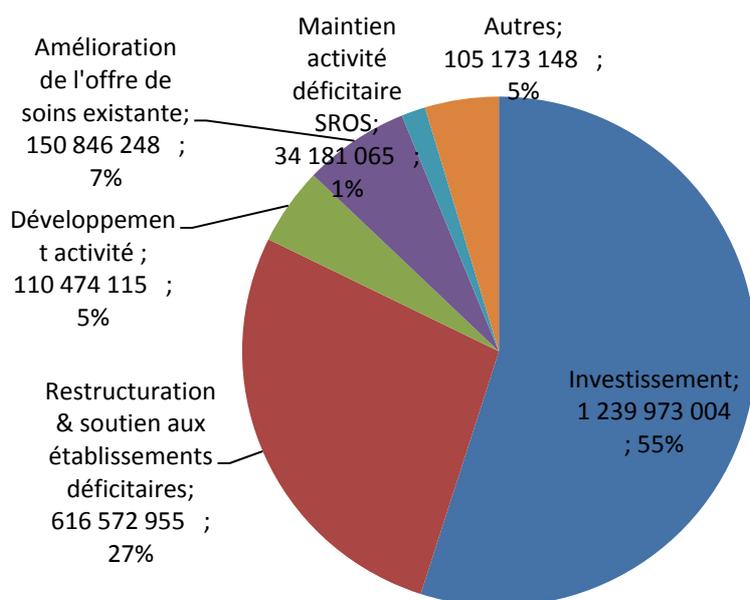
périnatalité représente la part la plus importante avec 34% des crédits alloués. Viennent ensuite l'aide aux activités de cancérologie (17% des crédits alloués) et au développement des urgences (13%).

La catégorie « Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS demeure résiduelle à 1,5% du total des AC en 2011 (2% en 2010), soit environ 34 M€.

Enfin, la catégorie « Autres » de l'aide à la contractualisation se réduit puisqu'elle passe de 12% du total des financements AC en 2010 à 5% en 2011.

En termes de répartition de l'aide à la contractualisation par catégorie d'établissement, on observe que les établissements antérieurement placés sous OQN bénéficient d'abord de crédits au titre du développement de l'activité – sous forme d'aide au démarrage d'activités non assurées précédemment, d'aide à la montée en charge ou en gamme d'une activité existante ainsi que d'aide au développement d'activités connexes ou complémentaires à une activité existante (27,7%), puis au titre de l'investissement (26,3%).

Figure 8: Répartition des dotations de l'aide à la contractualisation en 2011



Source ARBUST MIGAC 2011 (DGOS/ATIH)

1.2.3. Mises en réserves prudentielles des dotations AC et dégelés différenciés entre régions, en fonction de la dynamique d'activité : un moyen de sensibiliser les régions et les établissements à la nécessaire maîtrise des volumes

La gestion de la dotation AC tient compte du contexte macro-économique et budgétaire. Elle constitue aujourd'hui le principal levier infra-annuel de régulation des dépenses d'assurance maladie hospitalières, suite aux préconisations du rapport « Briet »³. Elle a ainsi fait l'objet de mises en réserve prudentielles pour garantir le respect de l'ONDAM depuis 2010.

En 2010, au niveau régional, 222,8 M€ de dotations AC ont été mis en réserve en juin 2010, puis 40 M€ en octobre 2010. En décembre 2010, les 40 M€ précédemment mis en réserve ont pu être « dégelés » et notifiés aux établissements.

En 2011, en vue de garantir le respect de l'ONDAM hospitalier, 300 M€ d'aide à la contractualisation ont été mis en réserve (au prorata de la marge de chaque région).

Au regard de l'évolution de l'activité, 100 M€ ont pu être dégelés et délégués en décembre 2011. Suite à la proposition du Collège des ARS, 50 M€ ont été dégelés au prorata des montants mis en réserve et 50 M€ ont été dégelés de façon différenciée en fonction de la dynamique d'activité de chaque région (corrigée de l'évolution démographique).

En 2012, 298M€ ont été mis en réserve en début d'année (cf détails §2.3.1 les principes qui ont présidé à la construction de la dotation MIGAC en 2012). Néanmoins, ces gels porteront cette année à la fois sur la AC (pour 69%) et sur la DAF (pour 31%). En effet, il a été cette année laissé aux ARS le choix de l'affectation des montants régionaux à geler (entre DAF et AC uniquement).

1.2.4 Les dotations FMESPP et FIQCS ont également contribué en 2011 au financement des projets des établissements de santé

1.2-4.1 Les dotations versées au titre du FMESPP

Dès 1998, la recomposition du tissu hospitalier avait justifié la mise en place d'un dispositif exceptionnel de financement des établissements de santé, distincts des crédits versés par les caisses d'assurance maladie et comptabilisés dans l'ONDAM. A son origine, ce dispositif finançait des mesures d'accompagnement social des opérations liées à la modernisation des établissements de santé, favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels.

Le FMESPP est régi par le décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 modifié, qui précise les missions et le champ d'intervention du fonds.

Le FMESPP est un des vecteurs de financement des mesures des plans de santé publique, auxquels participent les établissements de santé. Ce vecteur de financement permet de participer aux volets investissements des plans, étant entendu que l'essentiel des mesures inscrites dans ces plans est financé par d'autres sources de financement que le FMESPP.

La dotation du FMESPP est variable d'une année sur l'autre, puisqu'elle est construite à partir des besoins de financement à venir, notamment pour de nouveaux plans de santé publique ou pour financer des plans d'investissement tel qu'Hôpital 2012.

³ Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, avril 2010

Il finance par ailleurs, les études sur le financement des établissements de santé et de conduite des expérimentations exercées par l'ATIH.

La mise en œuvre de la fongibilité d'une partie des crédits du FMESPP et entre le FMESPP et le FIQCS, introduite par l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2011, a permis de donner plus de souplesse aux ARS dans la gestion de leurs crédits FMESPP.

Cela a conduit à revoir le système de suivi national des délégations pour connaître l'utilisation des crédits par les ARS, crédits auparavant fléchés.

Les délégations au titre de 2011 se répartissent désormais, comme suit, entre crédits nationaux et régionaux, et entre crédits fongibles et non fongibles, c'est-à-dire tous les crédits FMESPP régionaux à l'exception de ceux finançant les dépenses de fonctionnement, dont les systèmes d'information et d'investissement immobilier.

SUIVI ANNUEL DU FMESPP		2011	délégué/total délégué
Montant LFSS		347 710 000	
Crédits reportés N-1		40 529 742	
Total RESSOURCES		388 239 742	
National	ATIH	1 120 000	0,31%
Régional non fongible	H 2012	151 641 872	41,95%
	Autres opérations d'investissement	32 408 500	8,96%
	Autres opérations	24 329 280	6,73%
	total	208 379 652	57,64%
total délégué non fongible		209 499 652	57,95%
total délégué régional fongible		152 012 113	42,05%

TOTAL DELEGUES	361 511 765	100,00%
Solde des crédits non délégués (report N)	26 727 977	

1-2-4-2 Le FIQCS, centré principalement sur des actions portant sur les soins de ville, a contribué au financement des ES en 2011, bien que dans une faible proportion

Entré en vigueur le 1^{er} juillet 2007, le FIQCS, qui succède au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et à la dotation nationale des réseaux (DNR), a repris les financements disponibles à cette date sur ces deux fonds.

Ses missions sont définies par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Il a pour vocation :

- de financer des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé ;
- de financer le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux ;
- de financer des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde ;
- de concourir au financement d'actions ou de structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire ;
- de financer des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé ;
- de contribuer à la mise en oeuvre du dossier médical personnel et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

Les crédits FIQCS financent en conséquence des projets impliquant des structures ambulatoires, des réseaux de santé et des établissements de santé.

Les crédits FIQCS se composent d'une part nationale et d'une part régionale. En 2011, les crédits FIQCS ont représenté 261 millions d'euros. La consommation des crédits nationaux a plus que triplé entre 2008 (17,1M€) et 2011 (56,0M€). Elle est consacrée quasi exclusivement (à 81% pour 2011) à la mise en oeuvre du DMP.

La part régionale du FIQCS a légèrement augmenté entre 2008 (193 M €) et 2011 (205 M €). Elle est consacrée à plus de 80 % au développement des réseaux de santé.

Compte tenu de la mise en place du FIR – et du transfert d’une fraction importante de la part régionale du FICQS au sein du FIR -, les crédits FIQCS ont considérablement diminué entre 2008 (210,2M€) et 2012 (110M€).

1.3. La situation financière des établissements de santé en 2009 et 2010

1.3.1. La Situation financière des établissements ex-DG⁴

L’analyse ci-après porte sur les données de 1 110 établissements⁵, extraites à champ constant des comptes financiers 2008, 2009 et 2010 et du rapport infra annuel (RIA) au 31 décembre 2011⁶.

Selon ces données, l’évolution récente de la situation financière des établissements de santé ressort comme globalement encourageante. En particulier, leur capacité d’autofinancement (CAF) progresse en 2011, au bénéfice d’une certaine maîtrise du poste frais de personnel dans un contexte de ressources contraint. La progression de la CAF viendrait modérer la détérioration du résultat global constatée cette même année. En outre, l’analyse montre que les évolutions de situation financière divergent d’une catégorie d’établissements à l’autre. On notera, notamment, l’évolution positive de l’ensemble des CHU que ce soit à l’aune du critère de la CAF ou du résultat.

a) Des résultats contrastés selon les établissements

En 2011, le **résultat global** des établissements de santé serait déficitaire et se dégraderait de près de 100 M€ pour atteindre - 325 M€ contre - 230 M€ en 2010, après deux années consécutives d’amélioration. Les deux secteurs, public et privé, enregistreraient un déficit à la hausse, respectivement + 45 % et + 27 %.

Les établissements publics de santé afficheraient en 2011 un déficit de l’ordre de 276 M€ contre 191 M€ l’année précédente. Ce déficit est la somme d’un excédent (232 M€) dégagé par un peu moins des deux tiers des établissements et d’un déficit (508 M€) dégagé par le tiers restant. L’aggravation du déficit global en 2011 de 85 M€ proviendrait principalement de la réduction des excédents des établissements excédentaires, moins nombreux par ailleurs d’une petite cinquantaine d’hôpitaux.

La dégradation du résultat global concerne toutes les catégories d’établissements mais de manière variable. Si les ex hôpitaux locaux (ex HL) et les ex centres hospitaliers spécialisés (ex CHS) continuent de dégager un résultat excédentaire, celui-ci est en diminution, respectivement - 3 % et - 31 %. Les CHU stabiliseraient leur déficit à 260 M€, après l’avoir nettement réduit en 2009. Enfin, ce sont les centres hospitaliers qui

⁴ Les données présentées excèdent celles du seul champ de la T2A puisque les catégories traitées sont les suivantes : médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et de réadaptation, ex centres hospitaliers spécialisés, ex hôpitaux locaux, CLCC et établissements privés à but non lucratif.

⁵ Les données étudiées sont celles dont dispose l’ATIH au 30 juin 2012. Elles concernent la quasi-totalité des établissements de santé.

⁶ Les rapports infra annuels (RIA) de l’année 2011 sont établis par les établissements en février 2012 après leur journée de clôture. Les résultats seront légèrement différents de ceux apportés par les comptes financiers qui seront connus durant l’été 2012 ; mais les écarts sont relativement faibles (19 M€ d’écart sur le résultat global en 2010) et, de ce fait, les résultats suffisamment robustes pour fournir les grandes tendances.

enregistreraient la dégradation la plus forte de leur résultat. Ils passeraient d'un déficit de 15 M€ en 2010 à 84 M€ en 2011. Cette aggravation serait le fait des établissements de taille budgétaire moyenne (entre 20 et 70 M€) et importante (plus de 70 M€). Le nombre d'hôpitaux déficitaires dans ces deux catégories d'établissements aurait par ailleurs nettement progressé.

Les dix établissements publics les plus déficitaires représentent un montant de 288 M€, soit 47 % du déficit total des établissements déficitaires.

Les établissements privés à but non lucratif enregistreraient en 2011 un déficit global en nette dégradation, passant de 39 M€ à 49 M€, soit - 27 %. Près des deux tiers des établissements privés seraient excédentaires, avec un excédent total de 50 M€, plus que compensé par le déficit de 99 M€ des autres établissements.

Tableau n° 16 : Résultats des comptes de résultat consolidés de 2008 à 2011 et taux de résultat en 2010/2011

Catégorie	Compte financier 2008	Compte financier 2009	Compte financier 2010	Troisième rapport infra annuel 2011	Compte financier 2010	Troisième rapport infra annuel 2011
CHU	-348,900	-343,050	-250,960	-259,870	-1,00%	-0,99%
CH	-86,490	-11,610	-15,270	-84,180	-0,05%	-0,28%
CH<20M	18,720	31,910	14,950	13,190	0,55%	0,48%
20M<CH<70M	-51,230	-22,790	-23,670	-64,300	-0,27%	-0,71%
CH>70M	-53,980	-20,730	-6,550	-33,080	-0,04%	-0,18%
CH ex-CHS	37,870	42,860	31,150	30,160	0,65%	0,62%
CH ex-HL	35,220	48,430	46,390	31,860	2,03%	1,37%
SIH	-2,410	-3,410	-5,130	3,560	-3,70%	2,35%
CLCC	2,080	-1,730	-7,020	-8,950	-0,42%	-0,51%
EBNL	-7,390	-7,560	-31,610	-40,170	-0,54%	-0,67%
USLD	1,530	2,110	2,580	2,100	2,45%	1,86%
TOTAL	-368,490	-273,960	-229,870	-325,490	-0,33%	-0,46%

Données en millions d'euros

Source : ATIH

Le taux de résultat des établissements de santé, qui rapporte le résultat global au total des produits, évoluerait peu, il passerait de - 0,33 % en 2010 à - 0,46 % en 2011. A l'aune de ce ratio, la catégorie des CHU ressort comme la plus déficitaire (- 0,99 %), devant celle des centres hospitaliers de taille budgétaire moyenne (- 0,71 %) et les EBNL (- 0,67 %). A l'opposé, les ex hôpitaux locaux affichent le taux de résultat le plus élevé (1,37 %), bien qu'en net recul.

En 2011, **le résultat global déficitaire** des établissements de santé est la somme d'un déficit sur le budget principal de 485 M€ (445 M€ en 2010) et d'un excédent sur les budgets annexes de 160 M€ (215 M€ en 2010). La dégradation du résultat global, en 2011, serait majoritairement imputable à la diminution des excédents des budgets annexes.

La dégradation du déficit sur le budget principal concerne les établissements publics et privés. Le déficit principal des établissements publics passerait de 405 à 439 M€ et celui des établissements privés de 40 à 46 M€. Parmi les hôpitaux publics, on constate des évolutions très divergentes. Le groupe des CHU améliorerait son résultat en 2011 comme les ex CHS et petits centres hospitaliers. La détérioration du déficit sur l'activité principale est donc essentiellement le fait des centres hospitaliers de moyenne et grande taille. A noter que pour les centres hospitaliers de taille moyenne, il s'agit de la

deuxième année consécutive de dégradation du résultat, contrairement aux autres centres hospitaliers.

Le résultat comptable intègre les aides allouées au titre des retours à l'équilibre et des restructurations⁷ qui viennent amoindrir les déficits. Concernant les établissements publics de santé, ces aides contractuelles auraient progressé entre 2010 et 2011, passant de 359 à 463 M€. Corrigé de ces aides, le déficit structurel se creuserait de 764 à 902 M€, soit une aggravation de 138 M€.

La progression des produits du budget principal des établissements de santé en 2011 serait légèrement inférieure à celle des charges, respectivement 3,90 % et 3,93 %. Ce léger écart de taux expliquerait la baisse du résultat. Ces taux d'évolution, assez élevés, sont quelque peu biaisés par des opérations exceptionnelles qui ont eu lieu en 2011. Ils sont donc difficiles à analyser.

Les produits de titre 1, ceux versés par l'assurance maladie et qui constituent plus de trois quarts du total des produits du budget principal, auraient progressé de seulement 2 % en 2011 contre 2,37 % en 2010 et 3,84 % en 2009. On constate donc une véritable décélération des produits versés par l'assurance maladie sur les 3 dernières années, en lien avec le respect de l'enveloppe ONDAM hospitalier en 2010 et 2011. Les produits de titre 2, composés principalement des paiements des patients et mutuelles, seraient une nouvelle fois en forte progression, 6,98 % en 2011 contre 5,49 % en 2010.

Les charges de titre 1, qui correspondent aux frais de personnel et qui constituent deux tiers du total des charges du budget général, auraient fortement décéléré. Elles auraient progressé de seulement 1,77 % en 2011 contre 2,51 % en 2010 et 1,91 % en 2009. Cette faible croissance est principalement imputable au groupe des CHU qui enregistre un taux d'évolution de leurs charges de personnel de seulement 1,10 %. Les charges de titres 2 et 3 progressent selon des rythmes un peu plus soutenus, respectivement 3,35 % et 4,17 %.

b) Une capacité d'autofinancement (CAF) en hausse

La capacité d'autofinancement (CAF) des établissements de santé aurait progressé en 2011 de 5,9 %, passant de 3,8 à 4 Md€. Mais cette amélioration au niveau global ne concerne pas tous les types d'établissements. En particulier, les établissements privés à but non lucratif enregistrent une réduction de CAF et les établissements publics une hausse. Parmi les hôpitaux publics, les évolutions divergent entre catégories. Il semblerait qu'un effet taille entre en jeu. Les CHU et, dans une moindre mesure les centres hospitaliers de taille importante, voient leur CAF augmenter tandis que les ex hôpitaux locaux et petits centres hospitaliers enregistrent une baisse.

Le taux de CAF, qui rapporte la CAF au total des produits, repartirait à la hausse pour l'ensemble des établissements de santé en 2011. Il passerait de 5,50 % à 5,61 %. Toutefois, cette amélioration serait portée quasi-exclusivement par les CHU, dont le taux de CAF passerait de 4,95 % à 5,58 %, ce qui leur permettrait de réduire leur écart historique avec les autres catégories d'hôpitaux publics. Avec un taux de CAF de 3,76 %, les établissements privés non lucratifs (hors CLCC) continuent à se tenir très en retrait par rapport à leurs

⁷ Les aides allouées en troisième circulaire ont bien été intégrées dans les comptes des établissements. Les aides contractuelles déclarées par les établissements sont en parfaite cohérence avec celles recensées dans Arbust.

homologues publics.

Tableau n° 17 : Capacité d'autofinancement de 2008 à 2011 et taux de CAF en 2010/2011

Catégorie	Compte financier 2008	Compte financier 2009	Compte financier 2010	Troisième rapport infra annuel 2011	Compte financier 2010	Troisième rapport infra annuel 2011
CHU	948,080	1 204,740	1 245,810	1 469,370	4,95%	5,58%
CH	1 508,300	1 714,870	1 739,470	1 752,430	6,03%	5,88%
CH<20M	143,870	167,460	167,270	157,990	6,18%	5,74%
20M<CH<70M	430,930	492,200	475,550	472,320	5,43%	5,22%
CH>70M	933,500	1 055,210	1 096,660	1 122,120	6,31%	6,23%
CH ex-CHS	246,550	277,220	273,800	275,130	5,72%	5,61%
CH ex-HL	151,620	172,220	175,500	159,310	7,67%	6,85%
SIH	6,140	2,820	5,680	10,020	4,09%	6,62%
CLCC	111,300	104,760	105,680	109,820	6,27%	6,29%
EBNL	250,740	275,410	233,280	225,980	4,00%	3,76%
USLD	5,990	7,100	8,300	6,850	7,89%	6,05%
TOTAL	3 228,720	3 759,140	3 787,520	4 008,910	5,50%	5,61%

Données en millions d'euros

Source : ATIH

La divergence d'évolution qu'on peut observer entre la CAF qui s'améliore et le résultat global qui se dégrade s'expliquerait par une croissance très soutenue des charges d'amortissements et de provisions du compte de résultat principal, en particulier dans les CHU.

1.3.2. La situation financière des cliniques privées

L'analyse de la situation financière des cliniques privées reprend l'étude réalisée par la DREES début 2012 et se base donc sur les données 2008 à 2010⁸.

En 2010, le chiffre d'affaires des cliniques privées atteindrait 12,5 milliards d'euros, en hausse de 3,5 % (vs 3,9 % en 2009). Il est réalisé pour plus des trois quarts par les cliniques du secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et ne prend pas en compte les honoraires des praticiens libéraux qui y exercent.

Dans leur ensemble, les cliniques privées dégagent un résultat excédentaire en 2010, comme en 2008 et 2009. Leur rentabilité économique, rapport entre le résultat net et le chiffre d'affaires, s'établirait en moyenne de 1,9 % en 2010, soit en léger retrait par rapport à l'année précédente (2,1%). Mais cette situation économique, globalement satisfaisante, reste marquée par de fortes disparités : plus d'un quart des cliniques privées subissent des pertes tandis qu'une sur dix affiche une rentabilité économique supérieure à 11,5 %. Par ailleurs, le secteur hors MCO (assurant les activités de psychiatrie et de soins de suite et de rééducation) demeure le plus rentable avec un excédent représentant 3,1 % du chiffre d'affaires contre 1,6 % pour le secteur MCO. Enfin, les cliniques de petites taille restent les plus rentables, qu'elles interviennent dans le champ MCO (rentabilité économique de 5,4 %) ou hors MCO (3,6 %).

⁸ DREES - Etudes et résultats n°798 «L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2009 et 2010 ». L'étude de la DREES se base sur les comptes de cliniques privées déposées auprès des tribunaux de commerce. Au moment de la publication de l'étude, 25 % d'entre elles ne l'avaient pas fait, les données de l'étude sont redressées pour tenir compte de la non-réponse et peuvent être

2. Les principales évolutions apportées au modèle de financement en 2012

SYNTHESE DU CHAPITRE 2

Le cadrage global du financement des établissements de santé est marqué en 2012 par un taux d'ONDAM des établissements de santé en réduction par rapport à 2011 (voté in fine à 2,56%, en conséquence du plan de retour à l'équilibre des finances publiques, décidé en novembre 2011) et par une surexécution de la part tarif 2011, absorbée pour partie par une régulation prix/volume et pour partie par un transfert de l'enveloppe MIGAC (partie AC) vers les tarifs. Des mises en réserves prudentielles à hauteur de 415M€ (dont 298M€ sur les crédits régionaux) ont également été effectuées en vue de garantir le respect de l'ONDAM 2012, comme cela a été le cas en 2010 et 2011. La mise en œuvre de ces mécanismes devrait permettre de confirmer la capacité de la T2A à respecter l'ONDAM voté.

Sur le champ tarifaire MCO, l'évolution importante de la classification sur les activités d'obstétrique / néonatalogie permet de mieux décrire la diversité des séjours et ainsi de mieux financer les séjours plus coûteux. Elle marque la fin des évolutions majeures attendues en termes de classification (les autres activités ont déjà fait l'objet d'une révision profonde lors de la mise en œuvre de la version 11 en 2009).

Les incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire ont été largement renforcées en 2012 pour les activités pour lesquelles l'ambulatoire est moins développée. A contrario, pour les activités dont l'ambulatoire s'est suffisamment développé, il n'est plus nécessaire de poursuivre l'incitation tarifaire, qui a ainsi été réduite pour certaines d'entre elles.

Enfin, une nouvelle méthodologie fondée sur une approche de réduction des écarts les plus importants entre les tarifs et les coûts (ajustés à la masse tarifaire) a été mise en œuvre dans les secteurs ex-DG et ex-OQN. Dans le secteur ex-DG, cette méthode a été utilisée pour réaliser les 100M€ d'économies attendues au titre initialement de la convergence ciblée. En effet, la méthode antérieure de rapprochement entre tarifs ex-DG et ex-OQN, au titre de la convergence ciblée, n'a pu être reconduite (écarts déjà très marqués coûts/tarifs pour les activités déjà convergées, prises en charges hétérogènes entre les deux secteurs pour les activités non « convergées »).

Sur le champ des missions d'intérêt général, le mouvement de péréquation visant à rééquilibrer les financements entre régions se termine, les écarts les plus marquants ayant été réduits. La poursuite de l'objectif d'équité se réalisera par une meilleure objectivation des financements à un niveau plus fin, mouvement amorcé en 2012 :

- Une mise à jour du guide MIG, en cours de finalisation, a été réalisée sur l'ensemble du champ des MIG. Sa finalité est de répondre aux objectifs de transparence et d'objectivation des financements portés par le droit interne et le droit communautaire, et de sécuriser ainsi juridiquement ces financements. Il fournit aux ARS et établissements de santé des outils à des fins d'objectivation des financements, qui restaient jusqu'à aujourd'hui pour un part importante fondés sur des considérants historiques.
- la dotation MERRI a poursuivi en 2012 le processus de montée en charge du modèle de financement, visant à éteindre à l'horizon 2016 un financement fondé sur les coûts historiques.

Enfin, la dotation AC devrait cette année être moins marquée par les gels puisque 31% des 298M€ de mises en réserve régionales ont été portés sur la DAF, du fait du choix des ARS de faire porter une partie de l'effort sur la dotation annuelle de financement.

2.1. Le cadrage des sous-objectifs de l'ONDAM en 2012

2.1.1. Présentation des grands agrégats de l'ONDAM hospitalier en 2012

Le 7 novembre 2011, un plan de retour à l'équilibre des finances publiques a été mis en œuvre limitant la progression de l'ONDAM à 2,5% en 2012 au lieu de 2,8% initialement prévu. L'ONDAM établissements de santé a vu son taux d'évolution, in fine, fixé à 2,56% (soit 74,6Mds€) au lieu de 2,7%.

Ce dernier se décompose en deux sous-objectifs de dépenses qui sont l'objectif des « dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité » (fixé pour 2012 à 55,3Mds€) et l'objectif des « autres dépenses relatives aux établissements de santé » (fixé pour 2012 à 19,3Mds€) :

- Le sous-objectif « dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité » regroupe l'objectif des dépenses en chirurgie, médecine et obstétrique (ODMCO), fixé pour 2012 à 46,8Mds€ et la dotation pour les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC), fixé pour 2012 à 8,5Mds€.
- Le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé » regroupe l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) fixé pour 2012 à 16,1Mds€, l'objectif quantifié national (OQN) fixé pour 2012 à 2,5Mds€ et le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) fixé pour 2012 à 0,28Mds€.

Au sein de l'ODMCO, les trois sous-enveloppes de financement ont été fixées pour 2012 comme suit :

- Liste en sus comprenant les médicaments et dispositifs médicaux implantables non financés par les tarifs hospitaliers : 4,1Mds€ ;
- Forfaits annuels (urgence / prélèvement d'organes) : 1,1Mds€ ;
- Masse tarifaire comprenant notamment les dépenses afférentes aux séjours et actes et consultations externes : 41,5Mds€.

2.1.2. Les ajustements opérés pour aboutir à ces équilibres

La construction des objectifs de l'ONDAM hospitalier 2012 procède d'un certain nombre d'opérations d'ajustement décrites ci-dessous :

a) Les mesures d'économies

L'évolution tendancielle des charges des établissements de santé pour 2012 a été évaluée à 3,2%, soit un besoin de financement complémentaire de 2 308M€ par rapport à l'objectif 2011. Des mesures d'économie à hauteur de 450M€ ont par conséquent été rendues nécessaires dans le cadre de la construction de l'ONDAM 2012 pour garantir le respect du taux d'évolution de l'ONDAM voté par le Parlement à 2,56%.

Ces efforts d'économie se décomposent de la manière suivante :

- Performance hospitalière (150M€) ;
- Rationalisation des achats (145M€) ;
- Lutte contre la fraude à l'hôpital (25M€) ;
- Liste en sus (30M€) ;
- Convergence ciblée (100M€) sur le secteur ex-DG.

b) Les transferts liés à la prise en compte de l'exécution 2011

La sur-exécution constatée en 2011 sur la part tarifs au sein de l'enveloppe ODMCO a été couverte, d'une part par une régulation prix-volume, et d'autre part, par un transfert de l'enveloppe MIGAC à hauteur de 60M€ vers la masse tarifaire.

c) Les mises en réserves effectuées en vue de garantir le respect de l'ONDAM 2012

Enfin, comme en 2011, des mises en réserve ont été effectuées en début de campagne en vue de garantir le respect de l'ONDAM. Ces mises en réserve, à hauteur de 415 millions d'euros se décomposent en :

- Marges AC et DAF nationales : 92M€ ;
- Crédits issus de la déchéance du FMESPP : 25M€ ;
- Marges AC et DAF régionales : 298M€.

La ventilation par région des 298 M€ de mises en réserve a été effectuée au regard de l'évolution de l'activité de chaque région (évolution MCO secteur ex-DG et ex-OQN), de l'évolution démographique et des taux de recours à l'offre de soins.

En 2012, il a été laissé à l'appréciation des ARS, à l'intérieur de ce montant, d'opérer cette mise en réserve sur les crédits AC ou DAF.

2.2. Les évolutions apportées en 2012 sur le champ ODMCO

Comme en 2011, la volonté de stabilité et de lisibilité du modèle pour les établissements de santé a conduit à ne pas recalculer l'ensemble des tarifs mais à procéder à des modulations tarifaires à partir des tarifs 2011.

La construction tarifaire a ainsi répondu aux grandes orientations suivantes :

1. L'incitation au développement de certaines activités spécifiques : la chirurgie ambulatoire
2. La poursuite des politiques en matière de santé publique ;
3. La mise en œuvre de la convergence ciblée ;

L'étude développée par l'ATIH sur l'« adéquation des financements par rapport aux charges des établissements », a constitué l'outil permettant d'éclairer la mise en œuvre de ces politiques (Cf infra).

2.2.1. Les évolutions en termes de classification et prestations sur le champ MCO

Ces évolutions résultent de processus d'études de l'ATIH et de concertation avec les fédérations hospitalières, en général initiées à la demande des acteurs hospitaliers et souvent réalisées dans un cadre pluriannuel, en vue d'aboutir à leur bonne compréhension et application par les établissements.

a) Les évolutions de la classification des GHM (V11D)

L'ajustement de la classification a consisté cette année en une révision des catégories majeures de diagnostics (CMD) 14 et 15 relatives respectivement à l'obstétrique et à la néonatalogie. En effet lors de la révision de la classification en 2011, seules ces deux CDM n'avaient pas été modifiées.

L'objectif principal de cette révision est d'obtenir une meilleure description des séjours, d'une part, de ceux par voie basse et césariennes et, d'autre part, de ceux hors accouchements.

Par conséquent concernant la CMD 14, le nouvel arbre de classification se compose ainsi :

- Accouchement par voie basse : distinction grossesse multiple ou unique, primipare ou multipare (1ère grossesse ou grossesse ultérieure), racine pour accouchement avant l'entrée dans l'établissement, une racine d'accouchement unique par voie basse avec chirurgie
- Césariennes : distinction grossesse multiple ou unique, primipare ou multipare ;
- Grossesse extra-utérine : avec ou sans acte chirurgical ;
- Faux travail, menace d'accouchement prématuré, placenta praevia ;
- Avortement et menaces d'avortement ;
- Antepartum et post-partum.

Concernant la CMD 15 : la refonte a entraîné un changement de paradigme. En effet ce dernier prenait en compte auparavant seulement les naissances et les suites des

naissances ; aujourd'hui le nouveau périmètre tient compte de l'âge du nouveau-né, de son mode d'entrée, de son poids ainsi que des diagnostics qui lui sont associés.

En dehors des CMD 14 et 15, les autres évolutions de la classification des GHM pour 2012 ont été relativement modestes. Seule la chirurgie ambulatoire a été concernée. En effet, afin de poursuivre les travaux relatifs à l'incitation à la chirurgie ambulatoire 9 GHM d'ambulatoire (en J) ont été créés, un GHM en J a été segmenté en deux (amygdales et végétations) permettant une meilleure description médicale et en conséquence une tarification plus adaptée. Un GHM a été supprimé soit le GHM 05C14J « Pose d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc » car le nombre de séjours réalisés était trop faible pour le dissocier du GHM de niveau 1 d'hospitalisation complète. Par ailleurs, 3 GHM médicaux de très courte durée en T ont été créés.

b) Les évolutions des catégories de prestations⁹

Les évolutions relatives à l'arrêté prestations concernent en premier lieu la suppression (séance pour irradiation de contact endocavitaire, séance de dialyse en unité de dialyse médicalisée, et pose de valves aortiques percutanées) et la création (séance d'irradiation en conditions stéréotaxiques, prélèvement de rein sur donneur vivant, prélèvement pour don d'ovocyte) de trois exceptions des GHS dédoublés (majorés ou minorés du tarif de base associé)

Suppressions :

- **Séance pour irradiation de contact endocavitaire.** Du fait d'une technique devenue obsolète et d'un nombre de séjours inférieur à 100 depuis 2010.
- **Séance de dialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM).** Ce GHS a été transformé en forfait D en raison du statut de l'UMD qui est considérée comme du « hors centre » d'un point de vue organisationnel.
- **Pose de valves aortiques percutanées :** A l'issue du constat de la difficulté à prendre en charge financièrement cette technique dans les établissements de santé, le conseil de l'hospitalisation a recommandé d'inscrire ce dispositif sur la liste en sus.

Créations :

- **Séance d'irradiation en conditions stéréotaxiques par machine produisant des photons avec guidage par imagerie, avec ou sans synchronisation avec la respiration :** Cette création intervient pour valoriser la prise en charge de cette technique.
- **Prélèvement de rein sur donneur vivant :** Afin d'inciter à cette pratique les professionnels et d'augmenter le nombre de greffe, un tarif majoré a été créé ; permettant ainsi de faire diminuer le recours à la dialyse.
- **Prélèvement pour don d'ovocyte :** Ce tarif majoré a été créé pour permettre d'augmenter le nombre de dons.

En second lieu, deux nouveaux suppléments ont été mis en œuvre :

- **Supplément pour le financement de l'antepartum pour les séjours se terminant par un accouchement.** L'antepartum n'étant pas pris en compte dans la refonte de la CMD 14 au sein des niveaux de sévérité, il s'est avéré

⁹ Arrêté prestations du 14 février 2012 modifiant l'arrêté du 19 février 2009

nécessaire de financer la prise en charge de la patiente sur la période allant de l'entrée jusqu'à deux jours avant l'accouchement par un supplément. Ainsi ce supplément est facturable pendant la durée de l'antepartum en sus du GHS d'accouchement.

- **Supplément pour le financement de la radiothérapie pédiatrique en séance** : ce supplément est facturable en sus de la séance de radiothérapie pour les prises en charge des enfants de moins de 18 ans. Il finance le temps infirmier supplémentaire lié à l'enfant.

Enfin, quelques autres évolutions sont venues modifier l'arrêté prestations lors de cette campagne :

- Report de la date de passage des forfaits dialyse (D) en GHS
- Création d'un nouveau forfait prélèvement d'organe
- Maintenance de la liste d'actes des forfaits SE par la suppression d'actes pour cause pour cause de fréquence nulle en SE
-

c) Les évolutions concernant la liste en sus

Différentes mesures ont été prises en 2012 pour faire évoluer la liste en sus. Dans cette optique, 12 molécules onéreuses ne correspondant plus aux critères d'inscription définis dans la recommandation de principe du conseil de l'hospitalisation du 18 novembre 2010 (annexe 1) ont été radiées (Taxotère, Alfalastin, Bicnu, hexvix, Faslodex, Fasturtec, Javlor, Insuplant, Prialt, Xigris, Theprubicine, Monoclote). Les raisons qui ont conduit à ces radiations sont diverses (service médical rendu faible, amélioration du service médical rendu mineure ou faible, retrait du marché, prix d'achat inférieur à 30% des montants des GHS dans lesquels ils sont prescrits...). L'unique inscription sur la liste en sus des dispositifs médicaux en 2012 est celle des valves aortiques percutanées.

2.2.2. Les modalités de construction tarifaire en 2012

La modalité de fixation des tarifs en 2012, comme celle appliquée en 2011, comprend deux étapes :

- Une étape préliminaire relative à la prise en compte du changement de périmètre des GHM ;
- Une seconde étape reposant sur le principe de modulation tarifaire.

a) Le changement de périmètre des GHM

Les principaux changements de périmètre de GHM sont liés à :

- L'évolution de la classification V11d et notamment la révision des CMD 14 et 15
- La radiation des molécules onéreuses de la liste en sus

b) Les modulations tarifaires

La modulation tarifaire s'appuie sur l'étude de l'ATIH « adéquation des financements par rapport aux charges des établissements », qui permet de calculer des tarifs dit issus des coûts, respectant la hiérarchie de l'Étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) dans la contrainte de la masse tarifaire allouée.

Chirurgie ambulatoire

Dans la continuité des incitations tarifaires instaurées lors des campagnes précédentes, a été mis en œuvre :

- Tarif unique entre le niveau d'ambulatoire (J) et le niveau 1 d'hospitalisation complète pour 12 GHM ;
- Fixation des tarifs du niveau J au niveau 1 pour toutes les créations de J de 2012 ;
- Rapprochements tarifaires entre le J et le niveau 1 d'hospitalisation complète pour 18 GHM ;
- Incitations aux pratiques innovantes ambulatoires par les suppressions des bornes basses ;
- Revalorisation tarifaire de l'ensemble de la chirurgie classée en J
- Diminution de l'incitation tarifaire pour les GHM dont le taux d'ambulatoire est supérieur à 80% et le sur-financement par rapport aux tarifs issus des coûts de plus de 10% pour le niveau J

Convergence ciblée :

La modulation tarifaire s'observe aussi au travers de l'exercice de convergence ciblée de l'année 2012. (cf. § 2.2.3.).

c) Evolution des tarifs 2012

Une différenciation du taux d'évolution des tarifs pour 2012 a été opérée entre l'obstétrique (CMD 14 et 15) et le reste des activités de soins et ce, de manière identique pour les deux secteurs, du fait des différences importantes de dynamique d'activité observées.

Le taux d'évolution a ainsi été fixé à +0,5% sur l'obstétrique et la néonatalogie et à +0,16% sur les autres activités.

d) La révision des coefficients géographiques

Les coefficients géographiques constituent une modalité de prise en charge des surcoûts des établissements MCO liés à l'implantation géographique. Ces coefficients majorants s'appliquent aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels dans certains départements, pour tous les établissements de la zone (publics et privés).

Les dispositions réglementaires précisent : « Pour le calcul du coefficient géographique, il est notamment tenu compte des surcoûts immobiliers, salariaux et fiscaux constatés dans certaines zones géographiques, ainsi que des charges spécifiques aux départements insulaires et d'outre-mer liées à l'éloignement et à l'isolement, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations des établissements des zones concernées. ».

Chaque année, le ministre de la santé doit arrêter la valeur des coefficients et les zones éligibles, dans le cadre de l'arrêté fixant les tarifs nationaux.

Un groupe de travail réunissant la DGOS et les ARS des DOM et de la Corse a été constitué en mai 2011 afin d'étudier l'opportunité d'une actualisation des coefficients pour 2012. L'objectif était notamment de démontrer que les méthodologies utilisées pour évaluer les coefficients des DOM et de la Corse étaient similaires. Les données mobilisées ont été de deux natures :

- Etudes DREES (surcoûts charges de personnel et médicament), INSEE (surcoût dépenses courantes)
- Données transmises par les ARS sur certains postes de dépenses. Les ARS ont réalisé des enquêtes auprès des établissements (médicaments lorsque les données DREES n'étaient pas disponibles, dispositifs médicaux, oxygène, transport, etc.).

L'agrégation des surcoûts admis, appliqués aux comptes de financiers 2009 des établissements publics de chaque région, ont abouti aux revalorisations suivantes :

- DOM : 1% supplémentaire
- Corse : 2% supplémentaires

Tableau 18 : Synthèse des coefficients géographiques depuis 2004

Département	2005-2007	2011	2012
Corse	5%	6%	8%
Paris	7%	7%	7%
Petite couronne IDF1	7%	7%	7%
Grande couronne IDF1	7%	7%	7%
DOM d'Amérique	25%	25%	26%
Réunion	30%	30%	31%

2.2.3. Le bilan de la convergence tarifaire entre 2006 et 2012

a) Rappel de l'historique

Instaurée par la LFSS pour 2004, la tarification à l'activité (T2A) a unifié les modes de financement des activités MCO, tout en créant deux échelles tarifaires distinctes entre le secteur antérieurement sous dotation globale (public et privé PSPH pour l'essentiel) et le secteur antérieurement financé sous OQN (cliniques privées pour l'essentiel). L'écart important entre les niveaux tarifaires des deux échelles (chiffré autour de 40% à cette époque, après réintégration des honoraires médicaux et des actes d'imagerie et de biologie) a justifié l'inscription dans la loi du principe de convergence tarifaire entre les deux échelles.

Le texte initial de la LFSS pour 2004 (VII de l'article 33)¹⁰ a subi plusieurs évolutions. Initialement fixé à 2012, le terme de la convergence a été reporté à 2018 par la LFSS de 2010, afin de disposer d'études robustes éclairant les écarts de coûts entre les deux secteurs¹¹, de tenir compte des missions exercées par chacun, et d'accompagner la soutenabilité financière et le rythme déjà imposé par la convergence intrasectorielle, consistant à faire converger les modes de financement au sein d'un même secteur (processus terminé en 2011).

La LFSS pour 2008 précisait que le processus de convergence était orienté vers les tarifs des cliniques privées, considérés comme les plus efficaces. Cette allégation n'étant pas vérifiée pour tous les GHM (groupes homogènes de malades), l'article 33 a été modifié par la LFSS pour 2011 afin de mentionner une convergence vers le tarif le plus bas, quel que soit le secteur.

Historique du chemin parcouru : Bilan de la convergence

L'écart facial tarifaire a été le marqueur principal de l'avancement du processus de convergence, même s'il ne constitue pas l'unique manière de le mesurer.

Ce type de comparaison est opéré chaque année pour s'assurer de la convergence ou non du tarif moyen propre à chaque secteur.

Le calcul d'un écart facial tarifaire requiert de valoriser successivement une même base d'activité aux tarifs respectifs des deux secteurs, de déterminer un tarif moyen pour chacun d'eux et d'en faire la comparaison

Il a été opéré en 5 ans une réduction de moitié de l'écart facial des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) entre les secteurs ex-DG et ex-OQN : l'écart estimé sur le case-mix (activité) du secteur public s'est réduit de 40% en 2006 à 21% en 2012 et celui estimé sur le case-mix du privé de 29% en 2006 à 14% en 2012. Deux types de mécanismes ont permis cette réduction :

- une meilleure objectivation des différences de missions réalisées par les deux secteurs, (PDSÉS médicale, prise en charge des patients en situation de précarité, financement de la formation des internes, nature de l'activité réalisée par chaque secteur – mis en évidence par la V11), qui s'est traduite dans les 3 premiers cas par le transfert du financement correspondant des tarifs des GHS vers la dotation MIGAC
- un processus de convergence des tarifs, ciblé sur certaines prises en charges (GHM), pour un montant cumulé d'économies de 400 millions d'€ sur trois ans imputé sur le seul secteur ex-DG (150 en 2010, 150 en 2011, 100 en 2012). Ce processus était fondé sur la recherche de GHM présentant une homogénéité médico-économique, justifiant une convergence ou un rapprochement des tarifs. L'exercice 2012 a montré que ce processus était arrivé à son terme et qu'il est difficile d'aller plus loin du fait de l'hétérogénéité des prises en charges entre les deux secteurs.

¹⁰ Cf. annexe 4

¹¹ Le rapport 2011 du gouvernement consacré à la convergence tarifaire précise notamment l'ensemble des études conduites par la DGOS afin d'objectiver les écarts de coûts entre secteurs publics et privés dans le cadre du processus de convergence tarifaire, dont la mise en œuvre avait été préconisée par l'IGAS dans son rapport 2006-2009 intitulé « Mission d'appui sur la convergence tarifaire public / privé – janvier 2006 ».

b) Bilan en termes d'écart facial, d'économies réalisées en 2011

Tableau n° 19 : L'écart facial depuis 2006¹²

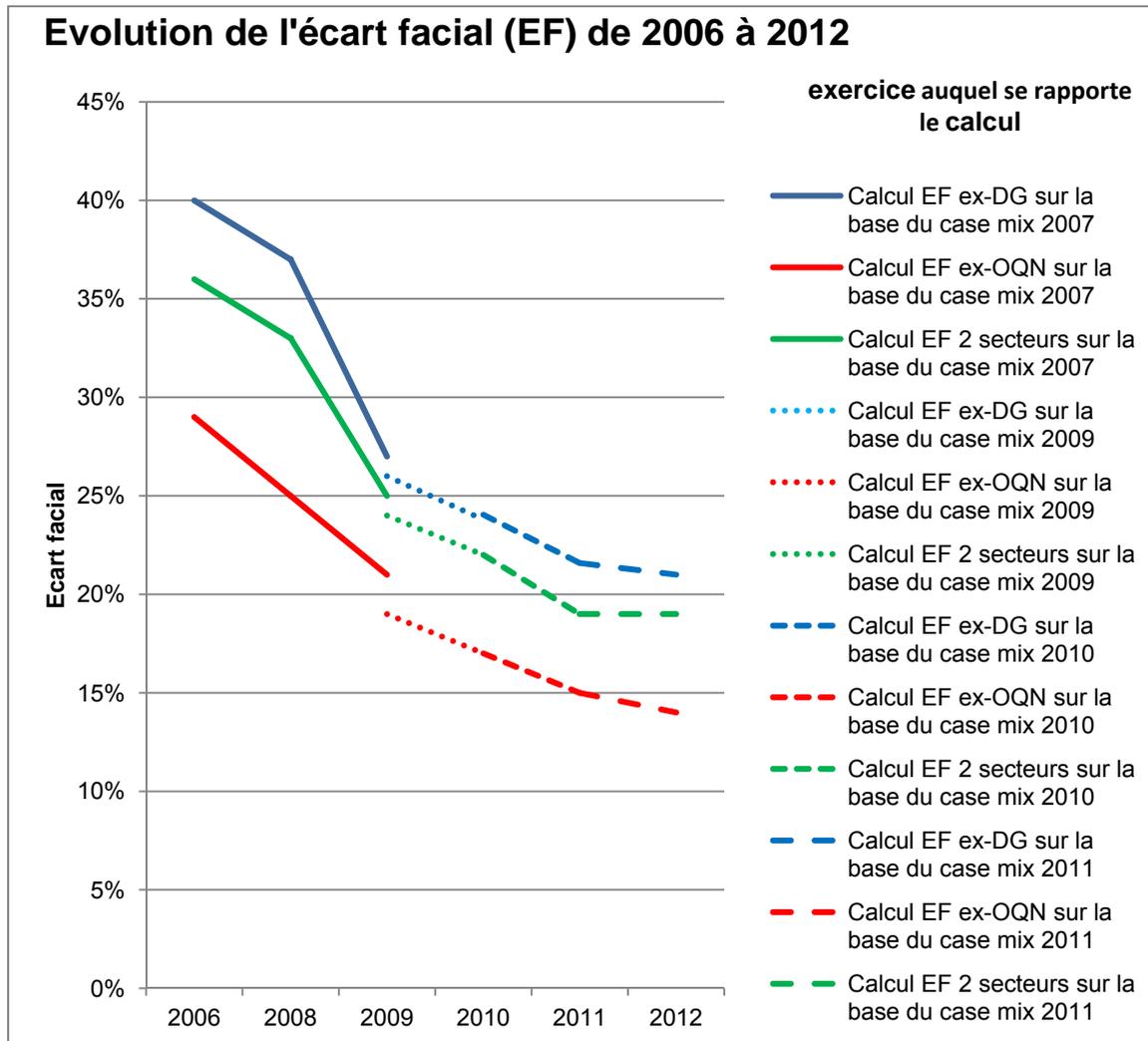
type d'activité retenue	ratio (public - privé) / public en masse 2006	ratio (public - privé) / public en masse 2008	ratio (public - privé) / public en masse 2009	ratio (public - privé) / public en masse 2010*	ratio (public - privé) / public en masse 2011*	ratio (public - privé) / public en masse 2012*
Ex-OQN	28,7%	25,1%	20,7%	17,1%	14,6%	13,6%
Ex-DG	40,1%	36,9%	26,8%	23,8%	21,6%	21,4%
Deux secteurs	36,1%	32,8%	24,7%	21,6%	19,3%	18,9%
Evolution de l'écart facial mesuré sur la base d'activité du secteur ex-DG		-3,2%	-10,0%	-2,2%	-2,4%	-0,6%
Année de l'activité de référence	2007	2007	2007	2009	2010	2011

* Les chiffres 2010, 2011 et 2012 ne sont pas comparables aux chiffres des années antérieures ni entre eux, cf. *infra*. Source : ATIH

Figure 9 : Evolution de l'écart facial de 2006 à 2012

¹² Voir annexe 5

Evolution de l'écart facial (EF) de 2006 à 2012



En 2009, la réduction massive de l'écart facial s'explique en totalité par :

- l'amélioration de la comparabilité des activités par la mise en place de la V11 de la classification
- la clarification des activités financées par les tarifs (transferts des tarifs vers les MIG des financements relatifs à la PDSES médicale – 630 millions en 2009 -, aux surcoûts de prise en charge des patients en situation de précarité – 100 millions en 2009 - pour un montant cumulé de 730 M€).

Un effort de convergence des tarifs régulier, d'un peu plus de deux points par an, a été réalisé en 2010 et 2011, et de 0,6 point en 2012. Il s'explique pour partie par la mise en œuvre d'une convergence ciblée sur certaines activités (150M€ en 2010 et 2011, 100M€ en 2012 imputés sur les tarifs du secteur ex-DG), accompagnée d'un effort de productivité différent demandé aux deux secteurs, de l'évolution des case-mix de chaque secteur, de la réintroduction progressive du forfait haute technicité dans les tarifs du privé (terminée en 2012), et de la sortie des tarifs de crédits MIG (mais de faible ampleur : reliquats de la MIG précarité en 2010, MIG internes en 2011).

D'autres éléments, non pris en compte dans le chiffrage précédent, contribuent à corriger l'appréciation des écarts de tarifs entre les deux secteurs.

Tableau n° 20 : Prise en compte des éléments corrigeant les écarts de tarifs entre les 2 secteurs

Ecart réglementaire	Montant 2010 (M€)	En %	Impact sur l'écart facial
Activité libérale des PH	312*	1 % masse tarifaire ex-DG	Augmente
Facturation FJH jour de sortie	102	0,3 % masse tarifaire ex-DG	Diminue
Prise en charge cotisations libéraux secteur 1	80	1,2 % masse tarifaire ex-OQN	Diminue
Facturation transports secondaires provisoires	210	0,8 % masse tarifaire ex-DG	Diminue
Forfait Haute technicité	0 en 2012	Disparition du FHT en 2012	

* Valeur 2009

c) L'expérimentation d'une convergence ciblée

En 2011, 150 millions d'euros d'économie ont été réalisés au titre de la convergence ciblée sur le secteur public. La démarche méthodologique initiée pour rapprocher les tarifs du secteur ex-DG vers ceux du secteur ex-OQN a consisté à comparer les durées moyennes des séjours (DMS) entre secteur. Afin de définir le taux de rapprochement de ces GHM, une étude a donc été effectuée en vue de définir cinq classes de GHM en fonction de l'homogénéité de leurs DMS. Au total, 193 GHM du secteur public ont ainsi été concernés par la mesure de convergence ciblée 2011.

En 2012 et en accord avec les fédérations hospitalières dans le cadre du groupe de travail sur l'évolution du modèle piloté par la DGOS et auquel participent l'ensemble des fédérations hospitalières, une nouvelle méthode de convergence ciblée a été mise en œuvre dans la mesure où celle appliquée en 2011 n'était pas réellement reproductible. En effet, reconduire la démarche méthodologique de 2011, aurait eu pour effet de faire à nouveau porter la convergence sur des séjours ayant déjà convergé et qui sont aujourd'hui en situation de sous-financement selon l'étude adéquation financement et charges de l'ATIH.

La nouvelle méthodologie a été ainsi fondée sur une approche de réduction des écarts les plus importants entre les tarifs et les coûts ajustés à la masse tarif (source étude adéquation financement/charges de l'ATIH). Ainsi, les modulations tarifaires du secteur ex-DG sont opérées non plus en prenant les tarifs du secteur ex-OQN comme référence, mais en regard des coûts ajustés à la masse tarif du secteur ex-DG lui-même. Ceci a permis d'éviter un sous financement des activités ex-DG « convergées ».

Les activités soumises à politique publique ont été intégrées en 2012 au processus de convergence. Toutefois, un niveau de contrainte différenciée a été appliqué à ces activités (contribution limitée à 10% de leur sur-financement)

Cette approche a été appliquée de manière identique sur les deux secteurs hospitaliers, sachant que pour le secteur ex-OQN, il ne s'agissait pas de réaliser une

économie nette : ainsi la somme dégagée a été redistribuée au bénéfice d'activités de chirurgie dites de haute technicité ayant un écart négatif avec les tarifs issus des coûts (rapprochement à hauteur de 75%).

2.3. Les évolutions apportées en 2012 sur le champ MIGAC

2.3.1. Les principes qui ont présidé à la construction de la dotation MIGAC en 2012

a) L'actualisation du champ des MIG (les nouvelles MIG créées en 2012)

En 2012, cinq nouvelles MIG ont été créées qui correspondent à des besoins identifiés.

La MERRI relative à l'effort d'expertise des établissements de santé. La DGOS pilote ou copilote chaque année plusieurs appels à projets (PHRC, PREQHOS, STIC, PHRIP, PHRCK, STICK, PRTK, PRT, CHRT). Pour ces appels à projets, la DGOS reçoit et fait expertiser chaque année environ 800 dossiers de candidature. Sont ainsi produits annuellement : 2400 expertises, 800 rapports et 12 à 14 journées de jury. L'expertise est donc une donnée cruciale pour le bon fonctionnement de ces appels à projets. Afin d'homogénéiser ses pratiques avec les autres pratiques d'expertise nationales et afin de motiver les experts sollicités (de plus en plus réticents à y consacrer du temps) il a été décidé de financer l'expertise de ces projets. Cette nouvelle MERRI permet de compenser auprès des établissements la perte d'activité liée à la participation d'un praticien à une expertise de dossier, à un jury de sélection ou la production d'un rapport d'évaluation dans le cadre des appels à projets ministériels.

La MIG relative à la coordination des parcours de soins en cancérologie. En application du plan cancer, une expérimentation a été conduite à partir de la mi-2010, à la suite d'un appel à projets lancé par la DGOS et l'INCa, pour évaluer la mise en œuvre de postes d'infirmiers de coordination qui traitent de la coordination du parcours de soins et de l'après cancer. La pérennisation de ce dispositif pour les établissements expérimentateurs, puis son déploiement, se réalisera en 2012 sur la base de l'évaluation de l'expérimentation de la MIG nouvellement créée.

La MIG relative au transport bariatrique dans le cadre du Plan Obésité. Cette MIG est destinée à pallier les insuffisances constatées en termes de qualité et de sécurité du transport des personnes présentant des obésités très importantes. Cette situation insatisfaisante tient à l'absence de matériel de transport adapté, que le transport soit ou non médicalisé. La dotation de cette nouvelle MIG est destinée à financer des ambulances bariatriques pour 37 centres spécialisés.

La MIG relative aux centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson. Dans le cadre du plan national d'actions Parkinson adopté début 2012, cette MIG finance les surcoûts de sept centres interrégionaux qui ont pour mission la coordination des 24 centres de prise en charge de la maladie de Parkinson, la diffusion des bonnes pratiques et la synergie des actions de recherche.

La MIG relative à la participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret du 10 mars 1997. Cette création est la résultante de la

suppression de la dotation annuelle complémentaire dite « DAC 100 » de l'AP-HP jusque là versée sous forme d'aide à la contractualisation. Elle permet de compenser des surcoûts salariaux liés à des obligations réglementaires pour l'AP-HP.

b) L'extension de la JPE en 2012

En 2011, pour la première fois, une part sensible de la dotation des MIG a fait l'objet d'une délégation selon la règle de la « justification au premier euro » (JPE), c'est-à-dire en base budgétaire nulle. La justification au premier euro fait disparaître les notions de base et de mesures nouvelles traditionnellement utilisées jusqu'alors et qui continuent de régir les dotations qui n'y sont pas soumises. La dotation est alors entièrement déléguée en une seule fois pour une mission donnée.

Les missions dont les dotations ont été déléguées en JPE en 2011 sont l'ensemble des MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation), ainsi que les MIG relatives à la prise en charge des patients en situation de précarité, aux actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie et à la prise en charge odontologique de patients atteints de pathologies autres que dentaires dans les centres de soins et de recherche dentaire. **Au total, les dotations des missions déléguées en JPE en 2011 s'élèvent à 2 864 M€, représentant 49% de l'ensemble des dotations MIG.**

En 2012, la délégation en JPE a été étendue à treize nouvelles MIG : les cinq MIG nouvellement créées en 2012 et huit autres MIG. Ces huit MIG sont les suivantes :

- les centres de diagnostic pré-implantatoire ;
- l'observatoire national de la fin de vie ;
- les coordinateurs régionaux d'hémovigilance ;
- le centre national de ressources de la douleur ;
- le centre national de ressources pour les soins palliatifs ;
- les centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques ;
- la contribution aux ENCC ;
- les actions de coopération internationale.

Au total, ce sont trente-cinq dotations MERRI et seize dotations MIG qui sont désormais déléguées en JPE.

Le mode de délégation en JPE permet de redéfinir chaque année le montant alloué aux missions. Cette tendance est également marquée dans le mode de délégation des mesures nouvelles pour les missions financées classiquement puisque ces mesures nouvelles sont presque entièrement déléguées de manière non reconductible, c'est-à-dire qu'elles n'intègrent pas la base de la dotation. Ainsi, en 2011, 96% des nouveaux financements accordés aux établissements de santé l'ont été à titre non reconductible. Cette proportion est légèrement inférieure à celle observée en 2010 où 99% des mesures nouvelles avaient été allouées à titre non reconductible.

c) Les mises en réserve prudentielles des dotations régionales différenciées selon la dynamique régionale d'activité

Dans la continuité des campagnes 2010 et 2011 et afin de garantir le respect de l'ONDAM hospitalier 2012, 415M€ ont été mis en réserve en ce début d'année, dont

298 M€ sur les crédits régionaux. Les mises en réserve étaient jusqu'à présent imputées sur les seules dotations AC. En 2012, la répartition des mises en réserve sur les crédits régionaux a été laissée à l'appréciation des ARS au sein des enveloppes AC et DAF. Il en découle la répartition suivante : 203,5 M€ des crédits mis en réserve sont affectés à la AC et 94,5 M€ sont mis en réserve sur les enveloppes DAF et USLD.

La mise en réserve a été modulée au regard de l'évolution de l'activité de chaque région (évolution MCO secteur ex-DG et ex-OQN), ajustée par son évolution démographique et son niveau relatif de consommation de soins mesuré par les taux ajustés de recours à l'offre de soins.

Les crédits ainsi mis en réserve nationalement pourront être délégués aux ARS, sous réserve de l'évolution de l'activité, en fin d'année.

d) la péréquation sur les MIG et AC

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 dans les montants alloués en se fondant sur deux critères :

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

A compter de 2008, une politique de rééquilibrage interrégional a ainsi été initiée au travers de la répartition différenciée des mesures nouvelles de crédits d'aide à la contractualisation. De 2009 à 2011, cette politique de redistribution interrégionale a été élargie à une partie des dotations MIG (MIG dites à caractère régional - MIGCR). S'agissant des marges de manœuvre régionales, il a été procédé à un rééquilibrage des bases régionales de crédits d'aide à la contractualisation, par ciblage des économies sur les régions les mieux dotées en 2010 et 2011.

Les opérations de rééquilibrage des MIGCR n'ont pas été reconduites en 2012, les précédents mouvements de péréquation ayant permis de réduire les écarts les plus importants.

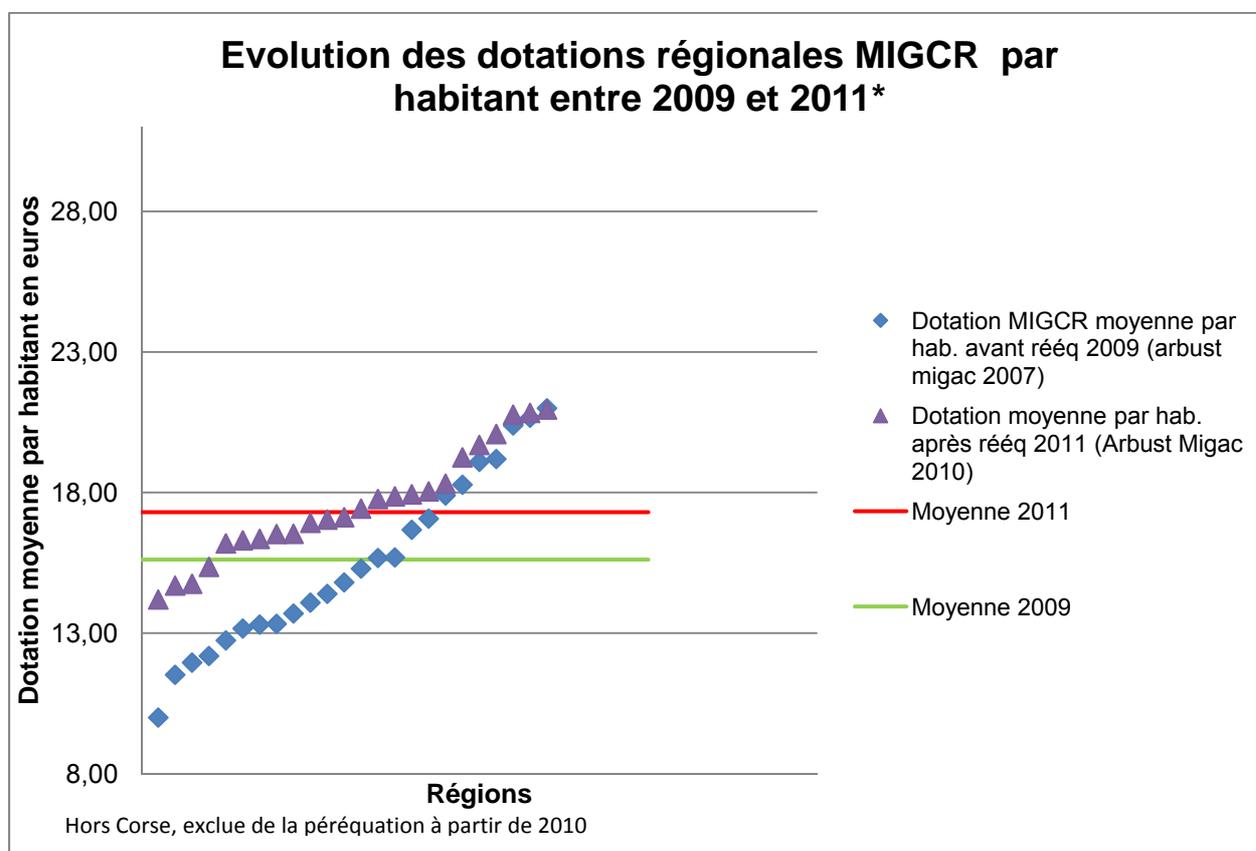
Fin du rééquilibrage des dotations MIG à caractère régional

En 2009, 7 M€ ont été transférés des 6 régions les mieux dotées vers les 6 régions les moins bien dotées. En 2010, 16,1 M€ ont été redéployés des 8 régions les mieux dotées vers les 9 régions les moins dotées. Enfin, un redéploiement d'un montant de 16M€ a été opéré en 2011, des 9 régions les plus sur-dotées vers les 8 régions les plus sous-dotées.

Le critère retenu pour déterminer la sur-dotation ou sous-dotation régionale est le critère populationnel : montant des dotations MIG à caractère régional rapporté à la population régionale. En 2011, le critère de redéploiement intègre, en sus de la population, un indicateur d'état de santé afin de mieux prendre en compte les besoins différents. Ainsi, la population régionale a été pondérée à partir des taux de mortalité (corrigés de l'effet d'âge et de sexe) de chaque région.

Ces trois années successives de redéploiements ont permis de réduire les inégalités territoriales de dotations, comme on peut le constater dans le graphique ci-dessous.

Figure 10 : Evolution des dotations régionales MIGCR par habitant entre 2009 et 2011



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

Parmi les régions qui restent les plus sur-dotées en 2012 (Limousin, Auvergne, Basse-Normandie...), on peut noter des caractéristiques communes : ce sont des régions dont la densité de population est plus faible que la moyenne et dont la part de la population âgée de plus de 75 ans y est plus élevée.

Or on constate que les missions pour lesquelles ces régions sont sur-dotées ont dans l'ensemble un lien avec la faible densité de population de la région ou leur taux de personnes âgées : SMUR, réseaux de télésanté, équipes mobiles de soins palliatifs, équipes mobiles de gériatrie, consultations mémoire...

Afin de ne pas pénaliser ces régions dont les niveaux de sur-dotation peuvent être jugés acceptables au regard de leurs spécificités et compte tenu de la réduction des disparités régionales de financement constatée depuis 2009, il a été décidé de ne pas poursuivre la péréquation sur les MIGCR en 2012.

La réduction des disparités régionales entre dotations, qui reste l'un des principaux objectifs pour l'évolution des MIGAC, aura désormais vocation à être assurée via les modélisations de dotations sur la base de critères de compensation objectivés.

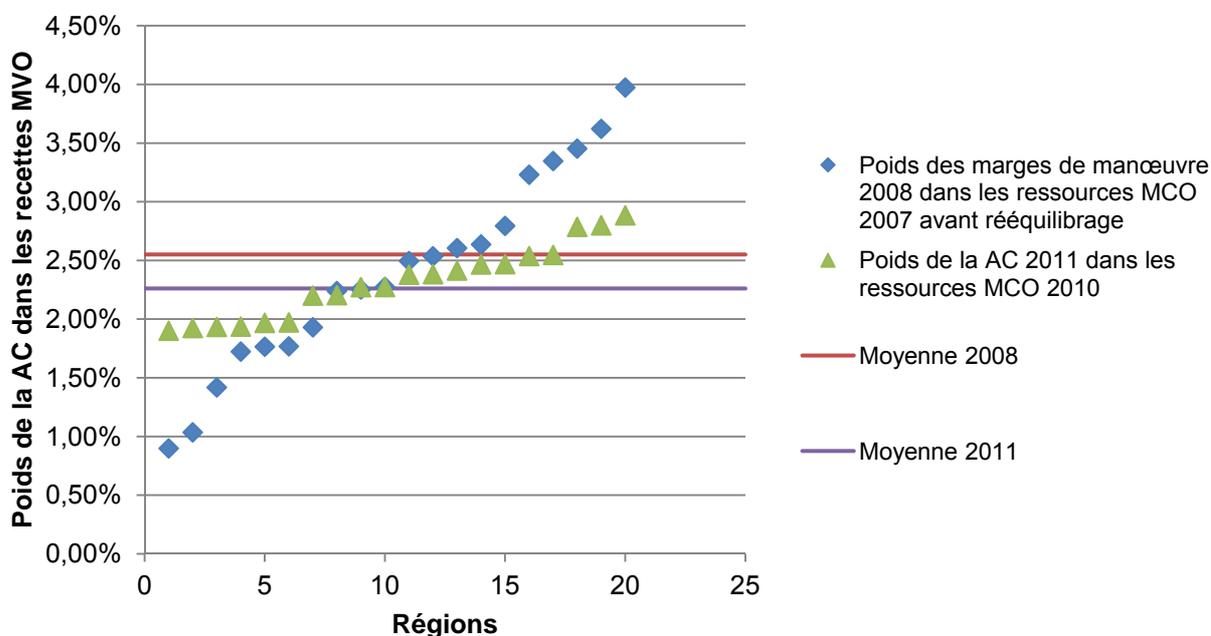
Les marges de manœuvre régionales en AC

En 2009, il avait été procédé pour la première fois à un redéploiement interrégional des marges de manœuvre à hauteur de 3 millions d'euros. En 2010, il a été décidé de faire peser sur les seules régions les plus sur-dotées, une partie des mesures d'économies imputées sur la dotation MIGAC (28M€ sur 63 M€). Il en a été de même, en 2011 : 27 M€ sur 54 M€. La sur ou sous-dotation régionale est exprimée en « poids de la AC dans les recettes totales MCO régionales ».

Ces trois années successives de redéploiements ont permis de réduire substantiellement les inégalités territoriales de dotations. Néanmoins, 6 régions restent particulièrement sous-dotées (Aquitaine, Ile-de-France, Languedoc Roussillon, Limousin, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte-D'azur).

Figure 11 : Evolutions du poids des marges de manœuvre régionales dans les recettes des établissements

Evolution du poids des marges de manœuvre régionales dans les recettes des établissements de 2008 à 2011 (hors Corse et DOM)



Sources: circulaires (DGOS), bilans régionaux d'activité (ATIH)

Ainsi, en 2012, l'effort d'économie de 11,5 M€ a été imputé sur la majorité des régions (16 sur 26), au prorata des marges de manœuvre régionales, à l'exclusion des seules

régions particulièrement sous-dotées. Cet effort représente 1,7% des marges de manœuvre des régions concernées. Sont exclues de cet effort d'économie les régions dont le poids d'AC dans les recettes MCO régionales est particulièrement faible (poids inférieur à 2%, la moyenne métropolitaine étant de 2,26%). Etant données leurs spécificités qui justifient une sur-dotation, les DOM sont exclus.

Tableau n° 21 : Synthèse sur la péréquation des MIGAC de 2008 à 2011

Enveloppe	2008	2009	2010	2011	2012
MIG à caractère régional	Pas de rééquilibrage	7 M€ transférés des 6 régions les mieux dotées vers les 6 régions les moins bien dotées	16,1 M€ transférés des 8 régions les mieux dotées vers les 9 régions les moins bien dotées	16 M€ transférés des 9 régions les mieux dotées vers les 8 régions les moins bien dotées	Pas de rééquilibrage
Marges de manœuvre AC	Fléchage des mesures nouvelles vers les 12 régions les moins bien dotées	3 M€ transférés des 3 régions les mieux dotées vers les 3 régions les moins bien dotées	Concentration de 28 M€ d'économies sur les 7 régions les mieux dotées	Concentration de 27 M€ d'économies sur les 7 régions les mieux dotées	Imputation des 11,5M€ sur toutes les régions, hors DOM et régions fortement sous-dotées.

L'Application à la dotation MIGAC d'un coefficient de majoration lié à l'implantation géographique des établissements de santé

Des travaux ont été menés en 2012 sur l'opportunité d'étendre l'application de l'équivalent des coefficients géographiques, actuellement imputés aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels dans certaines zones éligibles, aux dotations finançant les missions d'intérêt général.

Les coefficients géographiques sont déjà intégrés dans la modélisation nationale de 2 MIG : « Prise en charge hospitalière des patients en situation de précarité », « Actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie ».

Il n'y a cependant pas lieu d'appliquer le coefficient géographique à l'ensemble des « autres MIG » pour lesquelles il convient de distinguer plusieurs situations :

- Certaines dotations ont été calibrées à partir des charges. Les surcoûts locaux sont dès lors intégrés par construction (c'est par exemple le cas des centres de références).
- Les MIG faisant l'objet d'une modélisation sur la base d'indicateurs d'activité (ex : précarité ou cancer) intègrent le coefficient géographique.
- Pour les MIG à caractère régional, le coefficient géographique est pris en compte dans les opérations de péréquation interrégionale.

□ Pour certaines MIG, il n'y a pas lieu d'appliquer de coefficient géographique étant donné que les dotations remboursent, à l'euro près, les charges supportées par les établissements (ex : les mises à disposition).

A compter de 2012, le coefficient géographique est également pris en compte dans le calcul des MERRI variables dont l'exercice génère des surcoûts à partir du moment où ces surcoûts ne sont pas d'ores-et-déjà pris en compte dans le calibrage initial des dotations effectué à partir des charges.

Cela recouvre le champ des MERRI variables modélisées suivantes : centres d'investigation clinique (CIC), centres de recherche clinique (CRC), délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI), centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI), Centres de références pour les infections ostéo-articulaires (CIOA), financement des activités de recours exceptionnel.

De même, la dotation de la MIG modélisée « Centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD) » est majorée du niveau des coefficients géographiques pour les zones éligibles à compter de 2012.

Par ailleurs, un coefficient majorant « vie chère » est appliqué à la MERRI « internes » dans les DOM à compter de 2012. En effet, les étudiants des DOM perçoivent la prime de vie chère, ce qui génère un surcoût actuellement non financé pour les établissements de santé concernés. Les dotations rémunérant les internes des DOM sont ainsi majorées du niveau des surcoûts moyens calculés sur les dépenses de personnel dans le cadre des travaux menés en 2011 par le groupe de travail DGOS-ARS sur les coefficients géographiques :

- 37% à la Réunion ;
- 26% dans les Antilles.

e) les principes d'évolution de la dotation MERRI en 2012

Les évolutions des crédits MERRI 2012 sont les suivantes :

Disparition de la part fixe lissée sur 5 ans

La part fixe des MERRI (644M€) est un compartiment historique et non dynamique. Sa disparition au profit de compartiments plus dynamiques et équitables (principalement la part modulable) préconisée par le rapport IGAS de 2009 relatif aux MIGAC, est acceptée par tous les acteurs.

Chaque année 1/5^e de la part fixe 2011 (soit cinq tranches de 128M€) sera redéployé afin d'abonder principalement la part modulable mais également de couvrir d'autres MERRI variables en augmentation (par exemple le financement des internes).

En 2012, la première tranche de 128M€ a été intégralement redéployée sur la part modulable.

Une gestion plus dynamique et plus transparente de la part modulable en 2012

En 2011, 77 établissements ont bénéficié de crédits au titre de la part modulable. A partir de 2012, bénéficient de ces financements tous les établissements de santé qui produisent de la recherche et de l'enseignement mesurés selon les indicateurs arrêtés après concertation avec l'ensemble des acteurs. Afin d'éviter la dispersion des crédits destinés à soutenir ces missions, un seuil minimum de 200K€ a été fixé pour pouvoir bénéficier de crédits au titre de la part modulable.

10 établissements et 1 GCS sont ainsi entrés dans la part modulable en 2012. En revanche, l'application de ce seuil a conduit à l'éviction de 2 établissements en 2012. La liste 2012 compte désormais 86 établissements de santé. Outre l'ouverture de la part modulable à 9 nouveaux établissements publics de santé, cette mesure permet d'afficher une règle claire et transparente pour la sélection des établissements bénéficiant de cette part.

Diminution de l'indicateur relatif aux brevets au sein de la part modulable

L'indicateur relatif aux brevets étant difficile à justifier et très mal réparti au sein des établissements de santé, sa part relative est diminuée pour ne représenter que 1% de la part modulable en 2012 (contre 3,5% en 2010 et 2% en 2011). Cette diminution s'inscrit donc dans un tendanciel annoncé par la DGOS depuis 2010. En effet, s'il convient d'inciter les établissements à mener une politique de valorisation active, celle-ci, si elle est bien menée, profite directement aux établissements et à leurs équipes. Il faut en revanche éviter que des brevets sans espoir de valorisation ne soient déposés et entretenus, ce qui représente des charges sans perspective de retour sur investissement.

Introduction d'un coefficient géographique sur la part variable des MERRI (hors ATU et appels à projets)

Il s'agit, comme sur les tarifs, de compenser les différences de charges qui pèsent entre les régions pour la réalisation d'une même mission (l'Ile de France, la Corse, la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et La Réunion) (cf d La Péréquation entre les MIG et AC)

f) la création du FIR

Le fonds d'intervention régional (FIR) des agences régionales de santé (ARS) a été créé par décret du 27 février 2012 sur la base de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Ce fonds est destiné à fournir aux ARS une enveloppe globale qui leur donne une plus grande souplesse de gestion de leurs crédits au service de leur stratégie régionale de santé.

Le FIR répond à la mise en œuvre des missions suivantes :

- la permanence des soins ;
- l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;
- la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins ;
- l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;
- la prévention des maladies, promotion de la santé, éducation à la santé et de sécurité sanitaire ;
- la mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, en particulier en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets ;

- la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi que la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes (à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux départements).

Les ressources du FIR, entré en vigueur le 1^{er} mars 2012, proviennent principalement des crédits régionaux du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), des crédits régionaux du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et de la dotation MIGAC. Le montant de ces trois dotations s'élève au total pour 2012 à 1 114 M€, soit 84% de la part des ressources FIR.

Ce sont les dotations de quatre MIG auxquelles se substitue le FIR : la MIG relative à la permanence des soins en établissements de santé (PDSES), la MIG relative aux centres périnataux de proximité (CPP), la MIG relative aux consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et la MIG relative aux actions de prévention et d'éducation thérapeutique (ETP). Ainsi, ces dotations, calculées sur la base des données d'exécution de l'année précédente, ont-elles été déléguées *proprata temporis* pour les deux premiers mois de l'année 2012 au titre des MIG et pour le reste de l'année au titre du FIR.

2.3.2. La sécurisation juridique des MIGAC

Les dispositions juridiques existantes, en droit interne et communautaire, traduisent des objectifs de transparence et d'objectivation dans les financements attribués aux établissements de santé. Les travaux de sécurisation juridique, et plus largement l'objectivation financière des dotations MIGAC, comportent deux axes :

- un axe explicatif caractérisé par la publication de guides afin d'accompagner les ARS dans leurs délégations ;
- un axe prospectif, renvoyant à nos travaux actuels de remise à plat.

a) Le guide de contractualisation des dotations finançant les MIG

A l'instar du guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation, publié en août 2011, la DGOS a entrepris l'actualisation du guide de contractualisation des dotations finançant les MIG à paraître en 2012. Cette actualisation d'un guide à l'attention des ARS et des ES témoigne de l'abandon progressif de considérants historiques, de moins en moins légitimes, à l'appui de la détermination des dotations allouées aux établissements de santé. Ainsi, si à l'origine les montants des dotations MIG ont pu être arrêtés à partir des données du retraitement comptable des établissements de santé, elles deviennent de plus en plus nombreuses à être modélisées ou forfaitisées par référence à des dotations socles élaborées par la valorisation des moyens mobilisés pour la réalisation des missions financées par dotation.

Le contexte de cette actualisation est celui de la nécessaire sécurisation juridique des dotations finançant les MIG. Cette sécurisation juridique est d'abord motivée par la jurisprudence interne. Le droit français exige en effet une motivation des arrêtés de versement des dotations consistant en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Le droit communautaire s'impose aussi comme une règle incontournable du financement des établissements de santé,

comme le prouve la décision de la Commission européenne du 20 décembre 2011 explicitant l'application du droit communautaire aux compensations attribuées à des établissements de santé. L'attribution de dotations finançant les MIG procède donc de notifications arrêtées par les directeurs généraux des ARS et répond à des exigences dont le respect conforte la sécurité juridique de leurs décisions et de leurs actes, tant en regard du droit interne que des normes communautaires.

La finalité du guide de contractualisation des dotations finançant les MIG est aussi d'aider à la clarification du dialogue entre les ARS et les établissements en posant des bases plus transparentes quant au contenu des MIG, à leurs coûts et aux modalités de leur financement. Il s'agit de proposer des éléments de méthode et d'apporter des référentiels pour chaque mission afin d'accompagner les agences et les établissements dans une démarche de contractualisation préalable aux notifications de crédits par les ARS. L'objectif à atteindre est que chaque mission financée par la dotation MIG puisse être contractualisée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour un montant fixé avec équité, des moyens mis en œuvre précisés et des indicateurs de résultats attendus et ce en toute transparence avec les établissements. Il s'agit donc de définir pour chacune des MIG les paramètres qui justifient son attribution au vu des exigences juridiques qui les encadrent.

Outre un rappel de ce que recouvre la notion de MIGAC et des principes financiers qui doivent sous-tendre la contractualisation avec les établissements, ce guide rappelle les principales étapes de cette dernière et propose des exemples de documents d'aide à la préparation de la contractualisation (avenant type par exemple) ainsi qu'une fiche détaillée par MIG pour chacune des cent MIG. Enfin, est souligné le fait que les modèles proposés dans le guide ne sont pas opposables aux ARS ou aux établissements : ils constituent une aide à l'objectivation des dotations. Seuls les principes rappelés dans le guide sont opposables (transparence, objectivation, contractualisation). Il appartient en effet aux acteurs régionaux de définir les bases de leurs relations contractuelles, les modèles présentés dans le guide ayant pour but de leur faciliter cet exercice mais sans s'imposer à eux de façon rigide.

b) Les travaux prospectifs

Le travail mené actuellement par la DGOS vise à évaluer les dotations, tant sous l'axe des implantations que sur celui de la valorisation financière. *In fine*, l'objectif est de mettre en œuvre *in concreto* les principes énoncés dans le guide.

Explicitation du périmètre de financement

Les travaux sur le guide ont permis de mettre en exergue quelques imprécisions sur le périmètre de financement de certaines MIG. Or en l'absence de périmètre de financement robuste, toute tentative de valorisation financière est délicate. L'objectif est double :

- Connaître strictement et précisément l'ensemble des actions et/ou des structures financées à travers la MIG ;
- Lister avec précision les autres sources de financement afin d'éviter tout doublon ou *a contrario* de mettre en exergue des situations de sous financement.

Sont notamment concernées par ces travaux les MIG relatives aux organes artificiels ou aux dispositifs innovants.

Évaluation des centres labélisés nationalement

Le choix de l'opérateur, c'est-à-dire de l'établissement assumant la MIG et bénéficiant de la dotation, ne doit pas avoir pour conséquence de créer une distorsion de concurrence. Des critères, objectivés et identiques pour chaque établissement placé dans une situation de fait comparable, doivent être identifiés. Plusieurs techniques d'objectivation, pouvant faire intervenir le niveau national ou régional, existent. Parmi celle-ci, on peut citer la labellisation, consistant à identifier au niveau national ou régional les établissements éligibles à la MIG¹³ en fonction d'un cahier des charges définissant les missions et objectifs associés à la dotation. Les établissements labélisés doivent à ce titre faire l'objet d'évaluation.

Il a été acté de revoir les procédures d'évaluation des centres labélisés au niveau national, afin de les homogénéiser et les informatiser. En lieu et place de rapports qualitatifs et non informatisés (induisant des difficultés d'appropriation et de connexion avec les dotations), ces rapports permettront de mettre en exergue l'activité des structures et de les comparer entre elles.

In fine, ces rapports permettront d'identifier la structure éligible ainsi que les charges propres à la MIG et de s'assurer de l'exercice des diverses missions pour lesquelles l'établissement est doté (via le recueil de données d'activité).

Les premières trames de rapports d'activités devront être transmises aux établissements début 2013 pour un recueil des données par l'administration centrale fin 2013/ début 2014.

Sur cette base, les premiers modèles financiers devront aboutir pour la campagne 2014.

Actualisation ou réalisation de calibrages ou de modèles

De nouveaux modèles de financement sont en construction, basés sur la combinaison entre le financement de moyens, et le financement de résultats. Pour illustration, de cette logique pourraient résulter deux socles dans les futurs modèles :

- un socle fixe (membres *minimum* d'une équipe et coût de structure commun à tout établissement) ;
- un socle variable, en fonction de la catégorie de l'établissement et/ou d'unités d'œuvre recueillies (file active, nombre de consultations, nombre de centres).

¹³ Sont concernées les MIG suivantes :

Pour celles ayant traits à la prise en charge d'une file active de patients

- Les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares ;
- Les centres de référence sur l'hémophilie ;
- Les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose ;
- Les centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique ;
- Les centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson ;
- Les centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral.

Pour celles renvoyant à la constitution de structures de coordination :

- Les OMEDIT;
- Les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- Les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales;
- Les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance;
- Les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance ;
- Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (Corevih)
- ;
- Les centres antipoison.

En somme, il convient dans un premier temps de disposer des données issues des charges relatives à l'exercice de la MIG (recueillis, le cas échéant, dans un rapport d'activité). Dans un second temps, il conviendra de recueillir (via, le cas échéant, le rapport d'activité) des données de résultat. Pour ce faire, il s'agit d'identifier les unités d'œuvre associées à la mission. Ce raisonnement peut aboutir à plusieurs modèles :

- un rééquilibrage des dotations par région, sur la base d'éléments objectifs. Le modèle de calibrage est proposé pour exemple. L'ARS a alors la possibilité de s'affranchir du modèle (conservation d'une marge manœuvre).
- le fléchage national de la MIG par établissement de santé. Cela nécessite de revoir annuellement les dotations et d'avoir continuellement à jour la liste des établissements éligibles et leur activité produite. Pour illustration, cette technique est celle employée pour les parts fixes et modulables des MERRI ainsi que sur la MIG actions de qualité transversale en cancérologie.

En tout état de cause, ces travaux conduiront à une individualisation des dotations allouées aux régions. En somme, ces travaux aboutiront à une généralisation de la « justification au premier euro » (JPE), aboutissant à un fléchage régional impératif ou indicatif de la dotation.

2.4. En parallèle des évolutions apportées au modèle de financement, la production d'outils non financiers (guide SROS, IPA, travaux sur la pertinence) de régulation de l'offre de soins permettent d'améliorer le pilotage de l'offre de soins

2.4.1. Le guide SROS-PRS

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » a instauré les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) qui succèdent aux schémas régionaux d'organisation sanitaire. Les innovations majeures résident dans l'évolution de son périmètre qui intègre dorénavant l'offre de soins ambulatoires. De plus, les nouveaux SROS s'intègrent dorénavant aux projets régionaux de santé (PRS) et constituent des outils opérationnels de mise en œuvre des objectifs et orientations poursuivis par les ARS, inscrits dans leurs plans stratégiques régionaux de santé (PSRS). Aussi les SROS doivent être élaborés en cohérence avec ce document ainsi que dans le cadre d'une approche transversale avec les deux autres schémas régionaux du PRS qui concernent respectivement la prévention et l'organisation médico-sociale.

Afin d'aider les ARS en charge du pilotage régional de l'élaboration des SROS, la circulaire N° DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du SROS-PRS, a présenté les orientations nationales d'organisation des soins et les méthodologies recommandées.

Les enjeux poursuivis sont à la fois organisationnels mais également transversaux dans le but de positionner et dimensionner cette offre au regard des besoins de santé.

Ainsi, pour conférer au SROS-PRS toute sa portée de régulation de l'activité et pour que la maîtrise du volume d'activité des établissements de santé soit une priorité pour les ARS deux moyens ont été mis en œuvre :

- Un dialogue national et régional portant sur le pilotage de l'activité éclairée par des indicateurs de pilotage de l'activité (IPA). Un guide méthodologique a été diffusé fin 2011 pour aider les ARS à construire une démarche de pilotage fondée sur l'analyse de la consommation de soins. Ainsi pour la mise en œuvre d'un réel pilotage de l'activité, il est fortement recommandé, au sein du SROS, d'établir des cibles d'activité sur les indicateurs de pilotage par territoire de santé, afin de donner une direction à l'organisation de l'offre de soins sur les territoires, complémentaire aux objectifs du SROS.
- Un chiffrage du volet hospitalier des SROS-PRS permettant de mesurer, de façon homogène entre les régions, l'impact financier entre la période initiale d'élaboration du SROS et la période finale (2012-2017). Ainsi, la DGOS et l'ATIH ont élaboré un outil d'aide à ce chiffrage en cohérence avec les indicateurs de pilotage des activités de soins devant figurer dans le SROS. Son champ est limité aux activités faisant l'objet de ces indicateurs qui représentent des enjeux de répartition de l'offre de soins et de pertinence des soins, et dont le volume représente une part importante des dépenses d'assurance maladie. Le périmètre ainsi valorisé représente 80% des dépenses d'assurance-maladie des établissements de santé.

2.4.2. Le guide Indicateurs de Pilotage de l'Activité (IPA)

La DGOS a renouvelé son approche de la régulation de l'activité hospitalière depuis ces deux dernières années, en passant d'une planification de la production à l'organisation de la réponse aux besoins de santé de la population.

Cette évolution a été concrétisée par le remplacement des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) en volume par des indicateurs de pilotage de l'activité (IPA), élaborés en lien avec la DREES, et qui permettent de comparer le taux de recours aux soins de la population domiciliée sur un territoire de santé, modulé par des indicateurs démographiques (âge, sexe) et épidémiologiques (état de santé, approché par le taux de mortalité), aux références nationales des taux de recours aux activités de soins considérées. Les IPA ont vocation à réguler l'offre au niveau macroéconomique et sont ainsi la traduction chiffrée des orientations figurant dans les SROS. Les volumes d'activité médecine-chirurgie et SSR, inscrits dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) Etat-ARS, en sont le reflet et permettent de structurer un suivi national de cette régulation. Le dispositif de pilotage de l'offre de soins est donc désormais intégré :

- **au niveau du SROS :**

- les objectifs quantifiés en volume sont transformés en indicateurs de pilotage juridiquement non opposables aux établissements et destinés au seul pilotage régional de l'activité. Ces indicateurs doivent être considérés comme des repères. Les objectifs en implantation et en accessibilité sont conservés et demeurent opposables ;

- **au niveau des établissements de santé :**

- à la maille de l'activité de soins, les indicateurs de pilotage de l'activité (anciens OQOS en volume), non opposables, peuvent être inscrits dans les CPOM des établissements pour orienter l'activité de l'établissement ;
- à une maille plus fine, l'ARS peut contractualiser sur des objectifs ciblés d'évolution de l'activité sur certains modes de prise en charge (par exemple : chirurgie ambulatoire, dialyse péritonéale) et/ou segments d'activité ciblés recouvrant des enjeux d'accès aux soins (offre de soins à développer) ou des enjeux de pertinence des soins. Le périmètre de cette contractualisation fait alors l'objet d'un véritable engagement, en cohérence avec le projet médical et stratégique de l'établissement. Le non respect de ces objectifs contractuels ciblés d'évolution d'activité, et donc opposables, peut donner lieu aux sanctions prévues en cas de non-respect du CPOM.

Afin d'accompagner les ARS dans ce changement culturel majeur, plusieurs actions ont été entreprises :

- Un guide méthodologique relatif à l'analyse et au pilotage de l'activité des établissements, enrichi au terme d'échanges qui ont eu lieu avec toutes les agences et de la concertation avec les fédérations, a été diffusé fin 2011¹⁴ ;
- Un groupe de concertation sur la pertinence des soins a été lancé mi-2011 avec les fédérations en vue de mettre au point, à l'attention des ARS, des outils de connaissance et des outils opérationnels sur ce thème (cf. infra).

2.4.3. Les travaux sur la pertinence des soins

La modification de l'approche de la régulation s'est accompagnée d'une médicalisation de l'outillage méthodologique mis à disposition des ARS pour approcher au mieux le besoin de la population de chaque territoire : prise en compte des critères d'âge, sexe mais également d'état de santé dans les éléments de benchmark élaborés et analyse croisée consommation / production pour repérer les établissements sur lesquels les atypies de consommation s'opèrent.

Afin d'aller plus loin dans cette approche, un groupe de pilotage national sur la pertinence des soins, réunissant institutions, fédérations et professionnels (conférences de CME, médecins libéraux), a ainsi été installé mi-2011. La mise en place de cette réflexion a notamment permis à la HAS (membre du groupe de travail) d'opérer une importante évolution méthodologique vers l'élaboration d'outils professionnels ciblés d'aide à l'amélioration des pratiques, plus légers et donc plus rapides d'élaboration que les recommandations de bonnes pratiques (en dehors des situations complexes dans lesquelles les recommandations restent nécessaires). La HAS a ainsi prévu de doter les ARS et les professionnels de santé dès 2012 d'outils opérationnels concernant 13 activités de soins, en impliquant les Collèges Nationaux de Professionnels de Santé (CNPS) dans la démarche.

Le renforcement de l'articulation entre l'amélioration de la pertinence des soins et les démarches transversales d'amélioration des pratiques est également prévu : via le dispositif de développement professionnel continu (DPC) (l'arrêté DPC, en préparation, inclura la priorité nationale d'amélioration de la pertinence des soins) et via la certification des établissements de santé, dont la prochaine version prendra en compte les profils de risque des établissements de santé. L'amélioration de la pertinence des soins est un travail de longue haleine, nécessitant l'adhésion et l'appropriation de la

¹⁴ Circulaire N° DGOS/R5/2011/485 du 21/12/2011 relative au guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé

démarche par les professionnels de santé. Les actions d'amélioration de la pertinence ont pour objectifs l'accroissement de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'optimisation de l'efficience des dépenses de santé dans le cadre d'un ONDAM contraint.

3. Les perspectives d'évolution des modèles de financement des établissements de santé

SYNTHESE DU CHAPITRE 3

Les perspectives d'évolution du modèle de financement s'inscrivent dans le cadre des orientations gouvernementales récemment annoncées d'une meilleure efficacité des financements, d'une meilleure transparence des règles et d'une meilleure prise en compte de la qualité. La nécessité d'une meilleure transparence répond en outre aux souhaits des professionnels de santé exerçant en établissement ainsi qu'aux recommandations émises dans les rapports récents parus sur la T2A (MECSS, IGAS). Ainsi, en juillet 2012, un appel à candidature a été lancé par le Ministère de la Santé et la HAS afin d'expérimenter un financement à la qualité, en sus des tarifs. Si les tarifs permettent aux établissements d'assurer le niveau de qualité requis, la T2A n'induit pas en elle-même d'incitation à l'amélioration de la qualité. Cette expérimentation vise à vérifier le caractère incitatif d'un financement complémentaire fonction du niveau de qualité des soins (mesuré par des indicateurs).

D'autres évolutions, visant à corriger certaines limites potentielles du modèle T2A actuel, sont à l'étude : étude visant à établir si la T2A est adaptée aux établissements de santé isolés, dont le maintien est incontournable pour assurer l'accès aux soins de la population ; études sur le financement de la réanimation, des services d'urgence et des soins non-programmés.

Le gouvernement a également annoncé la réintroduction de la notion de service public hospitalier, dans le but de reconnaître les obligations et missions spécifiques des établissements du secteur public. Cette reconnaissance aura pour conséquence notamment la fin de la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé, les travaux techniques confirmant d'ailleurs la difficulté à poursuivre le processus (réduction importante des écarts, nature des missions et prises en charge différentes sur certains champs, ayant notamment conduit en 2012 à transformer l'exercice de convergence ciblée en mesure d'économie sur le secteur ex-DG, existence d'autres vecteurs pour améliorer l'efficacité des ES).

Les travaux ont également récemment été lancés sur certaines missions d'intérêt général, afin de poursuivre l'objectif de transparence et d'équité dans l'attribution des financements : SAMU/SMUR, prise en charge des personnes détenues, aide médicale à la procréation, consultations Parkinson, certaines MERRI. Les MIG finançant pour partie la prise en charge des patients en situation de précarité font également l'objet de travaux importants, afin de mieux financer la prise en charge de ce type de population : MIG PASS et MIG précarité notamment.

Enfin, d'autres évolutions sont en cours sur les champs du SSR et des USLD. Le dispositif de convergence intra-sectoriel a vocation à se poursuivre pour les USLD, sous réserve d'aménagement, avec un objectif de recentrer certaines structures vers des soins plus lourds. Les coupes pathos récentes confortent la vocation sanitaire des USLD. Quant aux SSR, le passage à la T2A a été reporté à horizon 2016 compte-tenu des travaux importants qu'il reste à conduire pour y parvenir compte-tenu de l'hétérogénéité du secteur. Dans l'intervalle, les travaux très importants conduits en 2011 et 2012 permettront de faire évoluer substantiellement le modèle de modulation actuellement en vigueur.

3.1. Les perspectives d'évolutions de la T2A dans le champ des établissements MCO

3.1.1. La convergence ciblée fondée sur une logique médico-économique a atteint ses limites : les deux secteurs ont des missions différentes et complémentaires

La T2A porte en elle-même un objectif d'équité dans l'allocation des ressources : la même prestation ou la même mission est financée au même niveau. Il est néanmoins nécessaire de prendre en compte le fait que les secteurs public et privé remplissent des obligations différentes.

Des différences de fond existent entre les établissements de santé, en termes de modes de prises en charge, de contraintes d'organisation ou de coût des personnels. La spécificité des missions réalisées par l'hôpital public, notamment en termes de populations prises en charge, doit être reconnue et valorisée.

En outre, sur l'hospitalisation des patients, le secteur public réalise 40% de son activité sur des prises en charges peu standardisées, non décrites par des actes (médecine hors techniques interventionnelles), quand le secteur privé est positionné sur des prises en charges financées « à l'acte » pour près de 90% de l'activité du secteur (chirurgie, techniques interventionnelles, maternité). Les actes standardisés et les GHM homogènes des deux secteurs ont déjà été rapprochés au maximum par la convergence ciblée. Les écarts de tarifs restants concernent essentiellement des activités hétérogènes entre les secteurs, comme indiqué *supra*.

En pratique, entre 2006 et 2011, l'écart facial des tarifs entre les deux secteurs s'est réduit de moitié. Mais, de fait, les principes mêmes qui ont fondé la convergence tarifaire ne sont que partiellement équitables. D'une part, le rapprochement des tarifs, alors même qu'ils reposent sur des coûts moyens objectivement différents, est partiellement arbitraire. D'autre part, des différences fondamentales existent entre les établissements de santé, qu'il s'agisse des modes de prises en charge, des contraintes d'organisation, du coût des personnels, des populations accueillies et prises en charge ou de la capacité de programmation de l'activité. Le secteur public accueille par exemple davantage de patients en situation de précarité ainsi que des prises en charge plus complexes (le secteur public accueille notamment davantage de patients dont le niveau de sévérité est élevé).

Compte tenu de l'écart de tarifs (estimé sur le case-mix du privé, qui approche le mieux le périmètre des prestations les plus homogènes entre les secteurs) actuellement inférieur à 15%, et pour toutes les raisons évoquées ci-dessus, la fin de la convergence tarifaire paraît justifiée et fait l'objet d'une mesure en PLFSS pour 2013.

3.1.2. Le financement à la qualité

a) Historique du chemin parcouru

Certaines expériences étrangères (Etats-Unis, Grande Bretagne...) montrent qu'il est possible de créer un lien entre financement et qualité de la prise en charge. En France, la dimension qualité, avec ou sans incidence sur le financement, est de plus en plus prégnante dans notre système de soins : certification HAS, contrats incitatifs à l'amélioration des pratiques (CAPI) (récemment généralisés dans le cadre conventionnel), contrats de bon usage, accréditation des spécialités à risque, publication d'indicateurs rendus obligatoires par la loi HPST, incitation tarifaire à la chirurgie ambulatoire, programmes de recherche ad hoc....

Pour autant, même si les tarifs de la T2A permettent aux établissements d'assurer le niveau de qualité requis, cela n'interdit pas d'intégrer dans les ressources des établissements d'autres leviers. Il peut s'agir de sanctions pour la non qualité, ou d'incitations à l'atteinte d'un niveau de qualité souhaité. Parallèlement, la montée en puissance du dispositif de recueil d'indicateurs généralisés dans l'ensemble des établissements de santé visant à apprécier le niveau de qualité à l'échelle de chaque établissement (plateforme QUALHAS, Tableau de Bord des Infections Nosocomiales...) permet maintenant de disposer d'une batterie d'indicateurs valides qui répondent à certains critères de qualité (ils reposent à l'heure actuelle sur deux équipes de recherche COMPAQ hpst et CLARTE).

La plateforme d'information sur les établissements de santé (Platines) fournit des informations sur les principales caractéristiques (équipement, activité, particularités...) des établissements de santé de court-séjour (activités de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique) et diffuse les résultats des indicateurs de qualité des soins généralisés par la Haute autorité de santé, de lutte contre les infections nosocomiales et les résultats de la procédure de certification. Hospidiag fournit lui des indicateurs pour la mesure de la performance des établissements de santé à activité médicale, chirurgicale et obstétricale, accessible uniquement par les acteurs de l'offre de soins.

De fait, les conditions techniques et juridiques semblent désormais satisfaites pour que puisse être explorée la possibilité d'une prise en compte de la qualité des soins dans le modèle de financement des établissements de santé.

Dans cette optique, un groupe de travail piloté par la DGOS, composé des fédérations hospitalières, des administrations publiques (HAS, ATIH, ANAP et DREES) a été constitué en mars 2011 avec comme objectif de trouver des solutions opérationnelles pour prendre en compte la qualité dans les ressources des établissements. A l'issue des travaux préliminaires, les fédérations ont validé, lors du comité de pilotage MCO du 04 juillet 2011, une proposition DGOS de scénario expérimental, première étape d'un dispositif évolutif qui pourra monter en charge progressivement.

b) Les travaux menés

Le modèle opérationnel de financement à la qualité devra permettre de transformer les résultats des indicateurs généralisés DGOS – HAS en nombre de points, de distribuer ces points en fonction des niveaux de performance pour aboutir à un score par établissement, et de convertir ce score en paiement pour les mieux placés. Dans le cadre du scénario expérimental il n'est pas prévu de sanction négative, le financement s'inscrit dans une logique uniquement incitative, par le biais d'un financement MIG.

L'objectif est de créer une incitation financière à l'amélioration de la qualité avec un modèle basé principalement sur le résultat atteint comparé aux résultats des autres établissements et prenant en compte l'effort de progression de l'établissement afin que la grande majorité des établissements ait un intérêt à agir.

En parallèle à la construction du modèle il est prévu d'engager d'autres travaux relatifs notamment au développement de nouveaux indicateurs susceptibles d'être pris en compte (ex : pertinence des soins), en lien avec la certification. Sur ce dernier point il est envisagé d'utiliser une partie des résultats de la certification comme pré-requis, niveau minimal indispensable pour être éligible à un financement, et ce quel que soit le niveau de performance global atteint.

Il est également prévu une réflexion sur les perspectives d'évolution du modèle pour dessiner le dispositif cible à terme; en particulier sur le périmètre et l'impact du financement.

La construction d'un modèle expérimental (simulations, analyses d'impact et dispositif d'évaluation) d'incitation financière à l'amélioration de la qualité est en cours. Ce modèle devrait être disponible fin 2012, ce qui permettrait de lancer une expérimentation en 2013 sur un panel d'établissements volontaires.

L'objectif principal de l'expérimentation est de vérifier le caractère incitatif du modèle et d'en contrôler le (ou les) impact(s) sur un ensemble restreint d'établissements. Sa mise en place s'accompagnera d'une enveloppe financière pour les établissements expérimentateurs.

Les objectifs associés sont de tester l'outil, valider la faisabilité du modèle et l'appropriation par les acteurs.

C'est dans ce cadre que le Ministère des affaires sociales et de la santé a lancé un appel à candidatures le 06 juillet 2012 auprès des établissements de santé pour participer à l'expérimentation, entre septembre 2012 et juin 2014, d'un mécanisme d'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité.

c) Perspectives

Les candidatures seront analysées conformément aux critères suivants : échantillon d'établissements, représentatif par secteurs (ex DG, ex OQN) et catégories d'établissements (CHRU, CH, CLCC, ESPIC, privé lucratif), avec en outre au moins un établissement de santé par région.

Le modèle d'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) repose sur des principes :

- d'éligibilité, quelle que soit la situation de départ en termes de performance, avant d'entrer dans le dispositif expérimental ;
- de rémunération de la qualité, en prenant notamment en compte la notion « d'effort ».

Enfin différentes simulations seront réalisées afin que ce retour puisse éclairer la décision ultérieure relative à la généralisation du projet IFAQ.

3.1.3. L'adaptation de la T2A aux établissements isolés

Le modèle de paiement prospectif introduit par la T2A repose sur l'existence d'une corrélation entre les dépenses et l'activité. Or, pour certains établissements de santé situés dans des zones spécifiques au regard des spécificités populationnelles et territoriales (zones de montagne, insulaires ou zones rurales), le seuil d'équilibre exigé par la T2A semble difficile à atteindre. Le principe de continuité des services de soins se traduit toutefois dans certains cas par l'obligation de maintenir des services ou des

structures alors même que leur niveau d'activité est insuffisant pour atteindre l'équilibre économique dans le cadre du financement de droit commun.

Il résulte en effet de cette situation une structure de coûts particulière dans laquelle les charges fixes ne peuvent être couvertes du fait d'une activité insuffisante et/ou de nature particulière. Les crédits d'aide à la contractualisation « Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS » peuvent ainsi financer, sur une base contractuelle, ces situations spécifiques qui ne figurent pas dans la liste limitative des missions d'intérêt général. En 2011, les crédits délégués à ce titre s'élevaient à plus de 34 M€, dont environ 17M€ pour les établissements de métropole. Ce montant s'entend hors ex-hôpitaux locaux (HL), et les établissements SSR.

Dans ce contexte, la DGOS a initié une étude sur les établissements isolés. Cette étude a vocation à s'interroger sur le mode de financement le plus adapté pour assurer l'équilibre financier des établissements MCO déjà sous T2A, ainsi que les établissements sous DAF dès lors qu'ils répondent à des conditions d'isolement géographique. Précisons aussi que ce sujet concerne les établissements isolés dont la problématique est le maintien d'un seuil d'activité minimal pour l'accès aux soins de la population proche. L'étude couvre les champs d'activité suivants : médecine, chirurgie, obstétrique, médecine d'urgence, SSR.

Il conviendra d'analyser la problématique de l'isolement géographique en relation avec la nature des activités des établissements (gamme large ou non, type de patientèle). L'étude doit également s'intéresser à la qualité des soins qui sont pratiqués dans ces établissements (certification, indicateurs qualité, seuils d'activité réglementaires existants sur certaines activités).

Les travaux sont menés en collaboration avec la DREES qui a construit une base de données retraçant les distances et les temps de trajet entre tous les établissements ayant une activité d'hospitalisation complète, décrite par activité de soins.

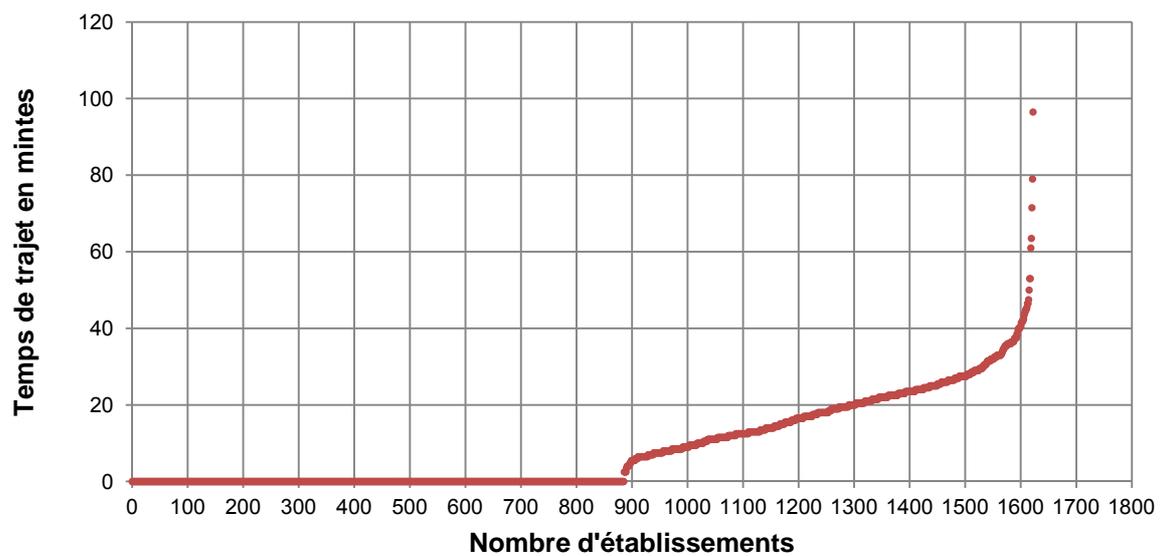
La première phase d'analyse, actuellement en cours, vise à qualifier plus précisément la problématique (quel type d'établissement, de population, d'activité) et à apprécier son ampleur. Les graphiques ci-dessous représentent la répartition des temps d'accès minimums entre les établissements MCO ayant une activité d'hospitalisation complète.

Les travaux visent désormais à préciser les critères et les seuils de sélection des établissements. Au terme de ce travail de définition des critères de sélection des établissements « éligibles », une validation sera demandée aux ARS afin de sélectionner les établissements concernés.

Après une analyse des caractéristiques de ces établissements (analyse financière, case-mix, place dans l'offre de soins territoriale...), il conviendra de déterminer le modèle de financement adéquat. Il devra notamment être déterminé si le modèle de financement sera national (les règles d'attribution des crédits seront nationales si le modèle s'apparente à un coefficient par exemple), ou si le modèle se situe à un niveau régional (recommandation ou outils d'aide à la décision permettant aux ARS de déterminer le financement des ES « retenus » via de la AC régionale par exemple). La fin de l'étude est prévue à horizon de la campagne 2013.

Figure 12 : Répartition des établissements en fonction de la distance

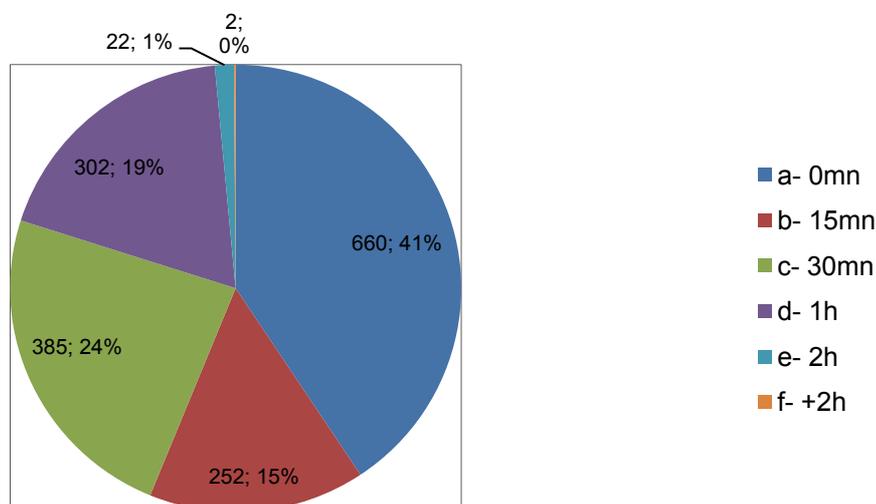
Répartition temps voisin le plus proche, toute activité MCO confondue



La moitié des établissements ont un autre établissement dans la même commune, 1300 en ont 1 établissement voisin dans un rayon de 20mn, etc.

Figure 13 : Répartition des établissements en fonction de la distance pour atteindre la même activité

Rayon géographique à atteindre pour trouver la même activité minimum



Source : Insee-DREES, PMSI-MCO 2010, Distancier odomatrix

19% des établissements, soit 302 établissements, ont une distance (entre eux) inférieure à une heure pour trouver une activité volumétrique identique.

Par ailleurs, un groupe de travail spécifique (DGOS, ARS, en lien avec les établissements de santé) mène des travaux sur la problématique particulière du financement de certaines activités spécialisées dans les DOM, qui doivent être maintenues compte-tenu de l'éloignement à la métropole. Les travaux devraient aboutir fin 2012.

3.1.4. Les travaux menés sur les urgences et les études de coût

Les perspectives de financement des structures des urgences

Un état des lieux du financement des structures des urgences a été réalisé lors des travaux du groupe technique sur le financement des structures de médecine d'urgence. Ce dernier étudiera la faisabilité d'une évolution du modèle de financement des structures des urgences, en lien avec le calendrier de la réforme de financement de l'hôpital annoncée par le Gouvernement.

Les enjeux et objectifs identifiés suite à l'état des lieux réalisés par le groupe technique financement sont les suivants :

- Définir un modèle de financement plus lisible et garantir un niveau de qualité de prise en charge homogène
- Définir un modèle qui prenne en compte les spécificités du service public

- Garantir un niveau de financement suffisant aux structures des urgences, notamment ceux à faible activité, dont l'implantation est nécessaire pour des raisons de maillage du territoire
- Permettre que le modèle de financement ne soit pas un frein au parcours des patients, entre structures des urgences et médecine de ville, et permette une réponse adaptée et efficiente à la demande de soins non programmés (aux heures de PDSA mais encore davantage en journée en semaine)
- Lutter contre les effets dés-incitatifs à la coopération entre établissements.

3.1.5. Le lancement d'études de coût sur la réanimation

Etude du coût sur les services de réanimation

Il s'agit de mesurer les coûts d'une unité de réanimation et non ceux des séjours intégrant un passage en réanimation. La méthodologie de l'ENCC n'est donc pas adaptée car elle lisse certaines charges à la journée. Il convient donc d'adapter la méthodologie afin de la rendre reproductible pour d'autres sections d'analyse. A cet effet, l'ATIH propose la mise en place d'un groupe de travail comprenant les fédérations hospitalières ainsi que des représentants d'établissements.

3.1.6. L'adaptation de la T2A aux activités non-programmées

Pour poursuivre les travaux relatifs aux coûts des activités non programmées, a été constitué, en 2012, un groupe technique réunissant les Fédérations, la DGOS et la DREES et piloté par l'ATIH ; ce groupe a établi une liste de travaux à mener par l'agence.

La principale source de données pour ces travaux est l'Etude Nationale des Coûts à méthodologie commune (ENCc), qui permet de connaître les coûts des séjours hospitaliers d'un échantillon d'établissements.

Etant donné l'absence dans les outils actuels de marqueurs de l'activité « non programmée », le groupe a choisi d'orienter la problématique étudiée sur la recherche d'un différentiel de coûts entre les séjours « urgents » et les séjours « autres ». Ainsi, les séjours « urgents » ont été définis comme les séjours avec arrivée du patient par les urgences, en Unité d'Hospitalisation de courte durée UHCD, par le SMUR ou directement en réanimation. Les séjours n'ayant pas ces caractéristiques sont dénommés séjours « autres ». Il convient toutefois de noter que des séjours urgents peuvent appartenir à la catégorie des « séjours autres » (les entrées directes dans les services par exemple).

Dans un premier temps, les travaux exploratoires qui avaient été réalisés par l'agence sur des données de coûts 2007 ont été reconduits sur des données plus récentes. Ainsi, les écarts moyens de coût et de durée de séjours entre les séjours urgents et autres par type d'établissement et GHM ont été étudiés. Cette analyse a permis de

classer les GHM, par type d'établissement, en trois catégories : GHM présentant un différentiel de coût positif, négatif ou sans écart de coût.

Une deuxième analyse a consisté à vérifier l'adéquation entre les marqueurs des séjours urgents de l'ENCc (basés sur le parcours du patient dans les unités médicales) et les marqueurs des séjours urgents dans la base PMSI (basés principalement sur le mode d'entrée). Cette similarité des marqueurs a permis de s'assurer que les activités principales concernées par la problématique de l'urgence étaient identiques qu'elles soient sélectionnées à partir des marqueurs existants dans le recueil des coûts ou dans le recueil national de l'information médicale.

Ces deux premières études ont permis d'établir une liste d'activités (GHM) qui regroupent en leur sein les deux types de séjours (urgents et non urgents), ces séjours présentant des coûts différents. Une étude médicale approfondie des RSA a débuté sur une sélection des GHM établie, notamment, à partir des caractéristiques suivantes :

- l'observation du différentiel de coût sur au moins deux années,
- un différentiel de coût important,
- la présence du différentiel de coût pour au moins deux types d'établissements (CHR et CH par exemple).
- la présence d'un nombre important de séjours ENC pour que les estimations de coût soient robustes.

L'étude médicale fine des séjours consiste à rechercher des marqueurs médicaux des séjours (actes, DP, ...) qui pourraient être discriminants des écarts de coûts observés entre les deux types de séjours.

Une nouvelle liste d'activités doit être construite pour poursuivre ce travail d'analyse médicale qui devrait aboutir en 2013.

Pour compléter ces travaux, deux autres analyses sont prévues :

- le repérage des entrées directes parmi les séjours « autres »,
- une étude économétrique pour mesurer l'influence des facteurs de surcoût autres que le caractère non programmé du séjour (caractéristiques du séjour, de l'établissement, de son environnement, ...).

3.2. Les perspectives d'évolutions des modèles de financement hors du champ MCO

3.2.1. L'extension de la T2A au SSR

Les travaux relatifs à l'élaboration d'un modèle de tarification à l'activité (T2A) pour les établissements autorisés en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ont été lancés en juin 2010.

L'extension de la T2A au champ des SSR repose sur une volonté d'harmonisation des financements dans un modèle articulé autour d'un compartiment *activité*, tarifé à l'acte ou au forfait, et de trois compartiments à financement complémentaire pour les dépenses ne pouvant être couvertes par ces deux modes de financement : *plateaux techniques spécifiques (très onéreux et/ou rares) ou innovants, molécules très onéreuses* et *Missions d'Intérêt Général et Aides à la Contractualisation / Mission d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MIGAC/MERRI)*, sans préjuger du poids relatif de chacun de ces compartiments dans le financement total.

L'objectif poursuivi est la construction d'un modèle cible de financement original, adapté à la spécificité des pratiques en SSR, capable, par sa souplesse, de prendre en compte l'extrême diversité des activités des SSR et les spécificités propres aux patients comme l'âge ou le niveau de déficience, tout en traduisant le caractère évolutif de la charge en soins dans le temps, le tout s'inscrivant dans une logique de parcours de soins.

Afin d'actualiser la base de données concernant les SSR nouvellement autorisés en 2010 à la suite de la parution des décrets d'avril 2008, de très importants travaux préparatoires ont été menés en 2011/2012, en concertation avec les fédérations représentant les SSR et les sociétés savantes, allant de la conception de nouveaux outils techniques jusqu'à la réalisation d'enquêtes spécifiques auprès des établissements et des ARS et d'une étude nationale de coûts, pour la première fois ouverte aux SSR publics et privés.

Les trois compartiments complémentaires ont fait l'objet d'enquêtes de très grande ampleur auprès des 1800 établissements de SSR et des ARS, mobilisant tous ces acteurs durant de longues semaines.

L'année 2012 a été consacrée à la vérification de la qualité et de l'exhaustivité des données recueillies, à l'exploitation des celles-ci, à leur analyse et à la restitution des résultats auprès des fédérations des établissements

Concernant le compartiment « activité », les travaux techniques ont permis durant l'année 2012 de :

- tester et publier un nouveau catalogue des actes : Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation (CSARR), beaucoup plus descriptif que le précédent,
- élaborer une version 0 d'une nouvelle classification médico-économique tenant compte de nouveaux groupages des actes
- tester et mener une Etude Nationale des Coûts SSR (ENC), permettant d'identifier pour la première fois la consommation des ressources selon

les activités dans tous les SSR, qu'il s'agisse d'établissements publics ou privés.

Les travaux préparatoires à la mise en œuvre de la réforme de financement dans les établissements de SSR ont ainsi été menés à un rythme soutenu durant toute l'année 2012. S'appuyant sur une base de connaissances désormais robuste, les premiers travaux ont pu être engagés sur les compartiments molécules onéreuses (périmètre en cours de finalisation), plateaux techniques (identification des principaux plateaux concernés) et compartiment activité (premières réflexions sur sa modélisation, son articulation avec les autres compartiments afin d'éviter les doubles financements) et sur la gestion de la période intermédiaire entre le modèle actuel et le modèle à venir.

Afin de tenir compte du temps nécessaire aux établissements pour s'approprier les nouveaux outils et adapter leurs systèmes d'information, voire leur gouvernance interne, le calendrier de déploiement de la réforme de T2A SSR s'inscrit désormais dans le cadre d'une montée en charge progressive à partir de 2016.

Dans l'intervalle, les outils seront eux-mêmes consolidés au vu des enseignements pratiques, le modèle de financement sera définitivement arrêté et son impact évalué. D'ici 2016 le modèle intermédiaire de modulation actuellement en vigueur (modèle IVA mis en place en 2009 permettant de moduler légèrement les recettes des établissements en tenant compte de premiers critères représentatifs de la lourdeur des prises en charge) sera sensiblement refondé grâce à la prise en compte des nouveaux outils et à l'intégration des nouvelles bases de données, afin de s'inscrire progressivement dans les perspectives de la réforme.

3.2.2. La réforme des modalités de convergence des USLD

L'actualité des unités de soins de longue durée (USLD) est composée du dispositif de convergence en application depuis 2010 et des résultats des coupes Pathos réalisées en 2011 qui viennent entériner les missions qui leur ont été dévolues en 2006¹⁵.

La loi de financement pour la Sécurité sociale (LFSS) pour 2008 a introduit un dispositif de tarifs plafonds (article L. 174-6 du code de sécurité sociale) pour limiter l'évolution des dotations soins des USLD et la LFSS pour 2009 un dispositif de convergence pour résorber les situations de sur-dotation résultant du rapprochement avec ces tarifs plafonds.

Les tarifs plafonds sont déterminés par l'application de « l'équation au GMPS » (Gir moyen pondéré soins). Le dispositif de convergence s'étale sur une période de 7 ans (2010-2016). Le taux de réduction de l'écart entre le tarif plafond et le forfait global soins progresse de la façon suivante : 10% en 2010, 16% en 2011, 20% en 2012, 25% en 2013, 33% en 2014, 50% en 2015, 100% en 2016¹⁶.

Ce dispositif de convergence est un dispositif intra-sectoriel qui impacte de façon égalitaire les USLD indépendamment de leur statut juridique. Il a été mise en œuvre à partir de 2010 à la suite de la procédure de partition des USLD (qui s'est déroulé entre

¹⁵ Circulaire du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la LFSS pour 2006 concernant les USLD.

¹⁶ Arrêté du 8 décembre 2010 fixe les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire.

2007 et 2010) et a créé une dynamique d'efficacité dans le secteur, grâce à la possibilité de moduler l'effort de convergence des établissements « sur-dotés » dans la mesure où ils s'engagent à avoir une politique d'admission de patients correspondant aux missions des USLD ou à augmenter le niveau de médicalisation de leur unité.

Les résultats des coupes Pathos réalisées en 2011 n'ont pu être utilisés dès 2012 en raison des délais de réalisation/validation, c'est pourquoi un moratoire a été décidé.

Les résultats globaux des coupes attestent la différence entre USLD et EHPAD et apparaissent donc très positifs pour les USLD car ils confortent leur vocation sanitaire. La différence de public, de besoins de soins et de niveau de ressources dans les huit postes, entre les EHPAD et les USLD, apparaît évidente.

Les patients hospitalisés en USLD se caractérisent par une très forte dépendance (84.4% des patients sont évalués en GIR 1 et 2) et un besoin de soins (Pathos moyen pondéré –PMP) bien supérieur à celui des résidents d'EHPAD : cela se traduit notamment par un besoin de temps médical et infirmier et un besoin de soins sur le plan soignant et/ ou psychiatrique beaucoup plus important. Par ailleurs, le taux de personnes requérant des soins médico-techniques importants (SMTI), notion sur laquelle s'est appuyée la partition, confirme la mission des USLD qui est de prendre en charge des personnes atteintes de pathologies lourdes au long cours ou susceptibles d'épisodes répétés de décompensation.

	USLD	EHPAD
GMP (dépendance)	853	695
PMP (charge en soins requise)	389	184
GMPS	1 861	1 172
Taux de patients SMTI	52 %	12 %

Ces résultats confortent le choix politique porté en 2006 de conserver un secteur USLD dans le champ sanitaire et la nécessité d'encadrer par des décrets d'autorisation l'activité de soins de longue durée.

Sur le plan tarifaire, les résultats des coupes Pathos 2011 impactent fortement le dispositif de convergence tarifaire en raison de leur évolution par rapport aux données GMPS de référence retenu en 2006 et impliquent une finalisation de la réflexion sur la révision éventuelle des modalités d'application du dispositif de convergence.

3.3. Les travaux conduits sur le champ MIGAC

3.3.1. Les travaux conduits en 2012 pour faire évoluer le modèle de financement

a) Les MIG relatives aux soins aux personnes détenues

Dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes sous main de justice, l'action 10.4 prévoit d'évaluer et de réadapter les modalités financières de prise en charge des soins aux personnes détenues. En effet, de nombreux changements dans les champs sanitaire et pénitentiaire, ont fait évoluer, d'une part, les principes et les modalités de financement des établissements de santé et, d'autre part, la prise en charge sanitaire en milieu pénitentiaire.

Ainsi, il est rappelé dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues actualisé et en cours de finalisation, qu'il faut appliquer pour les soins aux personnes détenues, comme pour le reste de la population, les principes de la tarification à l'activité et de complémentarité des MIG. Mais pour appliquer ces principes de droit commun et revoir le modèle de financement des soins aux personnes détenues, une enquête auprès des établissements de santé intervenant auprès des personnes détenues est nécessaire. Celle-ci débutera au deuxième semestre 2012. L'objectif de cette enquête est double puisqu'elle permettra, d'une part, de recueillir des données financières non connues à ce jour et, d'autre part, d'identifier les surcoûts afin de préciser la définition du nouveau périmètre des MIG UCSA et UHSI.

b) MIG « Surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité »

Cette dotation MIG a pour objet la prise en charge des surcoûts non pris en charge dans les tarifs (GHS, CCAM) des activités cliniques et biologiques suivantes, soumises à autorisation :

- L'assistance Médicale à la Procréation (AMP) en intra-conjugal
- L'AMP en contexte viral
- Le don d'ovocytes
- Le don de sperme
- L'accueil d'embryons
- La préservation de la fertilité (mesure 21.3 du Plan Cancer)

En 2011, plus de 15,5 M€ ont été notifiés aux établissements de santé par les ARS au titre de cette mission. Ce montant s'entend hors crédits délégués pour la préservation de la fertilité dans le cadre du Plan Cancer en 2012 (1,5 M€ de mesures nouvelles reconductibles déléguées dans la circulaire du 16 mars 2012).

La répartition de la MIG est actuellement hétérogène et faiblement liée à l'activité effective des établissements autorisés. Le périmètre de la MIG a par ailleurs été élargi en 2012. La MIG, qui ne finançait auparavant que les activités de don (ovocyte, sperme, accueil d'embryon), intègre désormais les surcoûts cliniques et biologiques de l'activité d'AMP. Enfin, un rapport de l'IGAS de 2011 préconise un soutien financier volontariste visant à mieux rémunérer et développer le don d'ovocyte. L'ensemble de ces facteurs justifie une remise à plat de la dotation dans le cadre de la campagne 2013. Des travaux ont donc été engagés par la DGOS, en collaboration avec l'Agence de Biomédecine et l'ATIH, afin d'élaborer un modèle de financement intégrant l'ensemble des composantes de la MIG.

c) Le financement de la précarité

a. Contexte et problématique

La prise en charge de la précarité est régulièrement citée comme facteur d'écart de coûts entre établissements de santé. En raison notamment des durées moyennes de séjour plus longues et d'un besoin d'accompagnement conséquent pour les patients en situation de précarité, les établissements de santé (ES) accueillant cette patientèle assument une charge plus importante et les surcoûts générés doivent donc être compensés, ainsi que le mentionnait le rapport de l'IGAS de 2006. La précarité est multiforme et les critères pour la cerner demeurent imprécis, il reste donc difficile aujourd'hui d'évaluer précisément l'impact financier de ce type de prise en charge.

Sur le plan de l'organisation des soins, un certain nombre d'établissements de santé ont mis en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) pour faciliter l'accueil, l'orientation et l'accompagnement des personnes en situation de précarité au sein de la structure. D'autres établissements n'ont pas ce type de dispositif mais ont intégré dans leur organisation et leur fonctionnement des éléments qui facilitent l'accueil et permettent de dispenser des soins adaptés à cette population.

Plusieurs dispositifs permettent aujourd'hui d'assurer le financement de la prise en charge des patients en situation de précarité:

- les PASS financées à hauteur de 46,5 M€
- la MIG dite précarité (créée en 2009), pour un montant de 100 M€, puis de 150 M€ depuis 2010
- un coefficient pérenne de 1,3 majorant des tarifs pour l'hospitalisation des patients AME

Les MIG PASS et précarité sont constitutifs de la mission de service public lutte contre les exclusions sociales (9° de l'article L6112-1 du CSP), dont l'état de lieux et l'expression du besoin à 5 ans doivent figurer dans le SROS.

b. Trois types de financement

i. Le financement de dispositifs dédiés pour l'accueil et l'accompagnement de ces patients, les PASS

Les PASS ont été créées par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions : selon l'article L.6112 -6 du Code de la santé publique, ces permanences sont « adaptées aux personnes en situation de précarité » pour faciliter l'accès au système de santé et les accompagner dans les démarches. Ces permanences offrent un accueil social visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, ainsi que des consultations médicales (spécialisées ou non spécialisées) et des consultations infirmières. Ces dispositifs sont financés au titre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Plus de 400 PASS sont implantées dans les établissements de santé. En outre, une diversification a été opérée par la mise en place de PASS spécialisées (en soins psychiatriques, soins bucco-dentaires et pour des PASS à vocation régionale) fin 2009. La plupart des PASS bénéficie de crédits au titre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général (MIG). Les 41 PASS psychiatriques ont quant à elles un financement en dotation annuelle de financement (DAF).

La MIG PASS s'est construite historiquement au fur et à mesure que les permanences se mettaient en place. Le montant accordé à chacune d'entre elle a été établi sur la base d'une évaluation locale, en fonction – le plus souvent - des moyens en personnels affectés et a bénéficié d'une reconduction quasi automatique. Le montant total en 2010 de la MIG PASS s'établit à 42,5 M€ et à 4M€ pour les crédits DAF (psychiatrie).

ii. Le financement des surcoûts générés par l'hospitalisation des populations précaires (MIG précarité)

Les premiers travaux de la DREES et de la DHOS-MT2A ont permis de définir deux grands axes de recherche autour des coûts additionnels liés à la prise en charge des patients en situation de précarité : les surcoûts liés à la surcharge en soins (qui restent difficiles à mesurer) et les surcoûts liés aux structures et à l'organisation de l'établissement.

Le chiffrage de ces surcoûts a conduit à la répartition en 2009 d'une dotation « plancher » MIG précarité de 100 M€ (dont le montant a été débasé des tarifs). L'enveloppe a été ensuite portée à 150 M€ en 2010 (nouveau débasage des tarifs). Elle est répartie à hauteur de 143 M€ pour le secteur ex-DG et 7 M€ pour le secteur ex-OQN, proportion correspondant aux dépenses déclarées par chaque secteur dans la phase d'enquête ayant permis l'estimation des surcoûts.

Les indicateurs utilisés pour évaluer le bassin de patientèle des ES et répartir la dotation sont le nombre de séjours CMU, CMUC, et AME. Le montant est réparti au prorata de ce nombre de séjours. Le taux d'accès seuil aux financements est fixé à 10,5% de la patientèle. Le modèle intègre également un seuil plancher fixé à 40 000€ afin de ne pas disperser les financements. Ces paramètres sont identiques pour les secteurs public et privé.

Les indicateurs CMU, CMUC et AME présentent plusieurs limites : ils sont d'une part peu représentatifs de la réelle précarité de la patientèle et posent par ailleurs des problèmes de fiabilité des données. Depuis 2011 donc, dans un souci de stabilité et dans l'attente d'une révision des critères pour 2014 (cf. iii.), il a été décidé de reconduire les dotations régionales 2010 relatives à la compensation des surcoûts structurels liés à la prise en charge des patients en situation de précarité.

iii. Le financement des surcoûts générés par la prise en charge des populations relevant de l'AME

Depuis la mise en œuvre de la réforme de l'AME en janvier 2012, les modalités de calcul de tarification des séjours AME sont alignées pour le secteur ex-DG sur celles des assurés de droit commun (80% GHS, 20% TJP). La réforme prévoit en outre deux coefficients de majoration des tarifs nationaux :

- un coefficient pérenne de 1,3 finançant les surcoûts de prise en charge des patients AME, compte-tenu de leur précarité. Ce coefficient est applicable à l'ensemble des séjours MCO, qu'ils aient lieu dans un établissement ex DG ou ex OQN.
- un coefficient transitoire pour les établissements ex DG, de 2 % en 2012 et de 2 % en 2013, disparaissant en 2014.

La réforme AME impacte négativement les établissements ex-DG, et positivement les établissements ex-OQN (qui facturaient déjà les séjours sur la base des GHS, mais sans coefficient). Une compensation partielle des pertes sous forme de AC non reconductible, à hauteur de 30 M€ a été attribuée en 2012 au secteur ex-DG.

c. Perspectives

i. PASS

Au fil du temps et des reconductions, l'adéquation montants attribués/dépenses effectives a pu se distendre. Il existe en outre une hétérogénéité forte dans le fonctionnement des PASS. Le groupe de travail lancé en 2011 a pour objectif de définir un référentiel commun pour les PASS en recueillant des descriptifs de l'activité réelle de la permanence auprès des acteurs, tant sur le plan quantitatif que sur le plan de bonnes pratiques d'inscription dans l'environnement social et économique local. Il a également pour vocation d'assurer une meilleure répartition des financements actuels.

ii. MIG précarité

Quatre ans après sa création, il apparaît nécessaire d'établir un premier bilan des modalités de construction, de gestion et d'utilisation par les établissements de la MIG précarité. Il a été demandé aux ARS d'évaluer l'adéquation des montants reçus avec la réalité de la situation des établissements et des moyens mis en œuvre pour améliorer la prise en charge des patients en situation de précarité et la pertinence du modèle actuel. Une enquête à cet effet a été lancée le 11 juillet 2012 auprès des ARS. Les résultats ont vocation à être mobilisés dans le cadre des travaux à venir sur la pertinence des indicateurs.

En 2012-2013 sera également appréciée la pertinence d'une approche complémentaire de type géopopulationnelle fondée sur une analyse des zones géographiques dans lesquelles se situent les établissements et leurs bassins de patientèle. La DGOS collabore avec l'IRDES, qui travaille actuellement à la construction d'indices géopopulationnels à partir d'indicateurs de précarité, applicables à des unités géographiques fines.

La Belgique et le Royaume-Uni utilisent déjà des indices de précarité agrégés tels les indices Townsend ou Castairs. L'IRDES mène actuellement des travaux pour adapter ces indices étrangers à la France.

Ces travaux n'excluent pas d'articuler deux approches : l'approche géopopulationnelle et l'approche actuelle fondée sur les caractéristiques de patientèle des établissements. L'IRDES devrait rendre les indices géo populationnels disponibles d'ici fin 2012. Ainsi, dès début 2013, des travaux seront lancés pour définir les modalités de mobilisation de ces indices, afin de compléter et ajuster le modèle de répartition de la dotation « précarité ».

iii. Mise en cohérence des financements PASS, AME, MIG précarité

Les travaux en cours devront permettre une meilleure mise en cohérence des différentes modalités de financement existantes.

d) Modélisation MIG SAMU-SMUR

Un groupe technique sur le financement des structures de médecine d'urgence a été créé suite à l'interpellation du ministre chargé de la santé lors du congrès de la société française de médecine d'urgence en juin 2011. Le champ des travaux est celui du financement de l'ensemble des structures de médecine d'urgence : Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU), Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR),

Structure des urgences (Accueil aux urgences et Unités d'Hospitalisation de Courte Durée).

Dans un premier temps, ce groupe de travail était composé de représentants des urgentistes, des ARS, des établissements de santé (conférence des directeurs de CH et de CHU), de la DREES, de l'ATIH et de la DGOS.

La première phase des travaux du groupe technique s'est tenue de novembre 2011 à juillet 2012 et a permis de réaliser un état des lieux partagé de l'organisation et du financement des structures de médecine d'urgence. Concernant le financement des SAMU et des SMUR, une grande disparité des financements MIG à niveau d'activité équivalent a été constatée.

Au second semestre 2012 commenceront les travaux sur la modélisation des MIG SAMU et SMUR, travaux qui seront menés respectivement en 2012 et 2013. Leur objectif sera de définir des modalités d'allocation de la MIG plus lisibles permettant de financer une organisation performante de ces services. Pour les SAMU, il s'agira notamment de prendre en compte une plus grande efficacité des structures en tenant compte de leur activité et des ressources médicales disponibles. Une articulation territoriale des centres de réception et de régulation des appels est en effet envisageable. Concernant les SMUR, la modélisation de la MIG devra prendre en compte les enjeux de maillage et d'articulation de l'organisation et du financement avec les structures des urgences, notamment sur les sites à plus faible activité.

e) Création d'une MIG relative à la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson

L'objectif est de créer et de modéliser le calcul de la dotation d'une MIG finançant les surcoûts liés à la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson par les 24 centres à vocation régionale pour la prochaine campagne (2013).

Deux démarches sont conduites en parallèle : l'élaboration d'un référentiel de prise en charge des patients et celle de la modélisation de la MIG :

- L'élaboration d'un référentiel de prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson.

La conception de ce référentiel a été demandée à la Société française de neurologie (SFN). Il devra notamment préciser le type de population accueillie par les centres à vocation régionale, les compétences professionnelles requises pour l'équipe pluridisciplinaire la prenant en charge, la fréquence et le type de cette prise en charge en fonction des consultations requises au fur et à mesure des étapes de la maladie.

- La modélisation de la MIG

Cette modélisation vise à dimensionner le financement nécessaire à chaque centre à vocation régionale pour compenser les surcoûts liés à la prise en charge des patients qui ne sont pas déjà compensés par les tarifs.

- La réalisation d'un état des lieux de la prise en charge est en cours. L'enquête vise un périmètre précis : l'activité externe des établissements de santé prenant en charge des patients atteints de la maladie de parkinson ou de syndromes parkinsoniens. Elle ne prend en compte ni l'hospitalisation, ni l'hôpital de jour. L'enquête a pour objectif de déterminer le volume de la file active des patients pris en charge et de décrire le type de prise en charge mise en œuvre, en particulier les différents métiers impliqués dans cette prise en charge. L'enquête

- La détermination des surcoûts générés : à partir de l'état des lieux, d'une part, et du référentiel de prise en charge, d'autre part, le groupe de travail devra identifier et mesurer les surcoûts générés pour chaque patient pris en charge par les centres à vocation régionale. Ces surcoûts détermineront la base du financement de la MIG.
- Modélisation de la dotation MIG : en fonction des surcoûts à compenser, des critères devront être choisis pour calculer la dotation MIG de chaque centre selon un modèle qui pourra prendre en compte un socle de moyens humains nécessaires et être modulé en fonction de l'activité des centres par exemple.

f) Focus sur les MERRI

Comme sur l'ensemble des MIGAC, la DGOS poursuit son travail d'objectivation et de sécurisation des délégations de crédits MERRI, notamment :

- Au sein de la MERRI relative aux centres de ressources biologiques (CRB) une partie de l'activité était dédiée depuis 2005 au financement des tumorothèques (conservation et mise à disposition de tissus tumoraux congelés principalement). La dotation initiale avait été fixée sur la base d'appels à projets successifs lancés par l'INCa dont le but était de structurer les tumorothèques. A partir de 2012, les tumorothèques seront financées en fonction de leur activité réelle. La DGOS et l'INCa ont conçu un modèle de financement qui dimensionne les crédits en fonction du volume réel de conservation et de mise à disposition d'échantillons tumoraux, en intégrant un aspect qualitatif, en utilisant les données des rapports d'activité annuels. Le nouveau mode de financement est donc dynamique et incitatif mais dans le cadre limitatif d'une enveloppe budgétaire fermée.

- La MERRI relative à l'emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins avait été mise en place en 2004 et 2006 dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer afin de développer des moyens dédiés à l'investigation clinique en cancérologie. Une évaluation récente a montré l'existence de disparités entre les dotations initiales et l'activité actuelle. En 2012, la DGOS et l'INCa ont décidé de revoir la clé de répartition et d'opérer un rééquilibrage en fonction du nombre de patients inclus dans des essais cliniques. Ainsi, les établissements ayant inclus un nombre conséquent de patients (plus de 100 patients par ETP) ont vu leur financement revu à la hausse. D'autres établissements, n'ayant pas bénéficié des actions précédentes, mais ayant une activité importante en termes d'inclusions, notamment dans des essais institutionnels, vont pouvoir bénéficier de financements. A l'inverse, les établissements avec une faible activité d'inclusion ont vu leur dotation baisser.

Ces deux exemples illustrent les orientations mises en oeuvre afin de lier le dimensionnement des crédits versés à une activité mesurée par des évaluations et des rapports d'activités.

3.3.2. Les évolutions des systèmes d'information: pour une meilleure transparence dans l'allocation des ressources

La transparence de l'allocation des ressources issues des dotations MIGAC ainsi que leur traçabilité sont étroitement dépendantes de la configuration des systèmes d'information qui permettent de retracer les notifications des crédits effectuées par les agences régionales de santé (ARS) aux établissements.

C'est actuellement le système d'information ARBUST MIGAC, géré par l'ATIH, qui recueille l'état des allocations MIGAC reçues par chaque établissement de santé pour chaque mission ou catégorie d'aide à la contractualisation. Ce système d'information repère la région d'appartenance de l'établissement et son statut. Il est renseigné par les ARS à l'issue de leur notification de crédits à partir des bases MIGAC et des mesures nouvelles accordées par les circulaires budgétaires. Quant aux crédits délégués en justification au premier euro, ils sont pré inscrits dans le système lorsque leur délégation est fléchée par établissement par le niveau national et que les ARS ne peuvent donc pas en modifier le montant.

ARBUST MIGAC a vocation à évoluer afin de restituer plus finement les dotations accordées. C'est ainsi qu'en 2011, ont été affinées les catégories d'aide à la contractualisation recensées pour aller au-delà des six grandes catégories de gestion traditionnellement utilisées. En 2012, la mention de vecteurs d'éligibilité des établissements à chaque mission a été ajoutée au système d'information, afin que les ARS puissent les visualiser et vérifier, le cas échéant, cette éligibilité.

A terme, ce système d'information doit être remplacé au sein d'un nouveau système d'information sur l'allocation de ressources à la disposition des ARS. Ce nouveau système d'information englobera l'ensemble du processus d'allocation de ressources budgétaire, depuis la délégation des dotations par le ministère jusqu'à leur notification par voie d'arrêté. Il couvrira également toutes les dotations budgétaires dont celles des MIGAC.

Pour les dotations MIGAC, ce futur système d'information comportera les mêmes fonctionnalités que le système actuel et en introduira de nouvelles. Ainsi, une nomenclature des plans de santé publique permettra de colliger et de retrouver les financements des dotations provenant des crédits de ces plans nationaux.

4. Annexes

Annexe 1 : Evolution du nombre de séjours par CMD secteur ex DG

CMD	2011		Evolution 2010/2011		
	Part en séjours	Part en volume économique	Evolution du volume économique	- dont nombre de séjours	- dont effet structure
1 Affections du système nerveux	5.2%	7.9%	+2.8%	+2.7%	+0.1%
2 Affections de l'oeil	1.8%	1.7%	+5.0%	+5.1%	-0.1%
3 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	2.4%	2.3%	+3.4%	+3.6%	-0.2%
4 Affections de l'appareil respiratoire	4.7%	8.5%	+5.9%	+4.7%	+1.1%
5 Affections de l'appareil circulatoire	6.6%	11.7%	+3.9%	+1.7%	+2.1%
6 Affections du tube digestif	6.8%	8.8%	+3.3%	+2.6%	+0.7%
7 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	1.9%	3.5%	+4.4%	+2.1%	+2.2%
8 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	6.3%	11.4%	+2.7%	+1.2%	+1.5%
9 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	2.6%	3.3%	+4.2%	+2.2%	+1.9%
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	2.3%	3.0%	+3.6%	+0.0%	+3.6%
11 Affections du rein et des voies urinaires	2.7%	3.6%	+3.7%	+1.7%	+2.0%
12 Affections de l'appareil génital masculin	0.8%	1.0%	+4.4%	+1.7%	+2.7%
13 Affections de l'appareil génital féminin	1.7%	1.9%	+2.2%	+3.5%	-1.2%
14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	5.2%	6.4%	-1.0%	-1.5%	+0.5%
15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	3.9%	2.8%	-0.1%	-0.9%	+0.8%
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	1.1%	1.7%	+6.3%	+3.8%	+2.4%
17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	1.7%	2.7%	+1.3%	-1.7%	+3.1%
18 Maladies infectieuses et parasitaires	0.8%	1.2%	-7.3%	-5.2%	-2.3%
19 Maladies et troubles mentaux	1.6%	1.9%	+3.0%	+4.5%	-1.4%
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	1.2%	1.0%	+7.1%	+7.9%	-0.7%
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements	1.1%	1.1%	+4.5%	-2.4%	+7.1%
22 Brûlures	0.1%	0.3%	+2.5%	-3.6%	+6.3%
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	4.4%	4.3%	-1.6%	-4.4%	+2.9%
25 Maladies dues à une infection par le VIH	0.1%	0.2%	-3.7%	-5.4%	+1.8%
26 Traumatismes multiples graves	0.1%	0.4%	+5.0%	+5.9%	-0.8%
27 Transplantations d'organes	0.1%	1.1%	+7.5%	+3.0%	+4.4%
Séances	33.0%	6.2%	+5.2%	+5.1%	+0.1%
TOTAL	100.0%	100.0%	+3.0%	+2.5%	+0.5%

Source : ATIH 2011

Annexe 1 : Evolution du nombre de séjours par CMD secteur ex OQN

CMD	2011		Evolution 2010/2011			
	Part en séjours	Part en volume économique	Evolution du volume économique	- dont nombre de séjours	- dont effet structure	
1	Affections du système nerveux	2.7%	2.5%	+0.2%	+2.3%	-2.0%
2	Affections de l'oeil	8.8%	7.7%	+3.4%	+3.4%	-0.0%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	7.8%	4.5%	+1.5%	+3.0%	-1.4%
4	Affections de l'appareil respiratoire	1.5%	2.3%	+2.0%	+0.2%	+1.8%
5	Affections de l'appareil circulatoire	7.6%	13.4%	+3.1%	-0.2%	+3.3%
6	Affections du tube digestif	21.1%	15.4%	-0.3%	+0.7%	-1.0%
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	1.7%	2.8%	+0.6%	+1.3%	-0.7%
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	12.4%	19.4%	+3.2%	+2.8%	+0.4%
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	4.1%	3.2%	+3.4%	+4.9%	-1.5%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	1.1%	2.2%	+16.6%	+3.6%	+12.5%
11	Affections du rein et des voies urinaires	3.3%	3.8%	+3.2%	+2.7%	+0.5%
12	Affections de l'appareil génital masculin	2.6%	3.0%	+2.1%	+2.4%	-0.3%
13	Affections de l'appareil génital féminin	3.4%	3.6%	+0.8%	+1.0%	-0.2%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	4.2%	5.7%	-3.0%	-3.4%	+0.5%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	3.2%	2.5%	-2.8%	-3.4%	+0.6%
16	Affections du sang et des organes hématopoiétiques.	0.5%	0.6%	+3.5%	+1.1%	+2.3%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	0.5%	0.7%	+1.3%	-1.3%	+2.7%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	0.1%	0.2%	+4.2%	+2.0%	+2.1%
19	Maladies et troubles mentaux	0.1%	0.1%	-1.4%	-3.2%	+1.9%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	0.1%	0.2%	-6.3%	+6.4%	-12.0%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	0.4%	0.5%	+6.8%	+3.3%	+3.4%
22	Brûlures	0.0%	0.0%	+13.3%	+4.2%	+8.7%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	2.0%	2.5%	+0.8%	-0.2%	+0.9%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	0.0%	0.0%	-12.2%	-13.8%	+1.9%
26	Traumatismes multiples graves	0.0%	0.0%	+22.3%	+12.8%	+8.4%
	Séances	10.6%	3.3%	-0.9%	-0.9%	-0.0%
	TOTAL	100.0%	100.0%	+1.8%	+1.2%	+0.6%

Source : ATIH 2011

Définition des racines de GHM

Les racines de GHM regroupent un même type de prise en charge, défini par les diagnostics et les actes classants¹⁷ réalisés au cours du séjour hospitalier¹⁸. Elles comportent 5 caractères correspondant :

- les 2 premiers à la catégorie majeure de diagnostic (28 CMD dont la liste est jointe en annexe),
- le troisième au type d'activité : médecine (M), chirurgie ©, interventionnel hors bloc opératoire (K), indifférencié (Z),
- les deux derniers à un numéro de référence.

Elles sont complétées par un sixième caractère définissant le niveau de sévérité du GHM, de 1 le plus faible à 4 le plus élevé, ou, le cas échéant, sa nature ambulatoire (codé J), ou sa nature de séjour de courte durée (codé T), ou l'absence de niveau de sévérité (Z).

Exemple :

02C02 Interventions sur la rétine

- 02C02J Interventions sur la rétine, en ambulatoire
- 02C021 Interventions sur la rétine, niveau 1
- 02C022 Interventions sur la rétine, niveau 2
- 02C023 Interventions sur la rétine, niveau 3
- 02C024 Interventions sur la rétine, niveau 4

Cette racine est éligible aux niveaux de sévérité et possède un GHM en ambulatoire

02M04 Affections oculaires d'origine neurologique

- 02M04T Affections oculaires d'origine neurologique, très courte durée
- 02M041 Affections oculaires d'origine neurologique, niveau 1
- 02M042 Affections oculaires d'origine neurologique, niveau 2
- 02M043 Affections oculaires d'origine neurologique, niveau 3
- 02M044 Affections oculaires d'origine neurologique, niveau 4

Cette racine est éligible aux niveaux de sévérité et possède un GHM de très courte durée

02M09 Explorations et surveillance pour affections de l'œil

- 02M09Z Explorations et surveillance pour affections de l'œil

Cette racine n'est pas éligible aux niveaux de sévérité.

¹⁷ Acte susceptible de modifier le classement en GHM ; il peut-être opératoire ou non.

¹⁸ L'algorithme est disponible sur le site de l'ATIH <http://www.atih.sante.fr>

Annexe 2 : Liste des 19 couples de racines en chirurgie ambulatoire

01C13	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
03C10 // 03C22	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans // Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire
03C14	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans
03C15	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans
03C21	Interventions pour oreilles décollées
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, niveau 1
05C17	Ligatures de veines et éveinages
06C10	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans
08C38	Autres arthroscopies du genou
08C44	Autres interventions sur la main
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie
09C07	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein
09C08	Interventions sur la région anale et périanale
12C06	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans
12C08	Circoncision
13C08	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin
13C12	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes

Annexe 3 Soins palliatifs : Liste des 25 GHM ayant le plus grand nombre de séjours avec un DAS de soins palliatifs en 2011 (secteur ex-DG)

ghm	ghs		2011				Evolution 2009/2010		Evolution 2010/2011	
			Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)	Part des séjours	Part du volume économique	Nombre de séjours	Volume économique	Nombre de séjours	Volume économique
		Ensemble des 25 GHM	34 090	177.1	44.6%	38.2%	25.9%	43.7%	7.5%	13.3%
28Z07Z	9606	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	4 993	2.0	6.5%	0.4%	-14.6%	-14.2%	6.1%	6.3%
04M093	1163	Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 3	3 073	22.6	4.0%	4.9%	20.0%	20.0%	15.3%	15.2%
07M063	2526	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 3	2 573	17.5	3.4%	3.8%	18.6%	18.9%	15.3%	15.4%
28Z24Z	9632	Techniques complexes d'irradiation externe sans repositionnement, en séances	1 984	0.3	2.6%	0.1%	167.3%	168.5%	-24.1%	-24.1%
23Z02Z	7993	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	1 775	16.9	2.3%	3.6%			11.6%	9.1%
05M093	1755	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	1 695	8.4	2.2%	1.8%	30.9%	29.8%	12.9%	13.7%
04M053	1144	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	1 531	7.3	2.0%	1.6%	29.7%	29.2%	15.5%	15.4%
01M303	316	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 3	1 356	9.6	1.8%	2.1%	20.1%	20.6%	10.3%	10.6%
06M053	2140	Autres tumeurs malignes du tube digestif, niveau 3	1 327	8.2	1.7%	1.8%	18.5%	18.7%	13.8%	13.4%
04M133	1182	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 3	1 303	8.5	1.7%	1.8%	7.3%	6.7%	3.4%	3.1%
01M263	297	Tumeurs malignes du système nerveux, niveau 3	1 244	9.4	1.6%	2.0%	26.4%	25.8%	13.9%	13.4%
23M20Z	7990	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	1206	4.5	1.6%	1.0%	2.8%	6.4%	-11.1%	-9.1%
28Z14Z	9613	Transfusions, en séances	1131	0.7	1.5%	0.2%	-11.7%	-11.3%	-5.2%	-4.2%
04M073	1153	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	1111	7.4	1.5%	1.6%	36.0%	34.9%	20.0%	20.3%
18M073	6783	Septicémies, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	909	7.2	1.2%	1.6%	-2.9%	-4.1%	-3.2%	-3.0%
23Z02Z	7994	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	768	10.8	1.0%	2.3%			25.5%	29.9%
06M063	2145	Occlusions intestinales non dues à une hernie, niveau 3	756	3.7	1.0%	0.8%	13.4%	14.4%	14.4%	13.0%
17M123	6514	Lymphomes et autres affections malignes hématopoïétiques, niveau 3	740	6.6	1.0%	1.4%	22.7%	21.3%	13.0%	11.9%
04M24E	1226	Affections de la CMD 04 avec décès : séjours de moins de 2 jours	732	0.7	1.0%	0.1%	24.6%	24.7%	8.0%	8.4%
08M253	3108	Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 3	732	5.1	1.0%	1.1%	14.6%	13.1%	17.9%	18.5%
01M213	274	Douleurs chroniques rebelles, niveau 3	667	4.2	0.9%	0.9%	75.7%	73.8%	35.6%	34.1%
01M304	317	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 4	637	6.4	0.8%	1.4%	36.8%	24.1%	28.9%	29.0%
17M06T	6491	Chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée	636	0.6	0.8%	0.1%	-19.6%	-19.7%	0.5%	1.4%
06M133	2178	Tumeurs malignes de l'oesophage et de l'estomac, niveau 3	633	4.5	0.8%	1.0%	34.7%	37.5%	9.5%	11.1%
23Z02Z	7992	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	578	4.2	0.8%	0.9%			18.7%	22.9%

Annexe 3 Soins palliatifs : Liste des 25 GHM ayant le plus grand nombre de séjours avec un DAS de soins palliatifs en 2011 (secteur ex-OQN)

ghm	ghs		2 011				Evolution 2009/2010		Evolution 2010/2011	
			Nombre de séjours	Volume économique (en M€)	Part des séjours	Part du volume économique	Nombre de séjours	Volume économique	Nombre de séjours	Volume économique
		Ensemble des 25 GHM	3 196	10.6	43.4%	42.4%	21.1%	34.1%	35.6%	50.9%
04M093	1163	Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 3	349	1.40	4.7%	5.6%	42.9%	45.3%	58.6%	60.1%
07M063	2526	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 3	324	1.15	4.4%	4.6%	51.5%	52.6%	57.3%	58.4%
06M053	2140	Autres tumeurs malignes du tube digestif, niveau 3	259	0.87	3.5%	3.5%	41.6%	44.9%	61.9%	62.1%
23M20Z	7990	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	226	0.43	3.1%	1.7%	19.7%	24.6%	0.4%	12.1%
01M263	297	Tumeurs malignes du système nerveux, niveau 3	194	0.93	2.6%	3.7%	-13.4%	-7.9%	67.2%	66.4%
23Z02Z	7993	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	177	1.10	2.4%	4.4%			160.3%	171.1%
06M063	2145	Occlusions intestinales non dues à une hernie, niveau 3	127	0.28	1.7%	1.1%	19.4%	26.9%	47.7%	43.5%
05M093	1755	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	126	0.26	1.7%	1.0%	85.2%	88.4%	26.0%	28.3%
06C043	1941	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 3	117	0.66	1.6%	2.7%	8.7%	9.8%	17.0%	13.4%
01M213	274	Douleurs chroniques rebelles, niveau 3	106	0.25	1.4%	1.0%	12.2%	9.5%	15.2%	14.1%
18M073	6783	Septicémies, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	106	0.34	1.4%	1.4%	6.9%	10.3%	71.0%	72.2%
04M133	1182	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 3	96	0.23	1.3%	0.9%	50.9%	53.8%	20.0%	18.9%
28Z07Z	9606	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	95	0.03	1.3%	0.1%	-47.3%	-47.1%	-30.7%	-30.9%
08M253	3108	Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 3	92	0.28	1.2%	1.1%	52.7%	46.0%	9.5%	11.8%
06M133	2178	Tumeurs malignes de l'oesophage et de l'estomac, niveau 3	89	0.33	1.2%	1.3%	120.7%	114.5%	39.1%	50.3%
17M06T	6491	Chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée	86	0.05	1.2%	0.2%	25.7%	25.7%	-7.5%	-7.5%
11M073	4305	Tumeurs des reins et des voies urinaires, niveau 3	77	0.25	1.0%	1.0%	31.3%	39.0%	83.3%	80.8%
17M062	6488	Chimiothérapie pour autre tumeur, niveau 2	77	0.18	1.0%	0.7%	49.2%	46.9%	-12.5%	-9.3%
10M183	3969	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	76	0.18	1.0%	0.7%	53.1%	50.4%	55.1%	64.6%
04M24E	1226	Affections de la CMD 04 avec décès : séjours de moins de 2 jours	70	0.03	1.0%	0.1%	-2.3%	-2.8%	66.7%	66.9%
06C044	1942	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 4	69	0.61	0.9%	2.4%	-11.1%	-16.3%	72.5%	83.2%
17M123	6514	Lymphomes et autres affections malignes hématopoïétiques, niveau 3	66	0.28	0.9%	1.1%	2.6%	4.3%	65.0%	65.9%
16M103	6179	Troubles sévères de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	65	0.23	0.9%	0.9%	42.9%	44.3%	30.0%	33.7%
28Z14Z	9613	Transfusions, en séances	65	0.03	0.9%	0.1%	-26.2%	-26.2%	44.4%	44.4%

16M113	6184	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	62	0.21	0.8%	0.8%	44.7%	51.0%	-8.8%	-4.4%
--------	------	---	----	------	------	------	-------	-------	-------	-------

Annexe 4 : LFSS pour 2004 (VII de l'article 33), qui sera abrogée dans la LFSS pour 2013

«Pour les années 2005 à 2018, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2018. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas. Un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement avant le 15 septembre de chaque année jusqu'en 2018. Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018.»

Annexe 6 : Economie réalisées sur la convergence en 2011

Problématique

Une des dernières étapes de construction tarifaire de la campagne 2011 a consisté à prendre en compte la convergence ciblée, pour un montant d'économies Assurance maladie intégré dans l'ONDAM 2011 à hauteur 150M€ en dépenses Assurance Maladie sur 10 mois.

Il a été décidé de retenir une convergence graduée sur 193 GHM présentant des similarités de distributions entre les deux secteurs sur la durée de séjours.

Le principe de convergence n'est intervenu que sur les tarifs du secteur ex DG puisqu'il s'agissait de faire converger le tarif de ce secteur à celui du secteur ex OQN après prise en compte des honoraires (y compris les dépassements).

L'objet de cette note est de savoir si les économies prévues pour l'Assurance Maladie sont atteintes.

Données

Les résultats présentés reposent sur les données d'activités de l'année 2011. Cependant, les tarifs ne s'appliquant qu'à compter du 1^{er} mars 2011, l'activité des mois de janvier et février est écartée de l'analyse.

Méthode d'extrapolation

Pour obtenir l'impact de la mesure sur les dix mois (mars - décembre 2011), les GHM impactés par la convergence sont valorisés aux tarifs arrêtés et ensuite aux tarifs avant la mise en œuvre de la convergence. L'économie réalisée est la différence entre ces deux valorisations.

Résultats

L'économie observée sur 2011 est de 157,7 M€ en dépense tout compris.

Les taux de contribution à l'économie par GHM observé sur les dix mois d'activité étudiés sont proches de ceux calculés lors de la construction tarifaire.

Synthèse des économies réalisées selon le taux de rapprochement

Classe	Taux de convergence appliqué	Nombre de GHM convergés	Economie attendue par la construction tarifaire 2011 (en M€)	Economie en dépense encadrée obtenue sur les 10 mois 2011 (en M€)
C0	35%	37	13	13.7
C1	35%	15	13	13.7
C2	32%	51	57	60.6
C3	28%	27	39	41.0
C4	19%	22	11	12.0
C5	10%	41	16	16.8
Total	-	193	150	157.7

Conclusion

Le constat de mars à décembre 2011 permet de conclure que les économies attendues ont été réalisées.

GHM	GHS	Libellé	Evolution 2010/2011 en nombre de séjours	Evolution 2010/2011 en volume économique	Contribution à l'économie sur 10 mois	Contribution à l'économie prévue par la campagne sur 10 mois
01C081	38	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, niveau 1	-2.0%	-2.2%	0.2%	0.2%
01C101	47	Pose d'un stimulateur médullaire, niveau 1	26.3%	23.5%	0.3%	0.3%
01M21T	337	Douleurs chroniques rebelles, très courte durée	20.3%	20.2%	0.2%	0.2%
02C021	410	Interventions sur la rétine, niveau 1	5.1%	5.4%	0.6%	0.6%
03C071	633	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	4.4%	4.3%	0.6%	0.6%
03C091	638	Rhinoplasties, niveau 1	0.9%	0.9%	0.7%	0.7%
03C111	647	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	5.7%	5.5%	0.2%	0.2%
03C121	651	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	18.9%	18.8%	0.2%	0.1%
03C131	655	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	3.2%	2.2%	0.0%	0.0%
03C171	674	Interventions sur la bouche, niveau 1	-11.3%	-11.6%	0.0%	0.0%
03C201	687	Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne, niveau 1	-0.7%	-0.9%	0.7%	0.7%
03C241	698	Interventions sur les glandes salivaires, niveau 1	2.9%	2.2%	0.6%	0.6%
03K04J	821	Séjours comprenant certains actes non opératoires de la CMD 03, en ambulatoire	-13.8%	-14.0%	0.0%	0.0%
03M02T	874	Traumatismes et déformations du nez, très courte durée	-1.0%	-0.9%	0.0%	0.0%
03M04T	876	Otitis moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	6.1%	6.2%	0.0%	0.0%
03M09T	855	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	-0.7%	-0.5%	0.0%	0.0%
03M10T	880	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	4.8%	4.8%	0.6%	0.6%
03M111	860	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	-14.8%	-14.8%	0.1%	0.1%
03M11T	881	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	6.9%	7.1%	0.2%	0.2%
04C041	1013	Interventions sous thoracoscopie, niveau 1	-4.2%	-4.5%	0.5%	0.5%
04C042	1014	Interventions sous thoracoscopie, niveau 2	11.8%	10.2%	0.5%	0.5%
04K02J	1129	Séjours comprenant une endoscopie bronchique, en ambulatoire	-1.7%	-1.6%	0.7%	0.7%
04M101	1166	Embolies pulmonaires, niveau 1	-6.7%	-6.8%	0.5%	0.6%
04M102	1167	Embolies pulmonaires, niveau 2	-2.9%	-2.9%	1.0%	1.0%
04M171	1200	Epanchements pleuraux, niveau 1	-8.7%	-9.6%	0.2%	0.2%

04M172	1201	Epanchements pleuraux, niveau 2	-0.9%	-1.2%	0.2%	0.3%
05C101	1462	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 1	-8.4%	-8.6%	1.1%	1.2%
05C102	1463	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 2	5.8%	5.2%	1.4%	1.3%
05C103	1464	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 3	6.5%	6.3%	1.9%	1.7%
05C141	1479	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc, niveau 1	-7.6%	-9.4%	0.1%	0.1%
05C151	1484	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1	0.7%	-0.1%	0.0%	0.0%
05C152	1485	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 2	8.5%	8.4%	0.3%	0.2%
05C211	1508	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05, niveau 1	-2.4%	-2.3%	0.0%	0.0%
05C221	1513	Remplacements de stimulateurs cardiaques permanents, niveau 1	-3.2%	-3.2%	0.5%	0.5%
05C22T	1517	Remplacements de stimulateurs cardiaques permanents, très courte durée	-8.0%	-7.9%	0.0%	0.0%
05K063	1699	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 3	13.2%	12.5%	0.2%	0.1%
05K102	1703	Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 2	7.8%	7.6%	0.6%	0.5%
05K131	1716	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2.4%	1.8%	-0.1%	-0.1%
05K132	1717	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	11.1%	11.2%	0.1%	0.1%
05M073	1745	Thrombophlébites veineuses profondes, niveau 3	2.6%	2.6%	0.3%	0.3%
05M081	1748	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, niveau 1	-4.7%	-5.1%	0.6%	0.6%
05M082	1749	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, niveau 2	0.2%	0.0%	0.7%	0.7%
05M121	1767	Troubles vasculaires périphériques, niveau 1	-9.8%	-10.7%	0.2%	0.2%
05M122	1768	Troubles vasculaires périphériques, niveau 2	-2.3%	-2.7%	0.5%	0.5%
05M151	1780	Hypertension artérielle, niveau 1	-10.2%	-10.4%	0.0%	0.0%
06C031	1935	Résections rectales, niveau 1	-7.2%	-7.5%	0.5%	0.5%
06C032	1936	Résections rectales, niveau 2	-4.8%	-4.9%	0.5%	0.5%
06C033	1937	Résections rectales, niveau 3	-1.5%	-1.8%	1.0%	1.0%
06C041	1939	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1	-7.4%	-7.7%	2.2%	2.5%
06C042	1940	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 2	1.3%	1.1%	2.8%	2.7%
06C043	1941	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 3	2.7%	2.3%	5.9%	5.6%

06C044	1942	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 4	13.5%	13.2%	1.5%	1.2%
06C071	1947	Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1	-3.7%	-4.1%	0.6%	0.6%
06C072	1948	Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 2	0.1%	-1.1%	0.7%	0.7%
06C081	1951	Appendicectomies compliquées, niveau 1	12.9%	11.6%	0.7%	0.6%
06C082	1952	Appendicectomies compliquées, niveau 2	13.4%	12.9%	0.2%	0.1%
06C091	1955	Appendicectomies non compliquées, niveau 1	-2.7%	-2.9%	1.9%	2.0%
06C092	1956	Appendicectomies non compliquées, niveau 2	-3.6%	-3.8%	0.2%	0.2%
06C112	1965	Interventions réparatrices pour hernies et éviscérations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	7.7%	7.7%	1.6%	1.5%
06C141	1978	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 1	-0.4%	-1.2%	0.6%	0.6%
06C142	1979	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 2	2.2%	1.8%	0.1%	0.1%
06C191	1991	Hémorroïdectomies, niveau 1	0.5%	-0.1%	0.4%	0.4%
06C191	2014	Hémorroïdectomies, niveau 1	0.7%	-0.5%	0.1%	0.1%
06C221	2004	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour affections autres que malignes ou ulcères, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	-10.8%	-11.6%	0.1%	0.1%
06K03J	2120	Séjours comprenant une endoscopie digestive thérapeutique sans anesthésie, en ambulatoire	-0.8%	-0.6%	0.1%	0.1%
06K06J	2123	Affections digestives sans acte opératoire de la CMD 06, avec anesthésie, en ambulatoire	11.4%	11.3%	0.1%	0.1%
06M041	2134	Hémorragies digestives, niveau 1	-7.7%	-8.9%	0.2%	0.2%
06M04T	2199	Transferts et autres séjours courts pour hémorragies digestives	-7.6%	-7.7%	0.1%	0.1%
06M061	2143	Occlusions intestinales non dues à une hernie, niveau 1	-11.2%	-11.6%	0.6%	0.7%
06M062	2144	Occlusions intestinales non dues à une hernie, niveau 2	-4.9%	-5.0%	1.0%	1.0%
06M06T	2147	Occlusions intestinales non dues à une hernie, très courte durée	-1.4%	-1.2%	0.0%	0.0%
06M071	2148	Maladies inflammatoires de l'intestin, niveau 1	-10.3%	-10.7%	0.5%	0.6%
06M09T	2162	Autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	-5.4%	-5.4%	0.1%	0.1%
06M111	2167	Ulcères gastroduodénaux non compliqués, niveau 1	-7.1%	-7.5%	0.0%	0.0%
06M121	2172	Douleurs abdominales, niveau 1	-6.2%	-5.9%	0.6%	0.6%
06M122	2173	Douleurs abdominales, niveau 2	-1.3%	-1.8%	0.5%	0.5%
06M12T	2200	Douleurs abdominales, très courte durée	0.4%	0.5%	1.0%	1.0%
06M16Z	2186	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil digestif	5.7%	5.8%	0.1%	0.1%

06M18T	2201	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 06, très courte durée	2.5%	2.5%	0.2%	0.2%
06M191	2190	Affections sévères du tube digestif, niveau 1	9.0%	9.1%	0.2%	0.2%
06M201	2194	Tumeurs bénignes de l'appareil digestif, niveau 1	-4.7%	-5.1%	0.2%	0.2%
07C131	2347	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës, niveau 1	-0.8%	-1.3%	0.9%	0.9%
07C132	2348	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës, niveau 2	0.2%	0.2%	0.8%	0.8%
07C133	2349	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës, niveau 3	6.3%	5.0%	0.6%	0.5%
07C141	2351	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, niveau 1	7.4%	6.5%	1.7%	1.7%
07C142	2352	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, niveau 2	8.8%	8.7%	0.8%	0.8%
07K04J	2512	Endoscopie biliaire diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	11.0%	11.2%	0.3%	0.3%
07M021	2514	Affections des voies biliaires, niveau 1	-3.9%	-4.5%	0.1%	0.1%
07M022	2515	Affections des voies biliaires, niveau 2	5.1%	4.9%	0.4%	0.4%
07M023	2516	Affections des voies biliaires, niveau 3	12.5%	12.6%	0.3%	0.2%
07M02T	2518	Affections des voies biliaires, très courte durée	2.4%	2.5%	0.0%	0.0%
07M14Z	2560	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07	-3.5%	-4.2%	0.8%	0.8%
08C131	2759	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur, niveau 1	-6.1%	-6.4%	0.1%	0.1%
08C141	2764	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, niveau 1	-5.7%	-5.9%	1.1%	1.2%
08C241	2783	Prothèses de genou, niveau 1	-0.3%	-0.3%	1.2%	1.3%
08C242	2784	Prothèses de genou, niveau 2	19.9%	20.0%	1.5%	1.2%
08C251	2787	Prothèses d'épaule, niveau 1	0.6%	0.0%	0.2%	0.2%
08C252	2788	Prothèses d'épaule, niveau 2	1.4%	0.6%	0.1%	0.1%
08C311	2804	Interventions sur la jambe, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	-0.2%	-0.9%	0.5%	0.5%
08C321	2808	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	-9.0%	-9.4%	3.2%	3.5%
08C322	2809	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	-5.6%	-5.5%	0.7%	0.8%
08C331	2813	Interventions sur la cheville et l'arrière-pied à l'exception des fractures, niveau 1	0.3%	-0.7%	0.2%	0.2%
08C341	2817	Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie, niveau 1	0.1%	-0.5%	0.4%	0.5%
08C351	2821	Interventions sur le bras, coude et épaule, niveau 1	0.1%	-0.3%	0.9%	0.9%

08C352	2822	Interventions sur le bras, coude et épaule, niveau 2	-1.4%	-1.6%	0.4%	0.4%
08C353	2823	Interventions sur le bras, coude et épaule, niveau 3	9.1%	8.4%	0.4%	0.3%
08C361	2826	Interventions sur le pied, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	-4.2%	-5.2%	0.2%	0.2%
08C371	2831	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	3.4%	3.0%	1.1%	1.1%
08C372	2832	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	3.7%	3.5%	0.2%	0.2%
08C391	2841	Interventions sur l'avant-bras, niveau 1	-9.0%	-9.1%	2.1%	2.2%
08C392	2842	Interventions sur l'avant-bras, niveau 2	0.2%	0.1%	1.0%	1.0%
08C411	2851	Interventions sur le poignet, niveau 1	-1.4%	-1.6%	0.2%	0.2%
08C421	2856	Interventions non mineures sur les tissus mous, niveau 1	-1.2%	-1.3%	0.7%	0.7%
08C431	2861	Interventions non mineures sur la main, niveau 1	-1.4%	-1.5%	0.5%	0.5%
08C471	2881	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1	-13.0%	-13.2%	1.1%	1.3%
08C472	2882	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 2	12.0%	11.7%	1.6%	1.4%
08C473	2883	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 3	18.1%	17.6%	1.7%	1.4%
08C481	2885	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 1	-0.9%	-0.9%	1.5%	1.5%
08C482	2886	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 2	13.4%	13.3%	2.2%	1.9%
08C483	2887	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 3	10.5%	9.5%	0.3%	0.3%
08C501	2893	Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	-4.3%	-5.8%	0.1%	0.1%
08C531	2905	Interventions sur le genou pour traumatismes, niveau 1	-3.8%	-4.3%	0.2%	0.2%
08C541	2909	Interventions sur le genou pour des affections autres que traumatiques, niveau 1	-7.9%	-8.4%	0.2%	0.2%
08K02J	3028	Affections de l'appareil musculosquelettique sans acte opératoire de la CMD 08, avec anesthésie, en ambulatoire	5.9%	6.0%	0.9%	0.9%
08M181	3077	Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif, niveau 1	-6.6%	-7.6%	0.1%	0.2%
08M18T	3168	Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif, très courte durée	-1.7%	-1.8%	0.0%	0.0%
08M271	3115	Sciaticques et autres radiculopathies, niveau 1	-2.7%	-2.7%	0.3%	0.3%
08M29T	3170	Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, très courte durée	-1.8%	-1.6%	0.1%	0.1%
09C031	3319	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites, niveau 1	2.7%	1.5%	0.5%	0.5%
09C032	3320	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites, niveau 2	12.0%	10.6%	0.3%	0.2%
09C091	3348	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique, niveau 1	10.7%	11.2%	0.1%	0.1%

09C111	3358	Reconstructions des seins, niveau 1	-5.6%	-5.7%	0.2%	0.2%
09C111	3362	Reconstructions des seins, niveau 1	6.9%	6.8%	0.2%	0.1%
09K02J	3514	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins sans acte opératoire de la CMD 09, avec anesthésie, en ambulatoire	6.9%	7.1%	0.8%	0.8%
09M03T	3524	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	-7.5%	-7.5%	0.4%	0.5%
10C051	3725	Interventions sur les parathyroïdes, niveau 1	4.6%	4.2%	0.0%	0.0%
10C091	3738	Gastroplasties pour obésité, niveau 1	-52.0%	-53.7%	0.1%	0.1%
10C122	3751	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 2	15.1%	15.4%	0.2%	0.2%
10M181	3967	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	-13.4%	-14.4%	0.0%	0.0%
10M182	3968	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	6.8%	6.7%	0.5%	0.4%
10M18T	3971	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	-0.8%	-0.4%	0.1%	0.1%
11C031	4116	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 1	-5.6%	-5.7%	0.5%	0.6%
11C051	4125	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 1	7.6%	6.8%	1.1%	1.1%
11C052	4126	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 2	6.1%	5.5%	1.7%	1.6%
11C053	4127	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 3	13.5%	13.4%	0.6%	0.5%
11C091	4144	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11, niveau 1	-6.8%	-7.9%	0.1%	0.2%
11K03Z	4278	Endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de la CMD 11 et de moins de 2 jours	9.4%	9.6%	0.1%	0.1%
11K04Z	4279	Séjours de la CMD 11 comprenant une endoscopie génito-urinaire thérapeutique sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours	-21.5%	-21.8%	0.0%	0.0%
11K06Z	4281	Séjours de la CMD 11 comprenant une endoscopie génito-urinaire diagnostique sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours	-25.7%	-25.6%	0.0%	0.0%
11K08J	4283	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire	0.6%	0.6%	0.0%	0.0%
11M021	4284	Lithiases urinaires, niveau 1	-9.0%	-8.9%	0.2%	0.2%
11M02T	4342	Lithiases urinaires, très courte durée	1.9%	1.9%	0.1%	0.1%
11M041	4293	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	-18.4%	-18.5%	1.0%	1.2%
11M04T	4297	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	-5.8%	-5.6%	0.1%	0.1%
11M101	4313	Rétrécissement urétral, niveau 1	-3.9%	-5.0%	0.1%	0.1%
11M121	4322	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	-4.7%	-5.2%	0.3%	0.4%

11M122	4323	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	0.4%	0.3%	0.6%	0.6%
11M123	4324	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	6.5%	6.2%	0.4%	0.4%
11M12T	4343	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	2.1%	1.9%	0.1%	0.1%
11M19T	4344	Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 11, très courte durée	10.8%	10.9%	0.3%	0.3%
12C031	4513	Interventions sur le pénis, niveau 1	2.7%	2.2%	0.5%	0.5%
12C041	4518	Prostatectomies transurétrales, niveau 1	1.4%	0.8%	0.5%	0.5%
12C041	4561	Prostatectomies transurétrales, niveau 1	-15.9%	-15.7%	0.0%	0.0%
12C042	4519	Prostatectomies transurétrales, niveau 2	0.9%	0.5%	0.7%	0.7%
12C043	4520	Prostatectomies transurétrales, niveau 3	8.9%	7.7%	0.6%	0.5%
12C071	4531	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	-6.3%	-6.5%	0.2%	0.2%
12C121	4553	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour affections non malignes, niveau 1	-3.4%	-3.4%	0.2%	0.2%
12C122	4554	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour affections non malignes, niveau 2	-1.0%	-1.2%	0.2%	0.2%
12M061	4773	Prostatites aiguës et orchites, niveau 1	-5.1%	-5.2%	0.3%	0.3%
13C032	4923	Hystérectomies, niveau 2	7.1%	7.3%	0.5%	0.5%
13C041	4926	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, niveau 1	53.1%	43.4%	0.5%	0.4%
13C042	4927	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, niveau 2	10.7%	10.5%	0.3%	0.2%
13C061	4934	Interruptions tubaires, niveau 1	0.4%	-0.6%	0.0%	0.0%
13C071	4939	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, niveau 1	-1.1%	-1.2%	2.3%	2.4%
13C072	4940	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, niveau 2	20.9%	20.5%	0.3%	0.2%
13C091	4949	Laparoscopies ou coéloscopies diagnostiques, niveau 1	-5.5%	-5.6%	0.2%	0.2%
13C101	4954	Ligatures tubaires par laparoscopie ou coéloscopie, niveau 1	-11.0%	-11.1%	0.0%	0.1%
13C151	4978	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes, niveau 1	1.5%	1.4%	0.3%	0.3%
13C171	4983	Cervicocystopexie, niveau 1	-32.2%	-32.4%	0.3%	0.6%
13K04Z	5207	Endoscopies génito-urinaires diagnostiques et anesthésie : séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours	3.8%	3.8%	0.1%	0.1%
13K06J	5209	Affections de l'appareil génital féminin sans acte opératoire de la CMD 13, avec anesthésie, en ambulatoire	3.0%	3.0%	0.1%	0.1%
13M04T	5219	Autres affections de l'appareil génital féminin, très courte durée	-4.2%	-4.2%	0.1%	0.1%

13M081	5232	Assistance médicale à la procréation, niveau 1	49.2%	46.5%	0.1%	0.1%
16M11T	6186	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	-0.5%	-0.5%	0.3%	0.3%
17K07J	6482	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire	-2.0%	-1.9%	0.1%	0.1%
21C021	7406	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures, niveau 1	0.3%	-2.3%	0.0%	0.0%
21C041	7415	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures, niveau 1	1.0%	0.3%	0.1%	0.1%
23C021	7901	Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé, niveau 1	7.1%	6.8%	0.1%	0.1%
23K02Z	7959	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	9.3%	9.4%	0.5%	0.5%
23K03J	7960	Motifs de recours de la CMD 23 sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire	6.9%	6.7%	0.6%	0.6%
23M101	7974	Soins de contrôle chirurgicaux, niveau 1	-1.0%	-1.3%	0.8%	0.8%
23M102	7975	Soins de contrôle chirurgicaux, niveau 2	16.4%	15.8%	0.3%	0.3%
23M15Z	7985	Actes non effectués en raison d'une contre-indication	-26.6%	-26.4%	0.0%	0.1%

Annexe 7 : Eléments chiffrés sur l'évolution des dotations MIGAC

Tableau 1 (source DGOS)

Evolution des dotations nationales en 2011

Les données sont en millions d'euros

	Base 2011	Objectif 2011 initial	Objectif 2011 final	Taux 2011 final	Rappel taux d'évolution 2009	Rappel taux d'évolution 2010
ODMCO	44 375,04	45 596,19	45 596,19	2,75%	3,16%	2,67%
MIGAC	8 043,90	8 293,64	8 293,64	3,10%	4,52%	2,83%
Total ODMCO-MIGAC	52 418,94	53 889,83	53 889,83	2,81%	3,37%	2,69%
Poids relatif de la dotation MIGAC dans "Total ODMCO-MIGAC"	15,35%	15,39%	15,39%			
ODAM	15 428,30	15 768,24	15 768,24	2,20%	2,64%	2,55%
OQN	2 365,09	2 444,31	2 444,31	3,35%	5,94%	3,63%
Total	70 212,34	72 102,38	72 102,38	2,69%	3,28%	2,69%
Poids relatif de la dotation MIGAC dans "Total"	11,46%	11,50%	11,50%			

Tableau 1A (source DGOS)

Evolution des dotations nationales en 2012

Les données sont en millions d'euros

	Base 2012	Objectif 2012	Taux 2012
ODMCO	45 621,78	46 792,90	2,57%
MIGAC	8 278,20	8 563,20	3,44%
Total ODMCO-MIGAC	53 899,98	55 356,10	2,70%
Poids relatif de la dotation MIGAC dans "Total ODMCO-MIGAC"	15,36%	15,47%	
ODAM	15 723,80	16 104,40	2,42%
OQN	2 465,50	2 548,30	3,36%
Total	72 089,28	74 008,80	2,66%
Poids relatif de la dotation MIGAC dans "Total"	11,48%	11,57%	

EVOLUTION CAMPAGNE 2011/CAMPAGNE 2010 DES DOTATIONS MIGAC DELEGUEES AUX ARS

Tableau 2 (source DGOS)

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Dotations finales MIGAC 2010	Base MIGAC 2011	Mesures nouvelles circulaire 30/03/2011	Dotation régionale MIGAC 2011 après 1ère circulaire	Mesures nouvelles circulaire 09/11/2011	Dotations régionales MIGAC 2011 après 2ème circulaire	Mesures nouvelles circulaire 19/12/2011	Dotations régionales MIGAC 2011 après 3ème circulaire	Mesures nouvelles circulaire 23/12/2011	Dotations régionales MIGAC au 31/12/2011	Variation 2011/2010 (en %)	Variation 2011/2010 (en valeur absolue)	Variation campagne 2011 / base 2011 (en %)	Variation campagne 2011 / base 2011 (valeur absolue)
Alsace	224 664,53	100 768,23	111 975,21	212 743,44	4 506,17	217 249,61	2 212,39	219 462,01	2 049,51	221 511,52	-1,4%	-3 153,01	119,8%	120 743,29
Aquitaine	336 804,77	160 972,10	166 654,81	327 626,91	2 816,35	330 443,26	12 579,75	343 023,01	4 464,01	347 487,02	3,2%	10 682,25	115,9%	186 514,92
Auvergne	168 799,92	78 931,58	72 843,76	151 775,34	8 683,43	160 458,77	13 520,66	173 979,44	1 981,57	175 961,00	4,2%	7 161,08	122,9%	97 029,42
Bourgogne	180 294,56	91 777,09	78 452,08	170 229,17	4 651,34	174 880,52	11 293,55	186 174,07	3 612,36	189 786,43	5,3%	9 491,87	106,8%	98 009,34
Bretagne	316 093,72	151 667,11	152 832,16	304 499,28	5 176,44	309 675,72	2 282,65	311 958,37	4 989,28	316 947,65	0,3%	853,92	109,0%	165 280,53
Centre	247 656,29	147 124,14	91 670,55	238 794,69	4 905,07	243 699,75	4 547,95	248 247,70	3 157,42	251 405,12	1,5%	3 748,83	70,9%	104 280,98
Champagne-Ardenne	177 904,69	95 840,27	65 168,21	161 008,48	6 643,03	167 651,50	5 762,13	173 413,64	3 459,06	176 872,69	-0,6%	-1 031,99	84,5%	81 032,42
Corse	41 484,94	24 516,91	4 138,00	28 654,91	11 332,24	39 987,14	10 257,23	50 244,37	879,82	51 124,20	23,2%	9 639,26	108,5%	26 607,29
Franche-Comté	133 424,27	65 456,73	55 065,20	120 521,92	8 707,55	129 229,48	8 808,98	138 038,46	2 255,63	140 294,09	5,1%	6 869,83	114,3%	74 837,37
Ile-de-France (dont AP-HP)	1 959 853,18	739 032,33	1 084 947,96	1 823 980,29	41 264,37	1 865 244,66	51 014,30	1 916 258,96	36 575,87	1 952 834,83	-0,4%	-7 018,36	164,2%	1 213 802,50
Languedoc-Roussillon	271 021,29	114 909,79	150 258,64	265 168,43	4 113,11	269 281,54	7 264,40	276 545,95	2 115,96	278 661,91	2,8%	7 640,62	142,5%	163 752,12
Limousin	105 711,23	52 424,81	49 531,52	101 956,34	1 662,70	103 619,04	582,81	104 201,85	2 335,57	106 537,42	0,8%	826,19	103,2%	54 112,61
Lorraine	279 284,57	141 252,94	120 848,32	262 101,26	4 083,85	266 185,11	10 564,44	276 749,55	10 325,34	287 074,88	2,8%	7 790,31	103,2%	145 821,94
Midi-Pyrénées	343 140,09	190 179,72	142 308,65	332 488,37	2 850,80	335 339,16	5 795,94	341 135,11	2 879,76	344 014,87	0,3%	874,78	80,9%	153 835,15
Nord-Pas-de-Calais	446 283,32	205 783,28	228 558,85	434 342,13	13 883,56	448 225,70	24 446,85	472 672,55	3 895,37	476 567,92	6,8%	30 284,60	131,6%	270 784,64
Basse-Normandie	170 381,97	89 016,76	74 338,83	163 355,59	3 826,33	167 181,92	2 251,24	169 433,16	2 651,92	172 085,09	1,0%	1 703,12	93,3%	83 068,33
Haute-Normandie	202 891,95	106 399,54	83 479,47	189 879,00	5 013,12	194 892,13	5 489,74	200 381,87	3 374,02	203 755,89	0,4%	863,95	91,5%	97 356,35
Pays-de-la-Loire	316 493,26	137 165,73	179 056,85	316 222,58	7 209,34	323 431,92	6 856,20	330 288,12	13 964,61	344 252,73	8,8%	27 759,47	151,0%	207 087,00
Picardie	201 234,80	112 826,61	70 834,05	183 660,67	5 724,74	189 385,40	4 555,65	193 941,06	4 076,00	198 017,06	-1,6%	-3 217,74	75,5%	85 190,44
Poitou-Charentes	166 623,87	97 884,56	61 976,87	159 861,43	4 344,06	164 205,49	1 598,77	165 804,26	3 239,08	169 043,34	1,5%	2 419,47	72,7%	71 158,79
Provence-Alpes-Côte d'Azur	581 782,31	264 992,27	285 881,01	550 873,27	10 142,21	561 015,48	23 231,44	584 246,92	11 605,65	595 852,58	2,4%	14 070,27	124,9%	330 860,31
Rhône-Alpes	735 223,49	343 072,78	335 908,17	678 980,96	19 424,18	698 405,13	18 941,65	717 346,78	6 564,21	723 910,99	-1,5%	-11 312,50	111,0%	380 838,21
France métropolitaine	7 607 053,01	3 511 995,28	3 666 729,17	7 178 724,46	180 963,99	7 359 688,44	233 858,76	7 593 547,20	130 452,03	7 723 999,23	1,5%	116 946,22	119,9%	4 212 003,95
Guadeloupe	73 283,65	38 687,56	18 163,84	56 851,39	1 935,12	58 786,51	29 220,12	88 006,64	4 665,94	92 672,57	26,5%	19 388,92	139,5%	53 985,02
Guyane	61 187,86	42 576,23	8 970,22	51 546,45	1 804,57	53 351,02	2 561,00	55 912,02	1 344,25	57 256,27	-6,4%	-3 931,59	34,5%	14 680,04
Martinique	84 678,99	39 781,31	22 389,10	62 170,40	4 377,35	66 547,75	11 746,66	78 294,41	3 924,57	82 218,98	-2,9%	-2 460,01	106,7%	42 437,67
Réunion	112 805,82	64 568,52	41 253,19	105 821,70	4 166,61	109 988,31	2 234,74	112 223,05	1 854,47	114 077,52	1,1%	1 271,70	76,7%	49 509,01
DOM	331 956,32	185 613,61	90 776,34	276 389,95	12 283,64	288 673,59	45 762,52	334 436,11	11 789,23	346 225,34	4,3%	14 269,02	86,5%	160 611,74
France entière	7 939 009,33	3 697 608,89	3 757 505,52	7 455 114,40	193 247,63	7 648 362,03	279 621,28	7 927 983,31	142 241,26	8 070 224,58	1,7%	131 215,24	118,3%	4 372 615,69
Service de santé des armées	47 111,07	2 298,48	30 277,79	32 576,27	1 421,91	33 998,18	1 088,50	35 086,67		35 086,67	-25,5%	-12 024,39	1426,5%	32 788,19
Total général	7 986 120,40	3 699 907,37	3 787 783,31	7 487 690,68	194 669,54	7 682 360,21	280 709,78	7 963 069,99	142 241,26	8 105 311,25	1,5%	119 190,85	119,1%	4 405 403,88

Analyse du respect par les ARS de la dotation MIGAC 2011

Tableau 3 A (source DGOS)

Les données sont en millions d'euros

	Objectifs 2011 initiaux	Objectifs 2011 finaux	Délégations aux ARS	Réalisations 2011	Taux réalisation/objectifs initiaux en %	Ecart réalisations/objectifs initiaux en valeur absolue	taux réalisation/délégations en %	Ecart réalisations/délégations aux ARS en valeur absolue
MIGAC total	8 293,64	8 293,64	8 105,31	8 120,31	97,91%	-173,33	100,19%	15,00

Détail des dotations MIGAC 2011 par région et catégorie d'établissement

Réalisations régionales 2011

Tableau 3B (source DGOS)

Les données sont en milliers d'euros

Régions	Dotations finales MIGAC déléguées aux ARSen 2011	Total délégations régionales aux établissements en crédits MIGAC	Ecart en valeur absolue délégations régionales aux établissements/ délégations nationales aux ARH	Taux de délégation des dotations régionales aux établissements
Alsace	221,51	221,56	0,05	100,0%
Aquitaine	347,49	350,63	3,14	100,9%
Auvergne	175,96	181,50	5,54	103,1%
Bourgogne	189,79	189,29	-0,50	99,7%
Bretagne	316,95	319,47	2,52	100,8%
Centre	251,41	251,53	0,12	100,0%
Champagne-Ardenne	176,87	176,88	0,01	100,0%
Corse	51,12	50,76	-0,36	99,3%
Franche-Comté	140,29	140,29	0,00	100,0%
Ile-de-France (dont AP-HP)	1 952,83	1 951,70	-1,13	99,9%
Languedoc-Roussillon	278,66	278,29	-0,37	99,9%
Limousin	106,54	106,37	-0,17	99,8%
Lorraine	287,07	287,07	0,00	100,0%
Midi-Pyrénées	344,01	343,97	-0,04	100,0%
Nord-Pas-de-Calais	476,57	476,85	0,28	100,1%
Basse-Normandie	172,09	171,43	-0,66	99,6%
Haute-Normandie	203,76	203,76	0,00	100,0%
Pays-de-la-Loire	344,25	348,35	4,10	101,2%
Picardie	198,02	197,83	-0,19	99,9%
Poitou-Charentes	169,04	169,56	0,52	100,3%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	595,85	595,86	0,01	100,0%
Rhône-Alpes	723,91	723,91	0,00	100,0%
France métropolitaine	7 724,00	7 736,86	12,86	100,2%
Guadeloupe	92,67	96,58	3,91	104,2%
Guyane	57,26	57,27	0,01	100,0%
Martinique	82,22	82,16	-0,06	99,9%
Réunion	114,08	112,35	-1,73	98,5%
DOM	346,23	348,36	2,13	100,6%
France entière	8 070,22	8 085,22	15,00	100,2%
Service de santé des armées	35,09	35,09	0,00	100,0%
Total général	8 105,31	8 120,31	15,00	100,2%

EVOLUTION DU POIDS RELATIF DES DOTATIONS REGIONALES MIGAC EN 2011

Tableau 4 (source
DGOS)

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Base circulaire du 30/03/2011	Poids relatif en début de campagne 2011	Dotations fin de campagne 2011	Poids relatif en fin de campagne 2011	Evolution entre début et fin de campagne (en points)	Rappel poids relatif en début de campagne 2010	Rappel poids relatif en fin de campagne 2010
Alsace	100 768,23	2,72%	221 511,52	2,73%	0,01	2,79%	2,81%
Aquitaine	160 972,10	4,35%	347 487,02	4,29%	-0,06	4,07%	4,22%
Auvergne	78 931,58	2,13%	175 961,00	2,17%	0,04	2,10%	2,11%
Bourgogne	91 777,09	2,48%	189 786,43	2,34%	-0,14	2,14%	2,26%
Bretagne	151 667,11	4,10%	316 947,65	3,91%	-0,19	3,88%	3,96%
Centre	147 124,14	3,98%	251 405,12	3,10%	-0,87	3,20%	3,10%
Champagne-Ardenne	95 840,27	2,59%	176 872,69	2,18%	-0,41	2,18%	2,23%
Corse	24 516,91	0,66%	51 124,20	0,63%	-0,03	0,43%	0,52%
Franche-Comté	65 456,73	1,77%	140 294,09	1,73%	-0,04	1,58%	1,67%
Ile-de-France (hors AP-HP)	739 032,33	19,97%	1 952 834,83	24,09%	4,12	25,53%	24,54%
Languedoc-Roussillon	114 909,79	3,11%	278 661,91	3,44%	0,33	3,26%	3,39%
Limousin	52 424,81	1,42%	106 537,42	1,31%	-0,10	1,37%	1,32%
Lorraine	141 252,94	3,82%	287 074,88	3,54%	-0,28	3,52%	3,50%
Midi-Pyrénées	190 179,72	5,14%	344 014,87	4,24%	-0,90	4,48%	4,30%
Nord-Pas-de-Calais	205 783,28	5,56%	476 567,92	5,88%	0,32	5,22%	5,59%
Basse-Normandie	89 016,76	2,41%	172 085,09	2,12%	-0,28	2,18%	2,13%
Haute-Normandie	106 399,54	2,88%	203 755,89	2,51%	-0,36	2,53%	2,54%
Pays-de-la-Loire	137 165,73	3,71%	344 252,73	4,25%	0,54	3,65%	3,96%
Picardie	112 826,61	3,05%	198 017,06	2,44%	-0,61	2,51%	2,52%
Poitou-Charentes	97 884,56	2,65%	169 043,34	2,09%	-0,56	2,05%	2,09%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	264 992,27	7,16%	595 852,58	7,35%	0,19	7,32%	7,28%
Rhône-Alpes	343 072,78	9,27%	723 910,99	8,93%	-0,34	9,49%	9,21%
France métropolitaine	3 511 995,28	94,92%	7 723 999,23	95,30%	0,37	95,50%	95,25%
Guadeloupe	38 687,56	1,05%	92 672,57	1,14%	0,10	0,93%	0,92%
Guyane	42 576,23	1,15%	57 256,27	0,71%	-0,44	0,77%	0,77%
Martinique	39 781,31	1,08%	82 218,98	1,01%	-0,06	0,90%	1,06%
Réunion	64 568,52	1,75%	114 077,52	1,41%	-0,34	1,41%	1,41%
DOM	185 613,61	5,02%	346 225,34	4,27%	-0,75	4,01%	4,16%
France entière	3 697 608,89	99,94%	8 070 224,58	99,57%	-0,37	99,50%	99,41%
Service de santé des armées	2 298,48	0,06%	35 086,67	0,43%	0,37	0,50%	0,59%
Total général	3 699 907,37	100,00%	8 105 311,25	100,00%	0,00	100,00%	100,00%

Détail des dotations MIGAC 2011 par région et catégorie d'établissement

MIGAC : Recherche médicale et innovation

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Actions de recherche faisant l'objet d'un contrat entre les établissements publics à caractère scientifique et les établissements de santé	Centres de recherche clinique	Centres de ressources biologiques	Centres d'investigation clinique, notamment les centres d'épidémiologie clinique, les centres de biothérapie et les centres d'investigation technologique	Délégation à la recherche clinique et à l'innovation	Délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC)	Emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins prévu dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer
Alsace	161 000		286 564	500 000	1 243 578		466 742
Aquitaine	322 000	500 000	756 625	1 500 000	3 250 439	2 300 000	425 162
Auvergne	23 000		304 196	500 000	2 127 290		1 071 180
Basse-Normandie	69 000	500 000	865 787		1 423 049		184 276
Bourgogne	92 000	500 000	466 231	1 000 000	1 070 592	2 300 000	344 358
Bretagne	161 000	488 006	1 013 306	1 500 000	2 468 108		
Centre	46 000		382 013	1 000 000	1 482 862		227 566
Champagne-Ardenne	23 000	500 000	422 908		410 184		270 125
Franche-Comté	23 000		239 256	1 000 000	1 145 885		105 997
Guadeloupe				166 666			
Guyane				166 668			
Haute-Normandie	46 000		497 297	500 000	1 661 586		
Ile-de-France	3 818 000	4 100 000	8 019 708	9 500 000	24 111 382	2 300 000	1 036 833
Languedoc-Roussillon	322 000	500 000	277 646	500 000	3 018 748		543 535
Limousin		258 000	311 209	500 000	1 080 392		135 850
Lorraine	138 000	1 000 000	886 718	1 500 000	1 078 843		296 299
Martinique			57 844	166 666			
Midi-Pyrénées	460 000		461 220	1 000 000	3 062 226		562 016
Nord-Pas-de-Calais	184 000	500 000	460 269	1 000 000	3 978 124	1 800 000	
Réunion			34 745	500 000			290 414
Pays de la Loire	368 000	2 380 000	3 031 250	1 000 000	4 241 581	2 300 000	1 037 177
Picardie	23 000		715 331		936 610		151 765
Poitou-Charentes			99 249	500 000	742 370		10 531
Provence-Alpes-Côte d'Azur	690 000	1 400 000	1 740 563	1 000 000	4 166 260	1 800 000	277 392
Rhône-Alpes	1 242 000	2 251 100	1 031 744	2 000 000	7 509 982	1 800 000	994 259
Total général	8 211 000	14 877 106	22 361 679	27 000 000	70 210 091	14 600 000	8 431 477

Région	Financement des activités de recours exceptionnel	Part fixe des MERRI	Part modulable des MERRI	PHRC cancer	PHRC inter-régional	PHRC national (hors cancérologie et programmes inter-régionaux)
Alsace	1 137 777	20 865 256	30 323 402	321 000	365 678	925 000
Aquitaine	1 223 174	23 965 832	46 629 711	889 000	596 750	1 475 000
Auvergne	329 095	13 391 421	19 531 470	64 000	337 000	294 000
Basse-Normandie	380 270	12 125 418	16 849 570	496 000	524 000	552 000
Bourgogne	391 810	11 973 728	18 179 129	1 308 000	516 087	760 000
Bretagne	662 625	23 281 280	34 097 571	50 000	487 000	2 149 000
Centre	935 031	17 887 420	19 220 527	789 000	252 000	849 000
Champagne-Ardenne	200 935	11 034 411	13 934 628	63 000	101 577	264 000
Franche-Comté	455 314	8 646 341	13 168 509	350 800	274 945	470 000
Guadeloupe	11 009	3 536 103	1 216 406		117 250	
Guyane	60 659					
Haute-Normandie	458 312	16 327 010	18 576 789	942 000	320 000	892 000
Ile-de-France	14 837 865	183 474 978	353 622 279	9 016 000	4 321 000	19 263 000
Languedoc-Roussillon	1 340 984	28 875 926	39 998 352	222 000	982 000	1 206 500
Limousin	285 315	10 091 402	11 932 393	80 000	341 500	247 000
Lorraine	652 962	23 609 282	25 730 444	875 000	532 000	625 000
Martinique	143 645	3 774 015	1 014 821		82 751	99 000
Midi-Pyrénées	886 073	25 826 234	35 794 874	606 000	549 500	1 421 000
Nord-Pas-de-Calais	1 708 395	32 613 366	49 256 024	1 314 000	481 250	1 862 000
Réunion	251 068	6 761 147	3 159 356		144 500	129 000
Pays de la Loire	1 453 380	28 654 237	44 822 341	2 124 000	938 000	2 068 000
Picardie	589 423	13 401 611	13 305 732		270 000	315 000
Poitou-Charentes	202 666	9 079 181	11 553 994	186 000	238 000	195 000
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 872 464	49 962 687	71 194 986	1 578 000	930 000	2 014 000
Rhône-Alpes	3 465 030	65 366 161	97 759 179	1 392 000	1 469 450	5 556 000
Total général	34 935 283	644 524 446	990 872 489	22 665 800	15 172 238	43 630 500

Région	PHRIP (Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale)	PREQHOS (Programme de recherche en qualité hospitalière)	Programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC) cancer	Programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC) hors cancerologie	PRT (Programme de recherche translationnelle) hors cancerologie	PRT Cancer	Soutien exceptionnel à l'enseignement, la recherche, la référence et à l'innovation	Unité d'évaluation médico-économique	Total général 2011
Alsace	24 000				46 000			300 000	56 965 998
Aquitaine	82 000	74 500		900 000				300 000	85 190 191
Auvergne							7 763	250 000	38 230 416
Basse-Normandie							569 850	200 000	34 739 220
Bourgogne					47 000			200 000	39 148 935
Bretagne	4 600	104 000		830 000	33 000			450 000	67 779 496
Centre				300 143			46 810	200 000	43 618 372
Champagne-Ardenne								200 000	27 424 767
Franche-Comté					100 000		11 646	200 000	26 191 692
Guadeloupe							300 000	200 000	5 547 435
Guyane									227 327
Haute-Normandie		29 000						200 000	40 449 995
Ile-de-France	328 900	525 500	490 750	493 653	300 000	319 000	2 095 045	700 000	642 673 893
Languedoc-Roussillon	50 500		47 250	500 000	50 000	160 000		500 000	79 095 441
Limousin	41 500							200 000	25 504 561
Lorraine				341 451	50 000			250 000	57 565 999
Martinique		44 000					300 000	200 000	5 882 742
Midi-Pyrénées	15 400	38 000		372 246	50 000	68 000		50 000	71 522 789
Nord-Pas-de-Calais	19 200			146 732				300 000	99 093 388
Réunion							300 000	200 000	11 770 230
Pays de la Loire	57 000	26 000	230 000	1 131 400	100 000			450 000	96 412 367
Picardie							197 232	200 000	30 105 705
Poitou-Charentes				478 790				200 000	23 485 782
Provence-Alpes-Côte d'Azur	53 300	45 000			50 000	274 000		650 000	140 698 651
Rhône-Alpes	81 700	481 500	1 232 000	900 000	200 000	105 000	3 000 000	850 000	198 687 106
Total général	758 100	1 367 500	2 000 000	6 394 415	1 026 000	926 000	10 348 374	7 700 000	1 948 012 499

MIGAC : Recherche médicale et innovation

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Actions de recherche faisant l'objet d'un contrat entre les établissements publics à caractère scientifique et les établissements de santé	Centres de recherche clinique	Centres de ressources biologiques	Centres d'investigation clinique, notamment les centres d'épidémiologie clinique, les centres de biothérapie et les centres d'investigation technologique	Délégation à la recherche clinique et à l'innovation	Délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC)	Emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins prévu dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer
AP-HP	3 266 000	1 600 000	6 106 401	8 500 000	20 068 083	2 300 000	911 300
Centre de Lutte Contre le Cancer	828 000	4 500 000	4 751 210	1 000 000	8 495 567		2 398 064
CH	92 000	2 500 000	719 322	1 166 668	664 466		718 278
CHR-CHU	3 956 000	5 277 106	9 686 187	16 333 332	40 381 627	12 300 000	4 125 794
Clinique							192 495
EBNL	69 000	1 000 000	1 061 016		600 349		85 546
Service de Santé des Armées			37 542				
Total général	8 211 000	14 877 106	22 361 679	27 000 000	70 210 091	14 600 000	8 431 477

Catégorie d'établissement	Financement des activités de recours exceptionnel	Part fixe des MERRI	Part modulable des MERRI	PHRC cancer	PHRC inter-régional	PHRC national (hors cancérologie et programmes inter-régionaux)
AP-HP	10 030 481	125 694 960	276 263 933	4 014 000	4 321 000	18 132 000
Centre de Lutte Contre le Cancer	3 623 271	45 159 597	83 232 928	10 216 000	23 000	
CH	1 514 744	30 313 084	24 532 764		144 500	900 000
CHR-CHU	15 609 517	407 690 207	579 279 061	8 327 800	10 683 738	23 971 500
Clinique	1 608 310			33 000		
EBNL	2 496 016	24 099 224	20 954 919	75 000		627 000
Service de Santé des Armées	52 945	11 567 374	6 608 884			
Total général	34 935 283	644 524 446	990 872 489	22 665 800	15 172 238	43 630 500

Catégorie d'établissement	PHRIP (Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale)	PREQHOS (Programme de recherche en qualité hospitalière)	Programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC) cancer	Programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC) hors cancerologie	PRT (Programme de recherche translationnelle) hors cancérologie	PRT Cancer	Soutien exceptionnel à l'enseignement, la recherche, la référence et à l'innovation	Unité d'évaluation médico-économique	Total général 2011
AP-HP	253 900	500 500	260 000	493 653	250 000	40 000	350 000	700 000	484 056 211
Centre de Lutte Contre le Cancer	14 000		230 750		50 000	621 000	757 442		165 900 828
CH	48 600	74 500					1 374 505	200 000	64 963 430
CHR-CHU	424 600	767 500	1 509 250	5 228 373	726 000	265 000	4 703 367	6 800 000	1 158 045 959
Clinique				372 246					2 206 051
EBNL	17 000	25 000		300 143			3 163 060		54 573 274
Service de Santé des Armées									18 266 745
Total général	758 100	1 367 500	2 000 000	6 394 415	1 026 000	926 000	10 348 374	7 700 000	1 948 012 499

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Centres de diagnostic préimplantatoire	Centres de référence d'implantation cochléaire	Centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	Centres de référence pour les infections ostéo-articulaires	Centres de référence sur la mort subite du nourrisson	Centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique	Centres de référence sur l'hémophilie	Centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose
Alsace	750 310	191 747	1 420 482					410 060
Aquitaine		506 299	1 811 384		76 003	449 461	327 019	481 604
Auvergne			1 445 172		26 130	131 756		
Basse-Normandie					142 590			501 203
Bourgogne		105 375	230 000		91 320	196 702		482 462
Bretagne			1 693 623	147 500	190 863		276 095	1 567 325
Centre		264 684		147 500				235 732
Champagne-Ardenne		151 245	519 274	147 500	27 728		217 793	217 141
Franche-Comté		170 000			36 443	19 690	227 236	370 000
Guadeloupe			1 456 563					
Guyane								
Haute-Normandie		143 997	576 851		143 263		235 570	623 599
Ile-de-France	871 250	3 594 713	78 314 108	295 000	409 844		268 809	756 235
Languedoc-Roussillon	1 111 250	377 199	1 273 686		248 251	690 121	196 564	642 460
Limousin			595 266		51 375	194 453	79 437	206 105
Lorraine			612 976		111 092	190 000	390 000	1 000 000
Martinique		196 984	1 057 584					
Midi-Pyrénées		1 044 232	2 431 625	147 500	52 062	874 436	331 952	1 864 702
Nord-Pas-de-Calais		768 855	3 352 789	147 500	247 277	261 354	427 574	1 295 374
Réunion			878 761		12 197		16	493 545
Pays de la Loire		317 046	2 509 340		6 823		20 528	680 000
Picardie					165 656		130 911	243 566
Poitou-Charentes		280 515	12 000					315 133
Provence-Alpes-Côte d'Azur			5 739 798	147 500	24 958			
Rhône-Alpes		741 484	7 341 470	147 500	26 032	18 611	122 201	610 193
Total général	2 732 810	8 854 375	113 272 752	1 327 500	2 089 908	3 026 584	3 251 705	12 996 439

Région	Centres de ressources sur les maladies professionnelles	Centres mémoires de ressources et de recherche	Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L.1413-4 CSP	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal	Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH)	Pôles de référence hépatite C	Total général 2011
Alsace		817 080		406 495	119 681	437 814		4 553 669
Aquitaine	431 390	358 560		819 153	204 144	737 764		6 202 771
Auvergne	331 656	349 008		236 791	475 144	217 533		3 213 190
Basse-Normandie	388 522	388 831		248 040	275 401	444 223		2 388 810
Bourgogne	146 839	732 928		324 740	200 104	343 492		2 853 962
Bretagne	293 890	275 216		658 393	114 755	880 357		6 098 017
Centre	203 859	241 856	503 691	534 325	326 347	536 056		2 994 051
Champagne-Ardenne	185 931	478 553	71 912	221 826	325 681	47 309	192 585	2 804 478
Franche-Comté	111 365	414 007		410 259	172 118	226 282	54 956	2 212 356
Guadeloupe				117 998		667 975		2 242 536
Guyane				88 010		1 068 626		1 156 636
Haute-Normandie	290 838	380 000	62 252	379 980	217 468	546 635		3 600 453
Ile-de-France	1 680 198	1 080 015	8 207 527	3 079 568	2 846 643	4 730 362		106 134 273
Languedoc-Roussillon	125 721	391 306	271 686	651 603	365 563	726 235	126 340	7 197 985
Limousin	16 189	401 388		163 908	160 106		524 188	2 392 415
Lorraine	420 000	409 999		455 490	380 000	395 949	500 000	4 865 506
Martinique				112 615		840 467	352 045	2 559 695
Midi-Pyrénées	597 910	539 854	28 662	529 784	912 122	761 721	319 785	10 436 348
Nord-Pas-de-Calais	1 176 179	1 353 676		985 561	395 904	597 048	351 072	11 360 163
Réunion				468 955		270 797		2 124 270
Pays de la Loire	367 475	389 001		797 794	136 028	750 401		5 974 436
Picardie	51 978	602 974		375 229	258 444	257 547		2 086 305
Poitou-Charentes		265 672		307 883				1 181 203
Provence-Alpes-Côte d'Azur	433 672	1 314 737		1 530 358	528 246	2 011 180		11 730 449
Rhône-Alpes	373 385	1 150 261	561 000	1 368 774	1 166 377	1 127 824		14 755 112
Total général	7 626 986	12 334 922	9 706 731	15 273 532	9 580 275	18 623 597	2 420 971	223 119 088

MIGAC : Missions de recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et activités hautement spécialisées
 Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Centres de diagnostic préimplantatoire	Centres de référence d'implantation cochléaire	Centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	Centres de référence pour les infections ostéo-articulaires	Centres de référence sur la mort subite du nourrisson	Centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique	Centres de référence sur l'hémophilie	Centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose
AP-HP	871 250	3 594 713	75 864 505	147 500	409 844			
Centre de Lutte Contre le Cancer			1 709 480					
CH		196 984	1 700 357		123 289		349 619	2 412 732
CHR-CHU	1 861 560	5 062 678	32 921 609	1 032 500	1 556 775	3 026 584	2 902 086	10 444 754
EBNL			1 076 801	147 500				138 953
Total général	2 732 810	8 854 375	113 272 752	1 327 500	2 089 908	3 026 584	3 251 705	12 996 439

Catégorie d'établissement	Centres de ressources sur les maladies professionnelles	Centres mémoires de ressources et de recherche	Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L.1413-4 CSP	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal	Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH)	Pôles de référence hépatite C	Total général 2011
AP-HP	1 275 133	1 080 015	8 207 527	2 052 869	2 846 643	4 730 362		101 080 362
Centre de Lutte Contre le Cancer		40 782						1 750 242
CH	709 329	195 129		3 165 067	148 289	1 953 621		10 954 415
CHR-CHU	5 642 524	11 019 017	1 499 204	9 725 149	6 585 343	11 939 614	2 420 971	107 640 368
EBNL				330 447				1 693 702
Total général	7 626 986	12 334 922	9 706 731	15 273 532	9 580 275	18 623 597	2 420 971	223 119 088

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Actes dentaires, actes de biologie et actes d'anatomocytologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L.162-1-7 CSS	Centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle	Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	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 : ATU nationales	Médicaments bénéficiant d'une ATU en application des dispositions de l'article L.5121-12 CSP : ATU régionales	Organes artificiels	Total général 2011
Alsace	8 131 103			1 385 837	1 012 418	1 461 849		11 991 208
Aquitaine	7 928 646			3 628 927	2 737 100	1 401 271	716 626	16 412 570
Auvergne	3 429 382			3 367 105	96 485	273 838		7 166 810
Basse-Normandie	3 572 276			1 871 891	176 220	630 982	1 594 746	7 846 115
Bourgogne	2 375 387			1 396 691	2 200 516	530 156	243 543	6 746 293
Bretagne	9 822 685			7 156 587	1 820 424	1 535 553	1 177 384	21 512 633
Centre	3 285 112			1 154 386	2 343 460	1 094 936		7 877 894
Champagne-Ardenne	4 002 315		133 312	1 713 340	1 090 530	262 072		7 201 568
Franche-Comté	2 590 940			224 000	409 200	376 029		3 600 169
Guadeloupe				142	4 725	18 000		22 867
Guyane	849 315					6 600		855 915
Haute-Normandie	2 744 703			3 284 248	1 635 298	625 556	281 500	8 571 304
Ile-de-France	102 820 805			36 850 180	17 915 239	24 281 427		181 867 651
Languedoc-Roussillon	3 516 042		453 696	6 459 688	1 804 682	1 215 001		13 449 089
Limousin	3 526 145		47 846	1 215 345	337 790	1 128 180		6 255 306
Lorraine	6 540 682		624 000	3 764 948	1 552 948	1 266 844		13 749 422
Martinique	8 386			111 092		441 205		560 683
Midi-Pyrénées	8 142 386			1 606 514	506 002	531 407	311 684	11 097 993
Nord-Pas-de-Calais	10 708 699			9 939 332	4 200 753	1 989 162	391 546	27 229 492
Réunion	1 513 347			1 486 249	53 592	249 739		3 302 927
Pays de la Loire	7 643 396			4 348 596	3 217 136	1 694 871		16 903 999
Picardie	2 761 595			929 221	1 718 549	237 393		5 646 758
Poitou-Charentes	4 401 354	219 610		1 274 865	1 301 679	774 643		7 972 151
Provence-Alpes-Côte d'Azur	26 009 671			5 566 711	5 066 450	1 741 646	4 820 835	43 205 312
Rhône-Alpes	12 785 269	184 300	2 016 097	10 518 646	5 183 795	88 333	985 995	31 762 435
Total général	239 109 642	403 910	3 274 951	109 254 521	56 384 991	43 856 693	10 523 859	462 808 566

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

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Actes dentaires, actes de biologie et actes d'anatomocytologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L.162-17 CSS	Centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle	Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	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 : ATU nationales	Médicaments bénéficiant d'une ATU en application des dispositions de l'article L.5121-12 CSP : ATU régionales	Organes artificiels	Total général 2011
AP-HP	82 545 666			29 864 249	14 501 935	22 015 182		148 927 032
Centre de Lutte Contre le Cancer	17 933 484		179 830	16 108 178		4 531 118		38 752 610
CH	18 343 635		9 209	3 957 848	13 232 080	3 774 284		39 317 057
CHR-CHU	109 582 036	403 910	3 085 912	57 409 607	25 464 472	11 537 648	10 438 465	217 922 049
Clinique	56 671					676 947		733 618
EBNL	6 318 222			1 914 638	1 115 400	904 197	85 394	10 337 852
Service de Santé des Armées	4 329 928				2 071 104	417 317		6 818 349
Total général	239 109 642	403 910	3 274 951	109 254 521	56 384 991	43 856 693	10 523 859	462 808 566

MIGAC : Missions d'enseignement et formation des personnels médicaux et paramédicaux

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Actions de téléenseignement et de téléformation	Financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie	Stages de résidents de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	Total général 2011
Alsace		8 618 557	257 452	8 876 009
Aquitaine		14 880 411	206 586	15 086 997
Auvergne		7 183 009	172 539	7 355 548
Basse-Normandie	7 000	7 656 000	109 426	7 772 426
Bourgogne		8 358 480	83 054	8 441 534
Bretagne		15 800 312	336 412	16 136 724
Centre		8 313 399	172 739	8 486 138
Champagne-Ardenne		8 474 961	63 684	8 538 645
Franche-Comté		7 327 764	35 689	7 363 453
Guadeloupe		2 000 101		2 000 101
Guyane		779 320		779 320
Haute-Normandie		9 972 883	103 000	10 075 883
Ile-de-France		51 472 099	988 030	52 460 129
Languedoc-Roussillon		9 035 758	380 837	9 416 595
Limousin		4 315 845	34 000	4 349 845
Lorraine		11 812 735	156 376	11 969 111
Martinique		2 574 343		2 574 343
Midi-Pyrénées	34 695	13 629 017	122 275	13 785 987
Nord-Pas-de-Calais	513 677	23 588 262	203 000	24 304 939
Réunion		3 592 900		3 592 900
Pays de la Loire		18 081 724	344 000	18 425 724
Picardie		9 673 340	33 416	9 706 756
Poitou-Charentes		8 118 425	91 996	8 210 421
Provence-Alpes-Côte d'Azur		21 366 222	290 588	21 656 810
Rhône-Alpes		29 701 550	298 260	29 999 810
Total général	555 372	306 327 417	4 483 360	311 366 149

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

Catégorie d'établissement	Actions de téléenseignement et de téléformation	Financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie	Stages de résidents de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	Total général 2011
AP-HP		31 008 099	433 287	31 441 386
Centre de Lutte Contre le Cancer		5 947 866	2 858 421	8 806 287
CH		105 357 907	220 313	105 578 220
CHR-CHU	548 372	155 146 996	837 019	156 532 386
Clinique	7 000	325 333		332 333
EBNL		8 541 216	62 821	8 604 037
Service de Santé des Armées			71 500	71 500
Total général	555 372	306 327 417	4 483 360	311 366 149

Détail des dotations MIGAC 2011 par région et catégorie d'établissement

MIGAC : Activité de dépistage anonyme et gratuit

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	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
Alsace	571 244
Aquitaine	279 581
Auvergne	246 888
Basse-Normandie	452 203
Bourgogne	475 232
Bretagne	669 949
Centre	640 296
Champagne-Ardenne	696 860
Corse	94 239
Franche-Comté	79 347
Guadeloupe	241 281
Guyane	703 609
Haute-Normandie	413 324
Ile-de-France	3 526 021
Languedoc-Roussillon	473 938
Limousin	330 318
Lorraine	581 220
Martinique	750
Midi-Pyrénées	1 039 586
Nord-Pas-de-Calais	400 945
Réunion	619 964
Pays de la Loire	1 893 366
Picardie	553 902
Poitou-Charentes	1 257 704
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 517 049
Rhône-Alpes	2 701 019
Total général	20 459 835

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	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
AP-HP	1 361 703
CH	12 321 250
CHR-CHU	6 322 263
EBNL	454 619
Total général	20 459 835

Détail des dotations MIGAC 2011 par région et catégorie d'établissement

MIGAC : Missions de vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	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	Centre national de ressources de la douleur	Centre national de ressources pour les soins palliatifs	Centres antipoison mentionnés à l'article L.6141-4 du CSP	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	Centres de coordination des soins en cancérologie
Alsace	142 803			432 467	0	1 398 476
Aquitaine	60 390			474 312	938 720	1 407 141
Auvergne	151 875					1 438 042
Basse-Normandie	204 059					781 896
Bourgogne	239 559					1 420 413
Bretagne	365 185			517 933	728 022	2 128 892
Centre	316 345					856 252
Champagne-Ardenne	205 525					765 683
Corse	201 300					462 014
Franche-Comté	247 826					282 816
Guadeloupe	173 560					
Guyane	329 860					
Haute-Normandie	254 266			11 419		988 991
Ile-de-France	346 741	456 785	750 000	1 437 055	1 540 541	11 608 875
Languedoc-Roussillon	250 534					2 015 442
Limousin	307 300					629 166
Lorraine	170 328			760 000	693 308	769 576
Martinique					328 679	46 135
Midi-Pyrénées	338 441			774 238		2 160 000
Nord-Pas-de-Calais	457 072			1 682 452		1 048 993
Réunion	389 386				0	153 240
Pays de la Loire	291 736			880 165		1 519 631
Picardie	317 207					1 429 118
Poitou-Charentes	179 076				314	1 096 230
Provence-Alpes-Côte d'Azur	26 300			1 002 636	248 890	6 965 915
Rhône-Alpes	607 642			875 047	1 942 402	7 834 817
Total général	6 574 315	456 785	750 000	8 847 724	6 420 876	49 207 754

Région	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	Comités régionaux chargés du suivi et de l'analyse des pratiques de prescription régionales en matière de médicaments, et de produits et de prestations	Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés à l'article R.1221-32 à 1221-35 CSP	Observatoire National de fin de vie	Registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au comité national des registres	Total général 2011
Alsace	215 093	184 636	200 969		133 555	2 708 000
Aquitaine	397 729	848 577	251 635		771 722	5 150 226
Auvergne	87 272		242 419		383 732	2 303 340
Basse-Normandie	330 833	82 822			25 105	1 424 715
Bourgogne		74 094	73 620		134 000	1 941 686
Bretagne	331 131	131 511	354 000		27 926	4 584 600
Centre	321 443	425 109	411 817			2 330 965
Champagne-Ardenne	213 299	156 402	186 936		160 241	1 688 085
Corse			75 408			738 722
Franche-Comté	115 431	158 329	213 890		277 964	1 296 256
Guadeloupe			153 971			327 531
Guyane		114 099				443 959
Haute-Normandie	241 064	235 136	171 732			1 902 608
Ile-de-France	2 417 663	928 406	983 505	450 000	1 188 430	22 108 002
Languedoc-Roussillon	511 736	176 585	160 046		26 824	3 141 167
Limousin	245 100	154 943	125 229		143 000	1 604 738
Lorraine	505 757	100 000	176 418			3 175 387
Martinique		81 975	247 789			704 578
Midi-Pyrénées	459 042	134 787	253 146		225 074	4 344 727
Nord-Pas-de-Calais	133 647	786 532	269 340		200 723	4 578 759
Réunion		103 505	240 433		511 917	1 398 481
Pays de la Loire	547 299	474 865	158 320		61 543	3 933 559
Picardie	69 164	21 150	126 169			1 962 808
Poitou-Charentes	210 755	199 429	173 926		146 988	2 006 717
Provence-Alpes-Côte d'Azur	342 808	162 751	141 194		451 947	9 342 441
Rhône-Alpes	1 042 672	294 510	157 598			12 754 688
Total général	8 738 938	6 030 153	5 549 510	450 000	4 870 691	97 896 746

MIGAC : Missions de vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise
Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	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	Centre national de ressources de la douleur	Centre national de ressources pour les soins palliatifs	Centres antipoison mentionnés à l'article L.6141-4 du CSP	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	Centres de coordination des soins en cancérologie
AP-HP	346 741	456 785		1 437 055	1 540 541	7 048 875
Centre de Lutte Contre le Cancer					150 000	6 916 832
CH	920 546				109 569	15 498 704
CHR-CHU	5 307 028			7 410 669	4 620 766	11 566 174
Clinique						6 109 050
EBNL			750 000			2 068 120
Total	6 574 315	456 785	750 000	8 847 724	6 420 876	49 207 754

Catégorie d'établissement	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	Comités régionaux chargés du suivi et de l'analyse des pratiques de prescription régionales en matière de médicaments, et de produits et de prestations	Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés à l'article R.1221-32 à 1221-35 CSP	Observatoire National de fin de vie	Registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au comité national des registres	Total général 2011
AP-HP	2 417 663	521 035	505 367		1 188 430	15 462 492
Centre de Lutte Contre le Cancer		1 126 117			839 376	9 032 325
CH		614 632	1 201 677		882 697	19 227 825
CHR-CHU	6 321 275	3 219 605	3 842 466		1 933 364	44 221 347
Clinique						6 109 050
EBNL		548 764		450 000	26 824	3 843 708
Total	8 738 938	6 030 153	5 549 510	450 000	4 870 691	97 896 746

Détail des dotations MIGAC 2011 par région et catégorie d'établissement

MIGAC : Aide médicale urgente

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques	Services d'aide médicale urgente (SAMU) mentionnés à l'article L.6112-5 CSP y compris les centres d'enseignement aux soins d'urgences	Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) mentionnés à l'article R.6123-10 CSP	Total général 2011
Alsace		6 193 225	16 430 088	22 623 312
Aquitaine		12 451 352	32 602 230	45 053 582
Auvergne		6 869 790	16 207 029	23 076 819
Basse-Normandie		5 780 528	22 197 284	27 977 812
Bourgogne		6 006 469	26 608 660	32 615 129
Bretagne		8 445 853	36 042 586	44 488 439
Centre		9 172 433	29 648 371	38 820 804
Champagne-Ardenne		5 274 496	21 054 529	26 329 026
Corse		2 679 169	14 654 514	17 333 683
Franche-Comté		4 746 175	16 983 079	21 729 254
Guadeloupe		4 249 349	4 871 919	9 121 268
Guyane		2 141 445	8 827 670	10 969 115
Haute-Normandie		5 716 739	21 383 135	27 099 874
Ile-de-France		31 955 266	88 002 412	119 957 677
Languedoc-Roussillon		9 491 631	26 562 436	36 054 067
Limousin		4 066 090	8 148 583	12 214 673
Lorraine		6 768 630	23 717 327	30 485 957
Martinique		2 129 437	2 390 198	4 519 635
Midi-Pyrénées	522 327	11 451 048	36 053 265	48 026 640
Nord-Pas-de-Calais		14 023 270	34 546 064	48 569 334
Réunion		3 532 423	10 604 745	14 137 168
Pays de la Loire		10 744 063	26 651 507	37 395 570
Picardie		6 073 245	25 404 859	31 478 104
Poitou-Charentes		6 933 855	26 020 397	32 954 252
Provence-Alpes-Côte d'Azur		14 685 291	55 071 042	69 756 333
Rhône-Alpes	1 770 000	20 508 949	56 113 965	78 392 914
Total général	2 292 327	222 090 221	686 797 894	911 180 442

MIGAC : Aide médicale urgente

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques	Services d'aide médicale urgente (SAMU) mentionnés à l'article L.6112-5 CSP y compris les centres d'enseignement aux soins d'urgences	Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) mentionnés à l'article R.6123-10 CSP	Total général 2011
AP-HP		20 158 410	42 111 391	62 269 800
Centre de Lutte Contre le Cancer		44 064		44 064
CH		111 442 197	491 683 705	603 125 902
CHR-CHU	2 292 327	90 225 924	146 556 654	239 074 904
Clinique			1 599 360	1 599 360
EBNL		219 626	4 822 772	5 042 398
Service de Santé des Armées			24 013	24 013
Total général	2 292 327	222 090 221	686 797 894	911 180 442

MIGAC : Missions de collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine
Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Lactariums mentionnés à l'article L.2323-1 du CSP	Prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté	Recueil, traitement et conservation des gamètes ainsi que la conservation des embryons dans les conditions prévues aux articles L.1244-5 et R.1244-1 CSP	Total général 2011
Alsace	663 119		598 848	1 261 967
Aquitaine	323 832	235 581	569 760	1 129 173
Auvergne	4 413		962 527	966 941
Basse-Normandie	17 593		336 241	353 834
Bourgogne	216 806		868 891	1 085 697
Bretagne	856 982		652 278	1 509 260
Centre	392 960		2 288 065	2 681 025
Champagne-Ardenne	102 117		234 273	336 390
Franche-Comté			464 861	464 861
Haute-Normandie			138 136	138 136
Ile-de-France	290 097		2 914 448	3 204 545
Languedoc-Roussillon	122 075	423 040	460 183	1 005 298
Limousin		91 759		91 759
Lorraine			400 000	400 000
Midi-Pyrénées		53 168	688 231	741 399
Nord-Pas-de-Calais	265 731	616 746	1 417 123	2 299 600
Réunion		14		14
Pays de la Loire	361 621		93 549	455 170
Picardie	247 455		185 384	432 839
Poitou-Charentes	344 593	859		345 452
Provence-Alpes-Côte d'Azur			626 949	626 949
Rhône-Alpes	491 803		1 643 286	2 135 089
Total général	4 701 197	1 421 167	15 543 033	21 665 397

MIGAC : Missions de collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine
Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Lactariums mentionnés à l'article L.2323-1 du CSP	Prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté	Recueil, traitement et conservation des gamètes ainsi que la conservation des embryons dans les conditions prévues aux articles L.1244-5 et R.1244-1 CSP	Total général 2011
AP-HP			2 663 448	2 663 448
CH	499 920	141 792	965 491	1 607 202
CHR-CHU	3 911 180	1 179 375	11 742 809	16 833 364
Clinique			16 286	16 286
EBNL	290 097	100 000	155 000	545 097
Total général	4 701 197	1 421 167	15 543 033	21 665 397

Détail des dotations MIGAC 2011 par région et catégorie d'établissement

MIGAC : Missions de formation, soutien, coordination et évaluation des besoins du patient

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Equipes de cancérologie pédiatrique	Equipes hospitalières de liaison en addictologie	Equipes mobiles de gériatrie	Equipes mobiles de soins palliatifs	Total général 2011
Alsace	347 271	1 944 304	1 867 336	4 083 603	8 242 515
Aquitaine	801 712	2 173 970	3 189 519	5 490 009	11 655 210
Auvergne	575 871	769 981	1 621 817	2 146 041	5 113 710
Basse-Normandie	234 100	1 537 051	1 509 597	4 511 491	7 792 239
Bourgogne	207 706	885 262	1 497 867	2 527 647	5 118 482
Bretagne	462 075	1 849 738	3 444 773	4 377 069	10 133 655
Centre	301 220	1 210 616	1 563 099	5 924 991	8 999 927
Champagne-Ardenne	170 889	827 304	1 062 445	2 991 679	5 052 317
Corse			655 560	537 843	1 193 403
Franche-Comté	179 810	503 047	907 719	1 998 113	3 588 689
Guadeloupe			90 247	712 415	802 662
Guyane				320 000	320 000
Haute-Normandie	342 492	1 318 509	1 320 918	3 892 569	6 874 488
Ile-de-France	5 650 761	6 801 360	12 028 170	19 852 854	44 333 144
Languedoc-Roussillon	340 518	2 537 255	2 191 401	6 250 427	11 319 601
Limousin	83 334	423 557	2 235 758	2 026 626	4 769 275
Lorraine	780 000	1 100 680	1 670 000	4 716 353	8 267 033
Martinique		437 457	289 855	850 032	1 577 344
Midi-Pyrénées	460 860	1 020 897	3 650 916	4 904 699	10 037 372
Nord-Pas-de-Calais	845 594	3 446 641	4 289 665	5 991 396	14 573 296
Réunion	273 711	496 082	1 217 587	1 605 196	3 592 576
Pays de la Loire	681 221	1 908 707	3 037 977	5 321 179	10 949 084
Picardie	53 751	2 854 953	1 665 042	4 478 184	9 051 930
Poitou-Charentes	191 149	319 163	1 820 464	3 499 520	5 830 297
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 450 937	4 465 442	5 951 035	8 691 808	21 559 222
Rhône-Alpes	100 176	6 185 467	8 699 636	11 271 462	26 256 741
Total général	15 535 158	45 017 443	67 478 404	118 973 206	247 004 211

MIGAC : Missions de formation, soutien, coordination et évaluation des besoins du patient**Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements****Production : DGOS/USID****Source : ATIH/ARBUST-MIGAC****Unité : euros**

Catégorie d'établissement	Equipes de cancérologie pédiatrique	Equipes hospitalières de liaison en addictologie	Equipes mobiles de gériatrie	Equipes mobiles de soins palliatifs	Total général 2011
AP-HP	2 572 766	3 139 000	4 962 753	7 454 867	18 129 387
Centre de Lutte Contre le Cancer	3 682 294	15 441	198 712	7 096 234	10 992 681
CH	601 961	32 238 910	46 934 850	73 412 051	153 187 771
CHR-CHU	8 725 228	8 262 042	12 232 761	20 635 700	49 855 731
Clinique		228 779	249 045	1 708 262	2 186 086
EBNL	-47 091	1 133 271	2 900 283	8 666 092	12 652 555
Total général	15 535 158	45 017 443	67 478 404	118 973 206	247 004 211

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	Consultations hospitalières d'addictologie	Consultations hospitalières de génétique	Consultations mémoires	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	Nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'HAD	Structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents	Structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle	Total général 2011
Alsace	2 394 416	1 287 342	900 736	1 241 223	1 011 376	861 312		3 005 453	10 701 858
Aquitaine	3 873 408	2 465 074	871 762	3 915 694	891 687	469 689	160 753	3 428 272	16 076 339
Auvergne	1 837 736	1 822 025	566 776	1 835 051	2 835 123	279 183	571 829	1 667 784	11 415 507
Basse-Normandie	1 864 283	1 007 651	482 255	1 859 975	656 882	21 238		1 705 388	7 597 672
Bourgogne	1 875 934	943 989	335 523	1 055 220	50 210			756 283	5 017 159
Bretagne	3 404 128	1 788 309	1 843 933	3 124 332	659 327	425 801	3 703	2 225 390	13 474 923
Centre	2 505 580	1 478 266	2 398 254	1 646 393	434 887		504 391	2 712 411	11 680 182
Champagne-Ardenne	1 452 504	763 910	428 554	1 409 263	142 180		152 992	790 028	5 139 431
Corse	303 078	319 592		631 610	6 442		249 200	64 000	1 573 921
Franche-Comté	1 287 258	321 492	123 848	608 689	223 906		155 466	1 469 287	4 189 946
Guadeloupe	291 710	167 202	175 527	11 670			158 395	324 995	1 129 499
Guyane	57 881	153 297	10 000	221 170	315 624		571 051		1 329 023
Haute-Normandie	1 685 916	1 854 352	994 260	1 981 329	2 597 567	249 484	144 601	1 347 696	10 855 205
Ile-de-France	16 945 350	14 873 988	8 750 799	7 255 014	7 096 390	7 243 916	7 801 624	14 261 428	84 228 509
Languedoc-Roussillon	3 133 952	1 406 917	829 589	3 366 026	472 440	162 020	452 546	2 018 046	11 841 536
Limousin	1 146 852	577 088	81 058	848 037	244 085		158 734	482 485	3 538 339
Lorraine	2 735 794	1 765 453	448 186	3 201 098	503 087		311 700	2 486 440	11 451 758
Martinique	507 245	619 643	110 188	604 343	18 816			565 087	2 425 322
Midi-Pyrénées	3 073 215	2 228 215	1 480 598	1 313 286	1 313 286	797 920	61 510	2 181 229	11 709 206
Nord-Pas-de-Calais	3 853 065	3 853 323	1 554 681	3 418 788	874 558	3 245 804	609 586	2 429 505	19 839 310
Réunion	711 499	565 032	555 033	481 251	342 478	29 575	297 303	786 196	3 768 366
Pays de la Loire	4 217 060	1 915 980	1 794 401	3 846 977	1 495 102	241 570	387 596	2 347 587	16 246 273
Picardie	1 538 055	1 076 533	402 262	1 084 686	862 261		326 706	1 808 948	7 099 451
Poitou-Charentes	2 009 080	1 224 635	236 965	1 433 663	507 673	729 777	317 104	1 142 801	7 601 696
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6 547 810	2 196 226	1 142 168	3 689 951	2 517 991	393 537	314 957	6 171 517	22 974 058
Rhône-Alpes	7 351 702	3 152 240	2 446 796	5 518 536	2 005 876	4 697 290	871 140	4 762 386	30 805 966
Total général	76 604 510	49 827 774	28 056 788	55 770 486	28 079 255	19 848 116	14 582 885	60 940 642	333 710 455

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

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	Consultations hospitalières d'addictologie	Consultations hospitalières de génétique	Consultations mémoires	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	Nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'HAD	Structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents	Structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle	Total général 2011
AP-HP	7 386 163	11 341 377	8 437 181	3 224 164	2 554 347	7 190 016	6 976 146	10 601 295	57 710 690
Centre de Lutte Contre le Cancer	13 781 230	595 096	2 359 375		797 218	160 792	329 917	1 960 479	19 984 106
CH	15 030 169	25 951 350	2 083 110	37 687 958	11 632 274	496 295	5 180 046	22 980 412	121 041 613
CHR-CHU	17 315 610	8 791 182	14 716 000	10 538 431	7 904 699	12 001 455	1 379 030	18 655 436	91 301 843
Clinique	18 795 587	980 301	223 702	529 393	3 451 187			1 801 386	25 781 556
EBNL	3 584 072	2 030 821	237 421	3 771 092	1 435 612	-442	717 747	4 583 120	16 359 443
Service de Santé des Armées	711 679	137 647		19 447	303 917			358 514	1 531 204
Total général	76 604 510	49 827 774	28 056 788	55 770 486	28 079 255	19 848 116	14 582 885	60 940 642	333 710 455

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Espaces de réflexion éthique régionaux ou inter-régionaux	Total général 2011
Auvergne	42 517	42 517
Basse-Normandie	36 402	36 402
Bourgogne	93 030	93 030
Bretagne	76 334	76 334
Champagne-Ardenne	308 584	308 584
Franche-Comté	50 000	50 000
Ile-de-France	1 464 894	1 464 894
Pays de la Loire	1 713	1 713
Provence-Alpes-Côte d'Azur	273 794	273 794
Rhône-Alpes	204 971	204 971
Total général	2 552 239	2 552 239

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Espaces de réflexion éthique régionaux ou inter-régionaux	Total général 2011
AP-HP	1 464 894	1 464 894
Centre de Lutte Contre le Cancer	-338	-338
CH	1 600	1 600
CHR-CHU	1 085 784	1 085 784
EBNL	299	299
Total général	2 552 239	2 552 239

Détail des dotations MIGAC 2011 par région et catégorie d'établissement

MIGAC : Missions de prévention et d'éducation pour la santé

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques, et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH	Total général 2011
Alsace	868 574	868 574
Aquitaine	2 193 083	2 193 083
Auvergne	1 475 058	1 475 058
Basse-Normandie	1 193 980	1 193 980
Bourgogne	1 452 871	1 452 871
Bretagne	2 063 811	2 063 811
Centre	1 429 768	1 429 768
Champagne-Ardenne	2 220 447	2 220 447
Corse	16 670	16 670
Franche-Comté	2 059 589	2 059 589
Guadeloupe	201 718	201 718
Guyane	276 470	276 470
Haute-Normandie	2 867 626	2 867 626
Ile-de-France	21 357 308	21 357 308
Languedoc-Roussillon	2 040 907	2 040 907
Limousin	935 218	935 218
Lorraine	1 892 171	1 892 171
Martinique	762 272	762 272
Midi-Pyrénées	2 302 857	2 302 857
Nord-Pas-de-Calais	5 016 595	5 016 595
Réunion	1 170 485	1 170 485
Pays de la Loire	1 613 000	1 613 000
Picardie	4 080 046	4 080 046
Poitou-Charentes	2 263 146	2 263 146
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 281 068	4 281 068
Rhône-Alpes	2 973 386	2 973 386
Total général	69 008 124	69 008 124

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques, et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le VIH	Total général 2011
AP-HP	17 045 369	17 045 369
Centre de Lutte Contre le Cancer	1 292 974	1 292 974
CH	26 947 988	26 947 988
CHR-CHU	18 785 422	18 785 422
Clinique	2 682 798	2 682 798
EBNL	2 111 661	2 111 661
Service de Santé des Armées	141 912	141 912
Total général	69 008 124	69 008 124

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Actions de prévention et de gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	Rémunération, charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat chargés de la prévention et de la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	Structures spécialisées dans la gestion du risque nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique ou d'une crise sanitaire majeure	Total général 2011
Alsace			252 857	252 857
Aquitaine			517 891	517 891
Auvergne	23 415			23 415
Basse-Normandie	57 250			57 250
Bretagne			266 644	266 644
Centre			62 665	62 665
Champagne-Ardenne	21 570		45 848	67 418
Corse			59 481	59 481
Franche-Comté	65 129	74 813		139 942
Guyane			1 335 030	1 335 030
Haute-Normandie	48 226	5 168	592 222	645 616
Ile-de-France	191 696		364 735	556 431
Languedoc-Roussillon	56 859			56 859
Lorraine			625 000	625 000
Martinique	655 083		384 549	1 039 632
Midi-Pyrénées	95 048		357 235	452 283
Nord-Pas-de-Calais		16 200	713 938	730 138
Réunion			510 945	510 945
Provence-Alpes-Côte d'Azur		38 002	262 155	300 157
Rhône-Alpes			363 750	363 750
Total général	1 214 275	134 183	6 714 946	8 063 405

MIGAC : Missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques
Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Actions de prévention et de gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	Rémunération, charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat chargés de la prévention et de la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	Structures spécialisées dans la gestion du risque nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique ou d'une crise sanitaire majeure	Total général 2011
AP-HP	191696			191696
Centre de Lutte Contre le Cancer	24175			24175
CH	76037	74813	2426146	2576996
CHR-CHU	922368	59370	4163995	5145733
EBNL			93673	93673
Service de Santé des Armées			31132	31132
Total général	1214275	134183	6714946	8063405

Détail des dotations MIGAC 2011 par région et catégorie d'établissement

MIGAC : Définition et mise en œuvre des politiques publiques

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Actions de coopération internationale	Contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts	Coordination des instances nationales de représentation des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de CME et de conférences médicale mentionnées aux article L.6144-1, L.6161-2 et L.6161-8 CSP	Rémunération, charges sociales des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 CSP	Rémunération, charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière et de la gestion des crises sanitaires	Total général 2011
Alsace	100 748	243 427	139 896	210 622	132 676	827 370
Aquitaine	446 028	165 079	210 718	47 245	217 856	1 086 926
Auvergne	10 000	125 295		156 019		291 314
Basse-Normandie	30 000			60 772	336 106	426 878
Bourgogne	10 000	35 349			417 808	463 157
Bretagne		173 130		111 477	186 831	471 438
Centre	20 000	38 098		201 301	574 843	834 242
Champagne-Ardenne					80 582	80 582
Corse				53 792		53 792
Franche-Comté	57 686	24 000			108 474	190 160
Guadeloupe	40 000			11 728		51 728
Guyane	80 000			9 675		89 675
Haute-Normandie	54 000	110 573		57 306	340 459	562 338
Ile-de-France	267 000	447 334	80 000	1 354 503	9 732 256	11 881 093
Languedoc-Roussillon	10 000	388 244	40 000	186 868	178 702	803 814
Limousin	120 320	125 827				246 147
Lorraine		135 220		216 776	287 509	639 505
Martinique	30 000					30 000
Midi-Pyrénées	189 549	204 605		131 743	268 918	794 816
Nord-Pas-de-Calais	414 585	220 956		575 764		1 211 305
Réunion	80 000	104 090				184 090
Pays de la Loire	40 000	452 511	23 387	115 730	543 770	1 175 398
Picardie	10 000	119 080			86 753	215 833
Poitou-Charentes	10 000			34 928	101 189	146 117
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10 000	173 227	-101 665	359 123	262 104	702 789
Rhône-Alpes	15 000	756 466	27 810	379 493	236 742	1 415 511
Total général	2 044 917	4 042 511	420 146	4 274 866	14 093 578	24 876 018

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Actions de coopération internationale	Contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts	Coordination des instances nationales de représentation des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de CME et de conférences médicale mentionnées aux article L.6144-1, L.6161-2 et L.6161-8 CSP	Rémunération, charges sociales des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 CSP	Rémunération, charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière et de la gestion des crises sanitaires	Total général 2011
AP-HP	229 000	131 590		521 883	1 751 256	2 633 728
Centre de Lutte Contre le Cancer	26 000	166 368		38 815	323 720	554 903
CH	383 147	987 989	358 601	1 612 524	8 671 581	12 013 842
CHR-CHU	1 376 770	973 465	9 203	1 601 565	2 920 527	6 881 531
Clinique		1 022 173	40 000			1 062 173
EBNL	30 000	760 926	12 342	500 079	426 494	1 729 841
Total général	2 044 917	4 042 511	420 146	4 274 866	14 093 578	24 876 018

MIGAC : Dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des maisons médicales mentionnées à l'article L.162-3 CSS	Réseaux de télésanté, notamment la télé-médecine	Unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	Total général 2011
Alsace			470 586	470 586
Aquitaine		65 764	291 574	357 338
Auvergne		91 447		91 447
Basse-Normandie		96 134		96 134
Bourgogne	157 335	167 621		324 956
Bretagne		188 859	295 791	484 650
Champagne-Ardenne		29 297		29 297
Franche-Comté		159 908		159 908
Guyane	12 374 761	311 253		12 686 014
Haute-Normandie	440 105	377 955		818 060
Ile-de-France	310 567	1 735 540	619 928	2 666 036
Languedoc-Roussillon	300 000	461 442	148 410	909 852
Limousin		899 585		899 585
Lorraine			300 000	300 000
Midi-Pyrénées	11 986	992 602	277 823	1 282 411
Nord-Pas-de-Calais	234 128	231 972	464 275	930 375
Réunion	100 084	90 696		190 780
Pays de la Loire	169 073	127 699	148 241	445 013
Picardie		1 233 053		1 233 053
Poitou-Charentes		70 300		70 300
Provence-Alpes-Côte d'Azur		329 378	454 204	783 582
Rhône-Alpes	42 522	195 000	587 906	825 428
Total général	14 140 561	7 855 506	4 058 739	26 054 806

MIGAC : Dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci
Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des maisons médicales mentionnées à l'article L.162-3 CSS	Réseaux de télésanté, notamment la télémédecine	Unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	Total général 2011
AP-HP		1 600 294	619 928	2 220 223
Centre de Lutte Contre le Cancer	44 508	206 590		251 099
CH	13 346 743	1 939 679		15 286 422
CHR-CHU	138 743	2 779 428	2 974 535	5 892 706
Clinique	300 000	428 138		728 138
EBNL		766 130	464 275	1 230 405
Service de Santé des Armées	310 567	135 246		445 813
Total général	14 140 561	7 855 506	4 058 739	26 054 806

MIGAC : Activités de soins dispensés à des populations spécifiques

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R.6123-50 CSP	Chambres sécurisées pour détenus	Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)	Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)	Total général 2011
Alsace	1 450 153	320 796	3 836 017		5 606 965
Aquitaine	273 958	45 600	7 838 345	2 032 547	10 190 450
Auvergne	886 572	138 381	2 694 391		3 719 343
Basse-Normandie	1 148 707	228 000	3 493 665		4 870 372
Bourgogne	726 671	228 000	3 393 921		4 348 592
Bretagne	1 700 929	182 574	5 208 510	846 784	7 938 797
Centre	2 212 474	140 600	5 491 556		7 844 631
Champagne-Ardenne	78 487	282 956	3 758 790		4 120 233
Corse		113 050	1 168 391		1 281 441
Franche-Comté	337 194	110 446	1 675 084		2 122 724
Guadeloupe		91 200	1 245 524		1 336 724
Guyane		224 928	2 122 370		2 347 298
Haute-Normandie	1 125 527	279 816	6 489 209		7 894 552
Ile-de-France		1 482 490	30 218 529	5 424 644	37 125 662
Languedoc-Roussillon	269 501	409 819	7 341 475		8 020 795
Limousin		162 619	1 774 883		1 937 502
Lorraine	749 853		8 303 438	1 502 000	10 555 291
Martinique			1 204 629		1 204 629
Midi-Pyrénées	1 566 444	87 904	6 166 892	1 704 937	9 526 177
Nord-Pas-de-Calais		592 800	15 104 274	1 224 468	16 921 542
Réunion	181 721	221 332	2 876 579		3 279 632
Pays de la Loire	262 503	142 404	5 915 999		6 320 906
Picardie	1 208 829	515 269	5 116 342		6 840 440
Poitou-Charentes	806 052	321 842	5 187 453		6 315 347
Provence-Alpes-Côte d'Azur	252 000	530 138	16 423 390	8 896 539	26 102 067
Rhône-Alpes	3 382 373	848 178	12 482 360	741 533	17 454 444
Total général	18 619 948	7 701 143	166 532 015	22 373 452	215 226 557

MIGAC : Activités de soins dispensés à des populations spécifiques
Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R.6123-50 CSP	Chambres sécurisées pour détenus	Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)	Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)	Total général 2011
AP-HP		661 690	6 557 856	5 424 644	12 644 190
CH	14 607 341	5 431 087	107 842 201	144 519	128 025 148
CHR-CHU	1 148 635	1 608 366	52 131 958	16 804 289	71 693 248
Clinique	795 021				795 021
EBNL	2 068 951				2 068 951
Total général	18 619 948	7 701 143	166 532 015	22 373 452	215 226 557

Détail des dotations MIGAC 2011 par région et catégorie d'établissement

MIGAC : Permanence des soins

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Dépenses correspondant aux frais de gardes et d'astreintes des personnels des établissements de santé ainsi que les frais de structure d'urgence pour les établissements ex OQN
Alsace	27 016 884
Aquitaine	34 341 098
Auvergne	15 190 605
Basse-Normandie	13 646 628
Bourgogne	20 976 974
Bretagne	38 251 737
Centre	27 043 973
Champagne-Ardenne	16 111 672
Franche-Comté	14 197 058
Guyane	2 461 757
Haute-Normandie	18 706 220
Ile-de-France	144 524 793
Languedoc-Roussillon	25 076 696
Limousin	10 652 445
Lorraine	31 875 940
Martinique	4 903 085
Midi-Pyrénées	28 272 354
Nord-Pas-de-Calais	48 966 242
Réunion	8 760 678
Pays de la Loire	35 242 980
Picardie	21 587 358
Poitou-Charentes	20 564 860
Provence-Alpes-Côte d'Azur	57 292 910
Rhône-Alpes	69 123 269
Total général	734 788 216

MIGAC : Permanence des soins

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Dépenses correspondant aux frais de gardes et d'astreintes des personnels des établissements de santé ainsi que les frais de structure d'urgence pour les établissements ex OQN	Total général 2011
AP-HP	63 168 270	63 168 270
Centre de Lutte Contre le Cancer	14 593 167	14 593 167
CH	377 892 356	377 892 356
CHR-CHU	201 413 682	201 413 682
Clinique	16 205 994	16 205 994
EBNL	53 823 745	53 823 745
Service de Santé des Armées	7 691 002	7 691 002
Total général	734 788 216	734 788 216

Détail des dotations MIGAC 2011 par région et catégorie d'établissement

MIGAC : Prise en charge spécifique des patients en situation de précarité

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières	Permanence d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L.6112-6 CSP	Prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé	Prise en charge odontologique des patients atteints d'autres pathologies dans les Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires (CSERD)	Total général 2011
Alsace	894 704	851 456		162 278	1 908 437
Aquitaine	3 979 340	1 599 202	735 896	149 510	6 463 947
Auvergne	957 472	522 878		70 623	1 550 973
Basse-Normandie	2 662 949	627 807	195 325		3 486 081
Bourgogne	714 465	636 585			1 351 050
Bretagne		1 554 756		144 176	1 698 932
Centre	2 760 350	889 978			3 650 328
Champagne-Ardenne	3 880 182	357 851		99 477	4 337 510
Corse	356 821	2 722 799			3 079 620
Franche-Comté	1 185 924	536 665			1 722 589
Guadeloupe	4 302 792	3 911 356			8 214 148
Guyane	3 418 667	1 100 234			4 518 901
Haute-Normandie	4 325 793	1 369 902			5 695 695
Ile-de-France	36 103 419	11 400 416	2 599 787	420 641	50 524 262
Languedoc-Roussillon	7 680 815	1 212 812		84 126	8 977 753
Limousin	1 228 289	360 273			1 588 562
Lorraine	2 097 538	1 249 358		76 083	3 422 979
Martinique	5 905 075	244 435			6 149 510
Midi-Pyrénées	5 878 504	997 948	401 807	55 062	7 333 320
Nord-Pas-de-Calais	18 315 863	3 221 378		152 219	21 689 459
Réunion	10 948 194	806 156			11 754 350
Pays de la Loire	4 430 105	2 934 200		82 961	7 447 266
Picardie	4 997 915	994 677			5 992 592
Poitou-Charentes	2 329 852	1 397 194			3 727 046
Provence-Alpes-Côte d'Azur	14 732 355	2 430 950	56 975	201 086	17 421 365
Rhône-Alpes	5 530 455	3 473 417	750 915	245 049	9 999 836
Total général	149 617 836	47 404 683	4 740 705	1 943 288	203 706 512

MIGAC : Prise en charge spécifique des patients en situation de précarité
Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières	Permanence d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L.6112-6 CSP	Prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé	Prise en charge odontologique des patients atteints d'autres pathologies dans les Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires (CSERD)	Total général 2011
AP-HP	21 348 328	7 222 668	2 534 787	420 641	31 526 423
CH	75 823 041	27 492 590	807 486		104 123 117
CHR-CHU	38 924 428	10 083 342	634 872	1 522 647	51 165 289
Clinique	6 626 965	1 452 918			8 079 883
EBNL	6 895 075	1 153 164	763 560		8 811 799
Total général	149 617 836	47 404 683	4 740 705	1 943 288	203 706 512

MIGAC : Aide à la Contractualisation » avec déclinaison par catégorie de gestion
Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Région	Amélioration de l'offre	Développement de l'activité	Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS	Restructuration et soutien financier aux établissements	Aides à l'investissement	Autres	Total général 2011
Alsace	3 074 004	6 439 880		3 491 667	36 553 634	6 208 803	55 767 987
Aquitaine	6 742 856	9 173 897		5 826 516	67 860 551	3 637 782	93 241 602
Auvergne	4 585 141	3 700 330		21 206 339	28 926 516	1 580 177	59 998 503
Basse-Normandie	7 144 508	1 678 011	2 006 200	15 719 488	21 544 729	914 022	49 006 958
Bourgogne	3 461 478	2 413 553		11 360 434	38 654 871	948 409	56 838 745
Bretagne	5 347 675	2 333 966	831 337	13 948 934	56 741 070	2 451 779	81 654 761
Centre	4 374 410	1 305 465	2 146 315	4 991 956	68 242 048	1 479 108	82 539 302
Champagne-Ardenne	2 134 626	1 742 729		27 489 500	28 765 896	3 973 701	64 106 452
Corse	776 472	4 154 443		11 871 703	4 299 100	4 251 721	25 353 439
Franche-Comté	4 574 803	1 043 970	620 723	18 301 609	23 195 380	1 049 393	48 785 878
Guadeloupe	2 402 509	3 998 317	10 623 359	39 441 220	14 133 121	-5 261 453	65 337 073
Guyane		2 572 130		8 345 965	5 175 221	674 317	16 767 633
Haute-Normandie	5 250 698	525 633	919 185	7 423 120	41 909 208	556 680	56 584 524
Ile-de-France	33 564 440	25 787 487	300 530	150 329 765	236 518 368	9 689 795	456 190 385
Languedoc-Roussillon	3 041 680	6 979 830	2 695 840	14 434 511	30 357 238	1 852 084	59 361 183
Limousin	5 086 454	6 584 846	1 834 000	2 189 200	11 139 306	2 221 132	29 054 938
Lorraine	5 864 202	11 650 583		38 327 459	37 978 688	1 431 671	95 252 603
Martinique	1 493 230	4 115 077	1 448 197	6 543 302	17 062 278	16 607 255	47 269 339
Midi-Pyrénées	10 494 686	336 862	3 097 800	15 631 958	80 158 593	1 541 019	111 260 918
Nord-Pas-de-Calais	7 172 275	-7 168 179		33 731 935	83 356 996	12 041 111	129 134 138
Réunion	1 792 326	378 800	5 019 669	3 357 032	21 250 558	10 085 295	41 883 680
Pays de la Loire	7 531 608	1 728 115	2 637 910	20 413 581	53 872 596	1 326 060	87 509 869
Picardie	4 506 762	3 960 675		14 441 247	35 423 520	1 425 333	59 757 537
Poitou-Charentes	5 205 681	4 703 845		4 626 081	26 504 940	4 588 711	45 629 258
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 571 330	10 273 850		60 146 907	72 634 784	1 007 525	145 634 396
Rhône-Alpes	13 652 394	60 000		62 981 526	97 713 795	18 891 719	193 299 434
Total général	150 846 248	110 474 115	34 181 065	616 572 955	1 239 973 004	105 173 148	2 257 220 536

MIGAC : Aide à la Contractualisation » avec déclinaison par catégorie de gestion
Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	Amélioration de l'offre	Développement de l'activité	Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS	Restructuration et soutien financier aux établissements	Aides à l'investissement	Autres	Total général 2011
AP-HP	21 666 216	7 567 310		59 675 068	71 251 219	5 595 007	165 754 820
Centre de Lutte Contre le Cancer	6 215 272	8 081 730	300 000	14 563 735	40 105 332	4 344 159	73 610 227
CH	49 042 080	49 151 544	18 879 265	293 306 178	710 546 555	44 549 641	1 165 475 264
CHR-CHU	63 546 016	31 055 426	9 169 635	183 347 660	327 552 550	39 888 428	654 559 715
Clinique	3 275 581	8 959 891	4 685 041	4 016 327	8 494 670	2 902 171	32 333 680
EBNL	7 041 082	5 658 214	1 147 125	61 663 988	82 022 678	7 888 735	165 421 822
Service de Santé des Armées	60 000					5 008	65 008
Total général	150 846 248	110 474 115	34 181 065	616 572 955	1 239 973 004	105 173 148	2 257 220 536

MIGAC : Dotations entre établissements ex-DG et établissements ex-OQN pour chacune des catégories de MIG ou de AC

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Region	MIG		AC		Total général 2011
	Dotations	% sur total	Dotations	% sur total	
Alsace	165 447 454	74,79%	55 767 987	25,21%	221 215 441
Aquitaine	257 387 374	73,41%	93 241 602	26,59%	350 628 976
Auvergne	121 473 841	66,94%	59 998 503	33,06%	181 472 344
Basse-Normandie	122 158 771	71,37%	49 006 958	28,63%	171 165 729
Bourgogne	132 454 739	69,97%	56 838 745	30,03%	189 293 484
Bretagne	237 640 039	74,43%	81 654 761	25,57%	319 294 800
Centre	168 995 261	67,19%	82 539 302	32,81%	251 534 563
Champagne-Ardenne	112 487 309	63,70%	64 106 452	36,30%	176 593 761
Corse	25 424 974	50,07%	25 353 439	49,93%	50 778 413
Franche-Comté	91 357 993	65,19%	48 785 878	34,81%	140 143 871
Guadeloupe	31 239 497	32,35%	65 337 073	67,65%	96 576 570
Guyane	40 500 049	70,72%	16 767 633	29,28%	57 267 682
Haute-Normandie	147 171 377	72,23%	56 584 524	27,77%	203 755 901
Ile-de-France	1 530 594 325	77,04%	456 190 385	22,96%	1 986 784 710
Languedoc-Roussillon	218 881 394	78,67%	59 361 183	21,33%	278 242 577
Limousin	77 310 688	72,68%	29 054 938	27,32%	106 365 626
Lorraine	191 822 280	66,82%	95 252 603	33,18%	287 074 883
Martinique	34 894 219	42,47%	47 269 339	57,53%	82 163 558
Midi-Pyrénées	232 706 265	67,65%	111 260 918	32,35%	343 967 183
Nord-Pas-de-Calais	347 714 882	72,92%	129 134 138	27,08%	476 849 020
Réunion	70 157 856	62,62%	41 883 680	37,38%	112 041 536
Pays de la Loire	260 835 824	74,88%	87 509 869	25,12%	348 345 693
Picardie	138 073 880	69,79%	59 757 537	30,21%	197 831 417
Poitou-Charentes	123 932 492	73,09%	45 629 258	26,91%	169 561 750
Provence-Alpes-Côte d'Azur	450 225 006	75,56%	145 634 396	24,44%	595 859 402
Rhône-Alpes	530 611 475	73,30%	193 299 434	26,70%	723 910 909
Total général	5 861 499 264	72,20%	2 257 220 536	27,80%	8 118 719 800

MIGAC : Dotations entre établissements ex-DG et établissements ex-QN pour chacune des catégories de MIG ou de AC
Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Catégorie d'établissement	MIG		AC		Total général 2011
	Dotations	% sur total	Dotations	% sur total	
AP-HP	1 053 997 303	86,41%	165 754 820	13,59%	1 219 752 123
Centre de Lutte Contre le Cancer	271 979 122	78,70%	73 610 227	21,30%	345 589 349
CH	1 798 192 154	60,67%	1 165 475 264	39,33%	2 963 667 418
CHR-CHU	2 449 813 609	78,91%	654 559 715	21,09%	3 104 373 324
Clinique	68 518 346	67,94%	32 333 680	32,06%	100 852 026
EBNL	183 977 060	52,66%	165 421 822	47,34%	349 398 882
Service de Santé des Armées	35 021 670	99,81%	65 008	0,19%	35 086 678
Total général	5 861 499 264	72,20%	2 257 220 536	27,80%	8 118 719 800

MIGAC : Dotations MIGAC entre établissements ex-DG et établissements ex-OQN

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

Region	ex-DG		ex-OQN		Total général 2011
	Dotations	% sur total	Dotations	% sur total	
Alsace	219 892 488	99,40%	1 322 953	0,60%	221 215 441
Aquitaine	343 277 128	97,90%	7 351 847	2,10%	350 628 976
Auvergne	179 829 922	99,09%	1 642 422	0,91%	181 472 344
Basse-Normandie	169 491 537	99,02%	1 674 192	0,98%	171 165 729
Bourgogne	187 477 045	99,04%	1 816 439	0,96%	189 293 484
Bretagne	316 549 403	99,14%	2 745 397	0,86%	319 294 800
Centre	246 375 953	97,95%	5 158 610	2,05%	251 534 563
Champagne-Ardenne	175 510 779	99,39%	1 082 982	0,61%	176 593 761
Corse	48 104 598	94,73%	2 673 815	5,27%	50 778 413
Franche-Comté	139 106 999	99,26%	1 036 872	0,74%	140 143 871
Guadeloupe	95 951 047	99,35%	625 523	0,65%	96 576 570
Guyane	56 843 732	99,26%	423 950	0,74%	57 267 682
Haute-Normandie	201 607 035	98,95%	2 148 866	1,05%	203 755 901
Ile-de-France	1 973 028 496	99,31%	13 756 214	0,69%	1 986 784 710
Languedoc-Roussillon	269 214 753	96,76%	9 027 825	3,24%	278 242 577
Limousin	105 256 681	98,96%	1 108 945	1,04%	106 365 626
Lorraine	285 195 808	99,35%	1 879 074	0,65%	287 074 883
Martinique	81 705 462	99,44%	458 096	0,56%	82 163 558
Midi-Pyrénées	334 040 968	97,11%	9 926 215	2,89%	343 967 183
Nord-Pas-de-Calais	471 012 340	98,78%	5 836 681	1,22%	476 849 020
Réunion	108 470 468	96,81%	3 571 068	3,19%	112 041 536
Pays de la Loire	341 301 163	97,98%	7 044 530	2,02%	348 345 693
Picardie	197 011 525	99,59%	819 892	0,41%	197 831 417
Poitou-Charentes	167 441 216	98,75%	2 120 534	1,25%	169 561 750
Provence-Alpes-Côte d'Azur	589 574 917	98,95%	6 284 485	1,05%	595 859 402
Rhône-Alpes	714 596 311	98,71%	9 314 597	1,29%	723 910 909
Total général	8 017 867 774	98,76%	100 852 026	1,24%	8 118 719 800