Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

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

14, avenue Duquesne – 75 350 PARIS 07 SP – 01 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr

SOMMAIRE

page

INTRODUCTION 3

1ère PARTIE :
Les MIGAC sont destinées à financer les activités qui ne peuvent être tarifées à l'activité 4

1. Les MIGAC disposent d'un cadre juridique 4
2. Le périmètre actuel des MIGAC est délimité mais non figé 5
3. Les dotations MIGAC seront allouées par les ARH sur une base contractuelle 6
4. Le volet MIGAC de la réforme doit être stabilisé afin d'en maîtriser les enjeux 8

2ème PARTIE :
La progression des MIGAC est liée à la montée en charge de la réforme 17
1. L'enveloppe MIGAC progresse en 2005 sous l'effet des mesures nouvelles 17
2. L'enveloppe MIGAC 2006 redonne des marges de manœuvre aux ARH 21

CONCLUSION 24
ANNEXES 25

Tableau 1 : Evolution des dotations régionales MIGAC en 2005
Tableau 2 : Evolution des dotations régionales MIGAC mi-campagne 2006/campagne 2005
Tableau 3 et 3bis : Evolution comparée ODMCO-MIGAC en 2005 et à mi-campagne 2006
Tableau 4 : Poids relatif des régions au titre de la dotation MIGAC entre le début et la fin de campagne 2005
Tableau 5 : Poids relatif en 2005 des aides à la contractualisation (AC) dans les délégations MIGAC aux établissements ex-DG
Tableau 6 : Répartition régionale 2005 des délégations MIGAC entre établissements ex-DG et établissements ex-OQN
Tableaux 7A à 7J : Délégations régionales 2005 aux établissements
7A : MERRI de l'art. D162-6 1° a) CSS *Recherche médicale et innovation*
7B : MERRI de l'art. D 162-6 1° b) et c) CSS *Enseignement, expertise, référence et recours*
7C : MERRI de l'art. D162-6 1° d) CSS : *Activités innovantes et expérimentales*
7D : MIG de l'art. D 162-6 2° a) CSS : *Veille et vigilance*
7E : MIG de l'art. D 162-6 2° b) CSS : *Equipes pluri-disciplinaires*
7F : MIG de l'art. D 162-6 2° c) CSS : *Produits humains*
7G : MIG de l'art. D 162-6 2° d) à i) CSS : *Prises en charge spécifiques*
7H : MIG de l'art. D 162-6 2° j) CSS : *Aide médicale urgente*
7I : MIG de l'art. D 162-6 3° a) à c) CSS *Définition et mise en œuvre des politiques publiques*
7J : MIG de l'art. D 162-7 2° CSS : *Soins aux détenus*

Annexe juridique : extraits du Code de la sécurité sociale
Articles L 162-22-13, D 162-6, D 162-7, D 162-8

Introduction :

La réforme de la tarification à l'activité (T2A), volet majeur du « plan hôpital 2007 » engagé à partir de 2002, a modifié profondément le mode de financement des établissements de santé publics et privés. Cette réforme comporte deux volets complémentaires qui sont au fondement du modèle :

- le financement de l'activité de diagnostic, de traitement et de soins par des tarifs nationaux de prestation et des forfaits nationaux
- la compensation de charges liées à l'accomplissement de missions d'intérêt général par une dotation ad hoc.

La co-existence de deux modes de financement (dotation globale annuelle pour les établissements publics ou participant au service public hospitalier (PSPH); facturation de prestations hospitalières dans le cadre d'un objectif quantifié national annuel pour les cliniques privés) a ainsi laissé la place, dans le champ concerné par la réforme, à un mode de financement commun. Celui-ci repose sur une tarification forfaitaire de l'activité produite par les établissements. Il fonde ainsi l'allocation de leurs ressources sur le volume et la nature de leur activité. Ce mécanisme incite l'ensemble des acteurs publics et privés à améliorer leur productivité en réduisant leurs coûts via le développement d'outils de pilotage interne (comptabilité analytique par séjour, pilotage par l'activité), à définir une stratégie d'optimisation de leurs dépenses tenant compte de leur niveau de recettes prévisionnel et à repérer les segments d'activité les plus rémunérateurs.

Toutefois, les activités des établissements de santé ne se limitent pas à des activités productrices de soins quantifiables à travers les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et facturables à l'assurance maladie. Au travers de la création de la dotation missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) partie intégrante de la réforme T2A, le législateur a entendu maintenir des sources de financement en dehors du principe général de la tarification à l'activité. Il a reconnu que les ressources d'un certain nombre de missions ne doivent pas être soumises aux variations de l'activité réalisée. Cette notion de missions d'intérêt général n'est pas propre au système français et tous les systèmes étrangers de tarification à la pathologie prévoient de tels financements. Par ailleurs, la dotation MIGAC correspond à la notion de compensation de service public du droit communautaire.

La liste de ces missions figure dans l'arrêté du 12 avril 2005 modifié par celui du 05 mars 2006 pris sur le fondement du décret n°2005-336 du 08 avril 2005. La dotation MIGAC nationale fixée dans le cadre de l'ONDAM représentait début 2005 10,6% (soit 4,671 Milliards €) des ressources de l'assurance maladie allouées aux établissements soumis à la T2A (enveloppe ODMCO/MIGAC). Un certain nombre de mesures nouvelles ont contribué à l'augmentation significative en 2005 et pour 2006 de la dotation MIGAC qui a été fixée pour 2006 à 5,619 Milliards €.

Afin de permettre au Parlement et aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés de suivre les dotations affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC), l'article L 162-22-13 du code de la sécurité sociale prévoit la transmission avant le 15 octobre de chaque année d'un bilan relatif à ces dernières. « *Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre*

des MIGAC…/ …, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions et de celle du montant des dotations régionales, ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements. »

Outre un bilan de l'année 2005 et une comparaison avec les premières données disponibles à ce stade pour 2006, le présent rapport s'attachera à présenter l'état d'avancement des travaux en cours sur le périmètre des MIGAC et les modalités de leur évaluation financière.

1ère partie : Les MIGAC sont destinées à financer les activités qui ne peuvent être tarifées à l'activité

Préambule : L'organisation du financement de l'hospitalisation entre part à l'activité et autres modes de financement n'est pas spécifique au modèle français. Aucun système développé à l'étranger ne se résume à un mode de financement à la pathologie et la notion de missions d'intérêt général existe très souvent même si elle ne recouvre jamais exactement les mêmes activités. L'Italie pour ne citer que cet exemple a, en sus du financement à l'activité, mis en place des financements « fonctionnels et extraordinaires » venant en soutien des politiques nationales et régionales de santé publique ou pour soutenir la réalisation de grands investissements. Les modèles allemands, belges, britanniques, suisses, suédois, autrichiens, australiens ou catalans prévoient également de telles missions.

1. Les MIGAC disposent d'un cadre juridique

Le texte fondateur de la dotation MIGAC est la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui a introduit l'article L.162-22-13 dans le code de la sécurité sociale. Cet article définit la nature des activités pouvant relever d'un financement par la dotation MIGAC. Il s'agit :

- des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique (actions relevant du service public hospitalier et notamment l'enseignement, la recherche, la médecine préventive, l'éducation pour la santé, la lutte contre l'exclusion sociale…)
- des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du SROS (schéma régional d'organisation sanitaire)
- des engagements visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire
- des engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements
- des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques.

Le décret n°2005-336 du 08 avril 2005, en introduisant les articles D.162-6 à D162-8 (cf en annexe) dans le code de la sécurité sociale, en a fixé la liste qui a été précisée par arrêtés.

En droit communautaire, le statut des financements au titre de la dotation MIGAC reste encore à préciser notamment au regard de notions comme l'« aide d'Etat » ou comme la « compensation de service public » au sens des articles 86 à 88 du traité des communautés européennes.

2. Le périmètre actuel des MIGAC est délimité mais non figé

Les circulaires budgétaires 2005 et 2006 des établissements de santé définissent en quelques mots la dotation nationale de financement des MIGAC. Cette dotation « est destinée à financer la part des activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements publics et privés qui ne peut être tarifée à l'activité ». Cette définition par la négative montre que les MIGAC recouvrent des notions variées indépendantes de la notion juridique de services public. Leur périmètre est donc naturellement amené à évoluer au fur et à mesure du développement du secteur MCO « tarifable ».

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

MERRI : Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovations. Les MERRI correspondent globalement aux activités universitaires de recherche et d'enseignement qui donnaient lieu avant la T2A à un abattement forfaitaire de 13% dans le calcul du coût du point ISA. La notion de recours a été ajoutée. La liste des MERRI est précisée au 1° de l'article D162-6 du code de la sécurité sociale.

MIG : Missions d'intérêt général proprement dites figurant aux 2) et 3) de l'article ci-dessus cité ainsi qu'à l'article D 162-7 du même code. Les conditions pour qu'une activité soit éligible à un financement assurance maladie dans le cadre des MIG sont réduites puisqu'elle doit figurer sur la liste issue de l'arrêté du 12 avril 2005 mis à jour par celui du 06 mars 2006. Cette liste recouvre les activités des établissements de santé suivantes :

- Missions de veille et de vigilance (ex : centres de coordination des soins en cancérologie)
- Prises en charge par des équipes pluri-disciplinaires (ex : équipes mobiles de soins palliatifs)
- Produits d'origine humaine non couverts par les tarifs (ex : conservation des gamètes et des embryons)
- Prises en charge spécifiques (ex : permanences d'accès aux soins, missions de prévention et d'éducation pour la santé)
- Aide médicale urgente (ex : SAMU/SMUR)
- Définition et mise en œuvre des politiques publiques dans le secteur hospitalier
- Soins aux détenus (ex : unités de consultation et de soins ambulatoires).

Ces activités ont en commun la difficulté ou l'impossibilité de les tarifer dans l'état actuel des classifications. Dans le premier cas, il peut s'agir de l'absence de GHS ou de codifications adaptées dans la CCAM ou d'une diversité de pratiques. Dans le second cas, la notion d'activité rattachable à un patient est délicate à objectiver.

Si la liste figurant sur l'arrêté est par définition limitative, elle n'est pas figée et doit évoluer. Il convient régulièrement de s'interroger sur les MIG figurant dans l'arrêté qui peuvent être tarifées et donc sortir de l'enveloppe MIGAC mais cela implique préalablement un travail

d'expertise, de modélisation et d'échanges avec les professionnels concernés par ces activités. C'est cet objectif, entre autres, qui est poursuivi par le Ministère dans le cadre des travaux en cours (cf infra point 4).

L'aide à la contractualisation (AC) : Elle a dans un premier temps principalement financé les surcoûts de charges d'amortissement induits par les investissements (notamment dans le cadre du plan Hôpital 2007). Elle permet également d'accompagner le développement ou le maintien d'activité dans le cadre du SROS et de soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre.
Les composantes de la partie AC des MIGAC ont des contours nécessairement souples afin de s'adapter au contexte local, dans la limite des catégories citées à l'article L162-22-13 du Code de la sécurité sociale.

3. Les dotations MIGAC seront allouées par les ARH aux établissements sur une base contractuelle

Dans le cadre de la mise en place de la réforme de la tarification à l'activité, le Ministère a pris en charge en 2005, année fondatrice de la dotation MIGAC, les travaux de chiffrage des dotations initiales des établissements. Les ARH, interlocutrices des établissements, ont vocation à reprendre la main dès 2006

La valorisation des MIGAC en 2005 a été faite sur une base déclarative

Les modalités de fixation en 2005 des bases des dotations MIGAC ont été précisément décrites dans le précédent rapport au Parlement (pages 3 à 5 du rapport 2005). Elles sont ici résumées succinctement.
Ce travail a été effectué par les services du Ministère sur la base des données issues du retraitement comptable 2003 complété des évolutions propres à la campagne budgétaire 2004. Ces évolutions étaient retracées dans l'outil informatique ARBUST (Aide à la Régulation des BUdgets de Santé), outil de suivi de la réalisation de la campagne budgétaire développé par la DHOS à destination des ARH. Des enquêtes complémentaires ont par ailleurs été nécessaires sur certains sujets dont la partie AC des MIGAC.
Ce mode de valorisation, avant tout déclaratif, permet d'approcher la réalité du coût complet de ces missions sous réserve de la fiabilité des retraitements comptables des établissements. L'utilisation aux fins de valorisation de cet outil plutôt que des enquêtes ad hoc, a globalement permis d'éviter l'éventuelle distorsion consistant pour les établissements à solliciter un niveau de dotations MIGAC supérieur à la réalité des coûts de ces missions. On a pu observer ce phénomène dans le retraitement comptable 2004. Des coûts beaucoup plus importants qu'en 2003 ont parfois été imputés sur les activités donnant lieu à un financement MIGAC, sans toujours qu'il soit apporté une réelle justification.

Les modalités de calcul des bases MIGAC ont été différentes selon les trois catégories MERRI, MIG et AC.

La valorisation des MERRI :

Pour les CHU, les CLCC et la douzaine d'établissements associés aux missions universitaires, le modèle actuel de financement des MERRI (d'un montant global de 2,3 milliards d'euros) est le suivant :

- un socle fixe, calculé en pourcentage du budget MCO (hors médicaments et prothèses en sus), par catégorie d'établissements (trois catégories pour les CHU, pour lesquels le socle fixe est respectivement de 10,5%, 12% et 13,5% du budget ; trois catégories pour les CLCC avec des taux compris entre 15 et 23%)
- une part variable reconductible, basée sur les déclarations de charges au titre des missions précisées dans l'arrêté MIGAC et relevant de missions d'innovation, de référence et de recours
- une part variable non reconductible sur appels d'offre: programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC), soutiens aux techniques innovantes et coûteuses (STIC), contrats d'interface.

La valorisation des MIG :
En 2005, les dotations destinées à financer les MIG ont été calibrées dans la majorité des cas sur la base des données du retraitement comptable 2003 éventuellement corrigées par les services de la DHOS pour tenir compte de certains résultats statistiquement aberrants et sur la base de coûts standards pour certaines d'entre elles (SMUR, équipes mobiles de soins palliatifs).

La valorisation des AC :
L'évaluation des AC s'est faite sur la base d'enquêtes complémentaires menées par la DHOS.

Après valorisation des différentes MIGAC permettant de fixer le montant global de l'enveloppe MIGAC (dotation nationale), il a été procédé à leur répartition au niveau régional dans le cadre des circulaires budgétaires conformément à l'article L162-22-13 du code de la sécurité sociale. Afin d'aider les ARH à procéder aux allocations de moyens MIGAC auprès des établissements concernés, il leur a été fourni des tableaux détaillés indiquant les niveaux des différentes dotations par établissement. Les ARH avaient la possibilité dans la limite de leur dotation régionale de modifier ces montants en fonction des éléments de contexte local connus à leur niveau. En pratique, les échanges ont été nombreux entre l'administration centrale et les ARH afin d'arrêter les montants des dotations MIGAC.
Les mesures nouvelles financées par la dotation MIGAC durant la campagne 2005 ont suivi la même procédure : calcul par les services du Ministère et allocation aux établissements par les ARH en tenant compte du contexte local.

L'évolution en 2006 des dotations MIGAC aux établissements relève de la responsabilité des ARH

L'année 2006 tient compte de l'exécution 2005, une part des mesures nouvelles 2005 étant reconductibles. Il n'a pas été procédé à un nouveau calcul de l'ensemble des bases tenant compte des données du retraitement comptable 2004 des établissements. Une fois calibrée en 2005, la dotation MIGAC est liée au taux d'évolution de l'ONDAM et aux mesures décidées dans le cadre des PLFSS des années suivantes. Ainsi, en 2006 la dotation MIGAC a participé aux efforts d'économies décidées afin de respecter l'ONDAM. Les établissements disposant de crédits MIGAC doivent tenir compte de ce point dans leurs négociations avec les ARH et ne pas considérer que les dotations doivent compenser en totalité l'évolution des dépenses des missions.

La contractualisation sur les MIG entre les ARH et les établissements de santé constitue un élément essentiel dans la mise en œuvre de la réforme. En effet, si la liste des MIGAC est une référence incontournable, elle n'ouvre pas automatiquement droit à financement sur une simple base déclarative des établissements à partir de leur retraitement comptable. Il appartient à l'ARH de définir les missions qui doivent être remplies par chaque établissement de santé dès lors qu'elles ne sont pas déjà prévues par la loi et le règlement. L'ARH dispose ainsi d'un réel pouvoir d'appréciation de la liste des missions retenues pour un établissement donné et du montant alloué pour chacune d'entre elles dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Dans l'exercice de ce pouvoir d'appréciation, l'ARH doit être en mesure de choisir pour chaque MIG la meilleure offre adaptée aux besoins locaux.

Il en est de même dans le cadre de la contractualisation sur les AC. Le coefficient géographique ne compensant pas toujours le caractère déficitaire de certaines activités dans les zones ultramarines, insulaires ou isolées, le volet AC des MIGAC peut intervenir en complément. Les ARH doivent toutefois être en mesure de calibrer, sur des bases objectives, les montants financiers alloués au titre du maintien d'activités de diagnostic et de soins MCO non « rentables ».

4. Le volet MIGAC de la réforme du financement des établissements de santé doit être stabilisé afin d'en maîtriser les enjeux

Le risque que la dotation MIGAC ne devienne un enjeu pour les acteurs du monde hospitalier existe et est lié au modèle lui-même. Pour autant, la notion de MIGAC est indispensable et doit demeurer. Elle n'est en effet que la traduction dans le modèle français de tarification à l'activité, des contributions destinées à financer des activités spécifiques qui sont mal ou non décrites par la classification médico-économique (PMSI). L'existence de missions d'intérêt général (recherche, enseignement, plans de santé publics, prises en charges de populations spécifiques…) fait d'ailleurs consensus au sein des acteurs hospitaliers. Les services du Ministère de la santé et des solidarités ont la conviction que ce volet de la réforme du mode de financement des établissements de santé a besoin d'être stabilisé et précisé.

Les enjeux de la dotation MIGAC sont liés au modèle lui-même

L'article L 162-22-13 du code de la sécurité sociale précise que la dotation de l'enveloppe MIGAC est calculée par les services du ministère et s'impute sur le montant de l'ONDAM (sous-objectif de dépenses ODMCO-MIGAC). Le sous-objectif ODMCO-MIGAC étant fixé par le parlement dans le PLFSS, une augmentation de l'enveloppe MIGAC entraîne donc de manière mécanique une diminution du tarif des prestations payées par l'assurance maladie. Par ailleurs, dans la mesure où, en raison du contenu même des MIGAC, les CHU et les CLCC sont les principaux bénéficiaires (en valeur absolue) des enveloppes MIGAC, la progression de celles-ci entraîne également des transferts financiers au profit de ces derniers et au détriment des autres structures publiques et privées.
Par ailleurs, les MIGAC sont perçues comme une source de financement supplémentaire pouvant donner lieu à un phénomène de surenchère. Les structures hospitalières ou leurs organisations représentatives peuvent être tentées de proposer d'autres activités que celles

figurant sur les arrêtés de 2005 et 2006. S'il est logique de tenir compte d'oublis dans la liste initiale ou de la préciser, le Ministère est convaincu de la nécessité de maîtriser le contenu des MIGAC afin de garantir le niveau de ressources des activités financées par les tarifs.

Les enjeux de la dotation MIGAC portent également sur le périmètre et le mode de valorisation.
L'assurance maladie peut ainsi légitimement poser la question du niveau optimal de financement par la dotation MIGAC de certaines missions pour lesquelles les financements assurance maladie sont complétés par des financements extérieurs (on peut citer à titre d'exemples les subventions versées par certains départements aux SAMU ou les crédits état versés pour les CCLIN ou les centres anti-poisons). De même, des activités réalisées pour des patients hospitalisés dont le séjour donne lieu à la facturation d'un GHS ne peuvent relever d'un financement MIGAC. Ainsi, une consultation de prévention de l'asthme au profit d'un patient hospitalisé est financée par le tarif correspondant au séjour du patient. Au contraire une consultation externe de prévention de l'asthme réalisée par la même équipe hospitalière relève des MIGAC au titre des activités de soins dispensées à certaines populations spécifiques.
Ces exemples montrent que les frontières financement MIGAC/financement par les tarifs ou financement MIGAC/financement hors assurance maladie sont parfois minces. Le Ministère a la volonté de sortir des MIGAC les activités qui peuvent être tarifées. Il souhaite également clarifier ce qui relève d'un financement hors assurance maladie (crédits Etat par exemple)

La Mission parlementaire d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) dans son rapport de juillet 2006 s'est fait l'écho de ces enjeux et estime nécessaire de mieux définir les MIGAC et de fiabiliser leur valorisation. Ses remarques portent sur les difficultés de mise en œuvre concrètes mais pas sur la réforme elle-même dont elle reconnaît qu'elle est devenue l'élément structurant de la gestion du secteur hospitalier.

Le Ministère de la santé et des solidarités partage cette vision : deux ans après son démarrage, la mise en oeuvre de la réforme est significative. Il s'agit maintenant de la stabiliser. S'agissant du volet MIGAC de la réforme, les difficultés sont apparues dans la phase de montée en charge et n'étaient pas toujours perceptibles lors de la construction du modèle de financement. Le Ministère, en concertation avec les différents acteurs, entend procéder aux ajustements nécessaires des MIGAC.

Les travaux techniques en cours ont pour objet de mieux calibrer les MIGAC

Le Ministère de la santé et des solidarités a engagé en liaison avec les fédérations hospitalières et les professionnels de santé des travaux sur les MIGAC avec trois objectifs principaux :

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

Il convient dès maintenant de noter que la redéfinition du périmètre des 80 missions représente un travail de longue haleine. Toutefois, la volonté de mieux définir les MIG et les MERRI et de mieux distinguer les prestations de soins et les MIGAC est constante. Le

transfert de certaines activités de l'enveloppe MIGAC vers l'enveloppe tarifaire est envisageable d'ici 2008 (par exemple pour les SMUR).

2ème objectif : Mesurer le coût de ces activités et construire les référentiels de valorisation qui permettront un financement adéquat et équitable de ces missions sur l'ensemble du territoire ;

Ce travail a été engagé dès février 2006 par la constitution d'un groupe de réflexion animé par la mission T2A associant des représentants de la DHOS, de la DSS et de la DGS. Celui-ci a décidé de mener prioritairement une réflexion sur les MERRI (cf infra). Sur les MIG en général, via des groupes de travail spécifiques, un travail d'analyse a été entrepris en commençant par celles dont les enjeux financiers sont les plus importants : SAMU/SMUR, médicaments sous ATU, actes hors nomenclature, éducation thérapeutique, CDAG, banque de tissus, centres de référence, UCSA, implants cochléaires, unités mobiles de soins palliatifs, centres anti-poisons/toxicovigilance. Par ailleurs, en fonction des plans de charge du ministère, il a été saisi l'opportunité de mener des travaux sur des MIGAC aux enjeux financiers moindres (CCLIN et antennes régionales de CCLIN, COREVIH/CISIH, prise en charge de la douleur chronique rebelle, centres régionaux de pharmaco-vigilance et centres d'information sur la pharmaco-dépendance).

3ème objectif : Améliorer le suivi de ces activités tant au niveau régional que national au travers de la politique de contractualisation entre les ARH et les établissements.

Les travaux en cours trouveront leur aboutissement dans la mise à la disposition des ARH d'un guide de contractualisation leur fournissant des éléments de comparaison inter-régionale, de coûts standards, d'objectifs quantitatifs et qualitatifs. L'objectif est d'aider ces dernières à contractualiser avec les hôpitaux sur les MIGAC comme cela est prévu par l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale.

Dans cette perspective, la circulaire tarifaire 2006 a prévu dès cette année de donner aux ARH des marges de manœuvre régionales supplémentaires à hauteur de près de 174 millions d'euros.

Les travaux sur les MERRI doivent accroître la part du financement assise sur l'efficience

Le dispositif actuel (cf supra) module les allocations selon les établissements en fonction de ce que l'on peut savoir de leur effort de recherche et d'innovation (classement IGAS pour les CHU, classement élaboré avec la FNCLCC pour les CLCC sur des critères comme le nombre de publications, le nombre de patients inclus dans des essais cliniques…). Il reste cependant imparfait dans la mesure où la plus grosse partie reste assise sur un pourcentage du budget et non sur des bases objectivées. L'objectif est de diminuer progressivement la part fixe pour accroître la part variable.

Dans cette optique, le modèle de financement des MERRI doit répondre aux grands principes suivants :

- Etre incitatif au développement d'une recherche de qualité
- Etre équitable, c'est-à-dire ajusté sur des éléments qui soient en rapport avec l'activité et la production

- Favoriser la valorisation et la diffusion de l'innovation
- Permettre une allocation ciblée par l'analyse des besoins
- Accompagner le développement de « pôles de recherche » au plan géographique, sur la durée.

Le modèle en cours de modélisation et de concertation poursuit cet effort de différenciation et s'approche d'un financement en fonction des résultats enregistrés. Trois niveaux de financement seraient définis :

1. Un socle de financement récurrent, reconduit de manière pluriannuelle, susceptible de réévaluation à échéance, augmenté d'un taux de base d'évolution, forfaitaire et incompressible.
   Ce socle aurait vocation à couvrir les charges minimales nécessaires pour assurer les missions de recherche, d'enseignement, de référence et d'innovation. Le mode de calcul envisagé se base sur un pourcentage des dépenses de personnel médical hospitalo-universitaire et non universitaire auquel serait ajoutée une quote-part des charges générales.

2. Une part modulable, attribuée sur la base d'indicateurs simples, pertinents et reconnus par tous les acteurs. La combinaison d'indicateurs permettrait de classer les établissements en catégories correspondant à différents niveaux de financement. Ces indicateurs seraient spécifiques pour les missions de recherche et d'enseignement, par exemple :
   - Recherche : nombre de publications, nombre d'unités de recherche sur le site ayant passé une convention avec l'établissement, nombre d'essais cliniques pour lesquels l'établissement est promoteur.
   - Enseignement : nombre d'étudiants hospitaliers

3. Une part variable correspondant aux financements non pérennes attribués aux établissements sur appels à projets ou destinés à financer des activités ou des structures contractualisées :
   - Recherche : PHRC, centres d'investigation clinique
   - Innovations : STIC, certains dispositifs médicaux (organes artificiels…)

Le champ d'application de ces travaux concerne les CHU, les CLCC et la trentaine d'établissement ayant passé convention avec l'université. La concertation avec les professionnels et les fédérations hospitalières est engagée et sa mise en œuvre est prévue en 2008 sous réserve de validation des modélisations en cours.

Les travaux sur les missions d'intérêt général visent à une standardisation des coûts

Le financement des plans de santé publique

Les plans de santé publique constituent la principale source de progression de l'enveloppe MIGAC en 2005 (cf infra). Il était donc important d'engager une réflexion sur le mode de financement de ces plans dans la mesure où la réforme de la T2A rompt avec la logique de crédits d'intervention.

Un groupe de travail s'est mis en place en 2006 sur ce thème avec pour objectifs :

- de réaliser un bilan tant quantitatif que qualitatif de la mise en œuvre de deux plans de santé publique emblématiques (plan maladies rares et plan périnatalité) qui conjuguent normes réglementaires et financement fléché ;
- de valoriser les ressources effectivement employées à la mise en œuvre des plans de santé publique, y compris celles provenant de financements non fléchés (tarifs et forfaits) ou de redéploiements ;
- d'engager une réflexion prospective sur la conception des plans de santé publique, indissociable de ses modalités de financement.

Les SAMU/SMUR

Les travaux ont débuté en 2004 et associent le SAMU de France.
S'agissant des SMUR terrestres qui est la MIG hors MERRI aux enjeux financiers les plus importants (plus de 500 millions d'euros), ils ont montré l'existence d'une corrélation entre les données d'activité (nombre de sorties) et le nombre de lignes de garde de personnels médicaux et non médicaux (en référence à la norme existante : 1 médecin, 1 infirmier, 1 ambulancier 24H/24 365 jours/an, 1 secrétaire). Un financement à l'activité est donc envisageable. La réflexion du groupe de travail a porté sur la possibilité de forfaitiser le financement des SMUR et le scénario en cours de modélisation et de présentation aux professionnels concernés consiste à allouer aux SMUR un forfait annuel (sur le modèle du forfait urgences) basé sur le nombre de lignes de gardes par rapport au nombre total de sorties. Ce mode de financement permettrait une sortie des MIG. Il est envisagé une mise en œuvre au plus tard en 2008.

Concernant les SAMU, en l'absence d'une corrélation fiable entre les indicateurs d'activité (nombre d'appels, de dossiers ouverts) et les montants financiers déclarés, il est apparu difficile de forfaitiser le financement des SAMU sans créer un effet revenu massif entraînant des transferts financiers importants entre SAMU. Le groupe de travail a donc proposé pour 2007 de rester sur un financement des SAMU en MIG et de poursuivre son travail afin de fournir une approche par coûts standards aux ARH tenant compte de la nature variée des missions des SAMU (coordination des secours, missions de sécurité civile…).

Les médicaments sous ATU (autorisation temporaire d'utilisation)

La réflexion a débutée en 2006 et associe l'AFSSAPS (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé). Elle n'a pas encore tranché entre maintien en MIG et passage dans les tarifs en raison des spécificités de ces produits, de la difficulté à estimer en année N les volumes financiers qui seront concernés en N+1 et de l'absence de visibilité de l'AFSSAPS sur les médicaments qui pourront bénéficier d'une ATU en N+1.
Plusieurs scénarii de financement ont été identifiés le premier entraînant le maintien en MIG :
- Financement sur factures par le ministère
- Conservation du financement actuel en MIG (fixation par les ARH en début d'année d'une dotation « Médicaments sous ATU » et rectifications en fin d'exercice) et amélioration du suivi en cours de campagne au niveau des ARH. Une alternative à ce scénario est la fixation de dotations forfaitaires annuelles régionales avec une mutualisation nationale, dotations allouées en priorité aux CHU et aux établissements siège d'un centre référence sur une maladie rare : dans ce scénario une sortie des MIG est envisageable.

- Sortie des médicaments sous ATU des MIG et passage en tarification via un financement en sus (intégration à la liste des médicaments facturables en sus ou création d'une liste spécifique ou création d'une catégorie spécifique de médicaments facturables en sus mais non gérés sous forme de liste).

La question du financement des médicaments sous ATU est étroitement liée à celle de la fixation des prix de ces produits, les coûts unitaires étant de plus en plus élevés. Une enquête spécifique par produits est actuellement en cours dans le cadre des retraitements comptables 2005.

Les actes hors nomenclature (AHN)

Un travail de recensement des principaux actes hors nomenclature a été entrepris à partir des données issues de l'enquête MIG menée auprès des établissements en 2005.
Après analyse, la liste des principaux actes hors nomenclature se révèle particulièrement hétérogène, tant sur le plan de son contenu que sur le plan des cotations retenues par les établissements pour un même acte.
Cette liste comporte ainsi des actes inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) et qui ne relèvent donc pas des AHN, des actes dont l'inscription à la nomenclature est justifiée et qui devraient ainsi sortir d'un financement MIG, des actes dont l'intérêt ou l'utilité est discutable et qui ne relèvent donc ni d'un financement NABM, ni d'un financement MIGAC, des actes très spécialisés pour lesquels un financement MIGAC semble justifié.
Les pistes de travail proposées par le groupe sont les suivantes :
-Demander l'inscription d'un certain nombre d'actes à la nomenclature. Du fait des délais de procédure, la « sortie » de l'enveloppe MIG de ces actes est à l'horizon 2008.
-Trouver des modalités de cadrage spécifiques pour les actes relevant d'un financement MIG. Il est envisagé un financement en pourcentage des dépenses de laboratoires, par catégorie d'établissement. Les premières estimations s'établissent à 20% des dépenses de laboratoire pour les établissements relevant d'un financement MERRI (CHU, CLCC et la trentaine d'établissements ayant passé convention avec l'université), 2 à 3% pour les centres hospitaliers.

Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique

Outre le fait qu'une recommandation, ayant pour objet de définir l'éducation thérapeutique de manière générale et d'élaborer un référentiel général et des modalités de valorisation, est en cours d'élaboration par la HAS, une enquête DHOS/DGS/INPES est actuellement menée auprès des établissements de manière à recenser les activités pratiquées relevant de l'éducation thérapeutique.

Trois niveaux peuvent a priori être distingués :
- Les consultations paramédicales et/ou pluridisciplinaires ne font l'objet d'aucun financement à l'activité (tarif) et dans cette attente un financement MIG se justifie.
- Les séances collectives animées par un ou deux éducateurs : cette activité est actuellement en cours de cadrage par la HAS. Le scénario le plus pertinent semble a priori être celui d'un financement forfaitisé au sein de la dotation MIGAC ou dans le cadre des tarifs.

- Les activités d'éducation thérapeutique réalisées dans le cadre d'un hôpital de jour : ces activités ne relèvent pas d'un financement MIG étant financées dans le cadre des GHS. Pour les séances collectives qui ne peuvent donner lieu à la facturation d'un GHS, un financement forfaitisé en dotation MIGAC ou dans le cadre des tarifs semble adapté.

La définition d'un forfait par structure ne pourra pas aboutir avant 2008. Dans cette attente, il est envisagé de re-calibrer les enveloppes régionales « éducation thérapeutique » en fonction des déclarations les plus récentes et de les répartir au profit des structures respectant les modalités de fonctionnement définies par la HAS.

Les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

L'appartenance des CDAG aux MIG n'est pas remise en cause en raison même de la conception de ces structures, une facturation aux patients dans le cadre des tarifs existants étant impossible. Il s'agit dès lors de fournir aux ARH un coût standard pour ces structures. Les données des retraitements comptables 2004 ont été analysées et une enquête est en cours auprès des 11 sites de l'AP-HP afin de déterminer s'il existe une corrélation entre l'activité, les effectifs des CDAG et les financements alloués en dotation MIGAC.
Sous réserve des résultats de cette enquête, il est envisagé un financement par forfait calibré en fonction de la file active de patients des structures.

Les banques de tissus

Dans le cadre des travaux menés avec des représentants de ces structures, il est apparu que deux catégories de coûts ne sont actuellement pas financées par les tarifs :
- le coût de prélèvement du tissu
- le coût du transport du tissu.

En dehors du volet innovation de l'activité des banques de tissus, la possibilité de sortir ces structures des MIG a recueilli le consensus des professionnels.

Dans le cadre de la concertation sur ce dossier, il a été demandé aux représentants de ces structures de proposer des modalités de fixation d'une grille de tarifs de prélèvements de tissus en fonction des coûts supportés pour chaque type de prélèvements.
Les propositions à l'issue de ce travail sont les suivantes :
- création d'un tarif de prélèvement de cornée
- création de suppléments aux tarifs actuels pour les prélèvements multi-organes
- intégration de la greffe de peau dans le GHS de brûlure étendue par réévaluation du tarif de ce dernier
- maintien en MIG des innovations de thérapie cellulaire et tissulaire.

Les centres de référence

Deux enquêtes ont été lancées, l'une auprès des ARH afin de comparer les moyens alloués aux différents centres de référence, l'autre auprès des responsables financiers et médicaux de ces structures basées sur des indicateurs plus fins d'activité.

Les résultats de ces analyses devraient permettre d'identifier différentes catégories de centres pour lesquels seraient calibrés des forfaits MIG venant en complément des financements à l'activité et de ceux issus des MERRI.

L'implantation cochléaire

Ce thème recouvre deux MIG distinctes : les implants cochléaires et les centres de référence. A l'issue de réunions avec les experts français en ce domaine et les industriels, il a été arrêté le principe de l'inscription des implants sur la liste des LPP (liste des produits et des prestations remboursables) et sur la liste des DMI (dispositifs médicaux implantables) financés en sus des tarifs.
Le financement en MIG serait maintenu pour les centres de référence avec un financement limité au suivi et à la réhabilitation des patients. Les travaux en cours prévoient un financement dégressif en fonction des années qui suivent la pose de l'implant. Il est envisagé d'aboutir dès 2007.

Les CISIH (centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine) / COREVIH (comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine)

En raison des missions de ces structures, il n'est pas envisagé une sortie des MIG. Il est prévu de proposer aux ARH un calibrage des financements des COREVIH basé sur une structure type (composé de 4,3 ETP de personnel) à laquelle s'ajouteraient des financements complémentaires en fonction de paliers d'activité (file active de patients) et tenant compte des territoires de référence couverts. Les travaux de modélisation sont en cours et il est envisagé d'aboutir pour 2007.

Les centres anti-poisons (réponse téléphonique urgente et toxicovigilance) CAP-TV

Sous l'égide du cabinet du ministre de la santé et des solidarités, un groupe de travail se réunit régulièrement depuis début 2006 avec pour objectif de proposer des solutions pérennes au plan organisationnel, juridique, financier et technique permettant d'apporter une réponse téléphonique à l'urgence (RTU) satisfaisante en terme de qualité et de délai. Un appel d'offre a été lancé afin de mener une étude visant à proposer plusieurs scénarii de réorganisation de la RTU : une mise en commun de moyens notamment en terme de garde médicale entre les 10 CAP-TV est l'une des possibilités offertes et amènerait à des transferts financiers entre ARH.

Dans l'attente des résultats de cette étude attendue pour fin 2006, il n'a pas encore été tranché sur le maintien ou non en MIG de ces structures : à la suite d'une première analyse financière menée par la DHOS, un financement sous forme de forfait annuel (sur le modèle du forfait urgences) corrélé au nombre d'appels est envisageable.

Les CCLIN (centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales) et leurs antennes régionales

NB : les antennes de CCLIN ont été intégrées dans la liste des MIG en 2006, la liste 2005 ne comportant que les CCLIN.
Il n'est pas envisagé de sortir ces structures des MIG mais de fournir aux ARH des coûts standards leur permettant de calibrer leurs dotations. La modélisation en cours distingue les CCLIN et leurs antennes. Concernant ces dernières, il serait proposé un financement standard à partir des normes (de personnel) définies dans l'arrêté du 17 mai 2006. S'agissant des CCLIN, des simulations sont en cours intégrant le nombre de lits MCO, SSR (soins de suite et de réadaptation), psychiatrie et EHPAD (établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes) des zones géographiques couvertes par chacun des 5 CCLIN, les catégories et les tailles d'établissement. Le modèle tiendra compte de la superficie des zones de couverture et des distances pour les zones insulaires (les DOM étant répartis entre les CCLIN).

Les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle

Ces structures sont de trois types toutes situées au sein d'établissements de santé :
- les consultations
- les unités qui, outre une consultation, permettent la mise en place de traitement nécessitant un plateau technique et des lits d'hospitalisation
- les centres qui en sus de l'activité d'une unité prennent en charge une mission d'enseignement et de recherche et sont hébergés dans des CHU.

Ne relève donc d'un financement MIG que la partie consultation. L'activité d'hospitalisation est financée par les GHS. Les MERRI couvrent les charges d'enseignement et de recherche.
Les professionnels consultés ont confirmé que seules les consultations, notamment la première, très longue et pluri-disciplinaire, posaient un problème de financement. Une enquête complémentaire est en cours permettant de mieux distinguer les coûts de ces structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle de celles des équipes mobiles de lutte contre la douleur (autre MIG) qui, a priori, assurent la prise en charge de la douleur aiguë.
Un groupe de travail associant les professionnels doit finaliser un modèle de financement. Il partira d'un coût standard, sera corrélé au niveau d'activité des consultations (file active et nombre annuel de consultations) et adapté au type de structure d'accueil de ces consultations. Dans l'attente de la fixation d'un tarif adapté aux consultations pluri-disciplinaires, le maintien d'un financement en MIG est privilégié. Il est envisagé d'aboutir pour 2007.
Il est à noter l'existence d'un plan national douleur 2006-2010.

Les centres régionaux de pharmaco-vigilance et centres d'information sur la pharmaco-dépendance (CRPV et CEIP)

Les CRPV et CEIP bénéficient de cofinancement assurance maladie-AFSSAPS. Un groupe de travail s'est mis en place avec cette dernière de manière à re-calibrer les différents financements et déterminer un coût standard. Une première analyse financière sur la base des retraitements comptables a montré une extrême diversité des montants moyens des charges de ces structures et du nombre de personnels affectés. L'objectif est d'aboutir début 2007 afin de permettre le renouvellement des conventions triennales de ces structures avec l'AFSSAPS sur ces nouvelles bases.

Les activités liées à la greffe

L'arrêté MIGAC 2006 a précisé les prises en charge en ce domaine. La dotation MIGAC couvre la prise en charge pour les cellules alors que les organes relèvent du forfait annuel greffe (FAG) prévu dans les prestations tarifaires. Cette distinction pourrait toutefois évoluer car rien ne s'oppose dans le modèle T2A à ce que le FAG soit élargi aux cellules souches hématopoïétiques (CSH) et à la moelle. Cette solution serait plus lisible pour les établissements préleveurs et greffeurs.
S'agissant des donneurs, l'arrêté MIGAC couvre les donneurs volontaires apparentés (DVA) mais pas les donneurs non apparentés (DVNA). Un groupe de travail sur la problématique des donneurs vivants a débuté ces travaux à l'été 2006. A l'issue de ceux-ci, la décision sera prise du maintien ou non en MIG du financement des CSH. Une modification de l'arrêté MIGAC sera à envisager le cas échéant de manière à couvrir par les MIG le cas des DVNA.

Des groupes de travail sont enfin en cours de constitution sur les deux sujets suivants : équipes mobiles de soins palliatifs et unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA).

2ème partie : La progression des MIGAC en 2005-2006 est liée à la montée en charge de la réforme

1. L'enveloppe MIGAC progresse en 2005 sous l'effet des mesures nouvelles

La dotation nationale MIGAC représente 10,8% de l'enveloppe ODMCO-MIGAC

L'arrêté du 09 mai 2005 a fixé la dotation nationale de financement des MIGAC à 4,671 milliards d'euros pour 2005. Dans le cadre du rebasage intervenu sur l'ensemble des objectifs de dépenses en fin de campagne 2005, la dotation MIGAC a été portée à 4,829 milliards d'euros (soit une progression de 3,4%). Le tableau 3 figurant en annexe montre que le poids relatif de la dotation MIGAC au sein de l'enveloppe ODMCO-MIGAC est passé de 10,6% à 10,8% entre le début et la fin de campagne 2005.

L'évolution des dotations régionales reflète à la fois la phase d'ajustement et la délégation de mesures nouvelles

La répartition de la dotation nationale en dotations régionales limitatives s'est faite dans le cadre de la campagne budgétaire et des circulaires budgétaires des 01 mars, 05 avril, 26 juillet et 18 octobre 2005. Le tableau 1 figurant en annexe retrace les évolutions des délégations régionales.
Les évolutions ont porté à la fois sur les bases et sur les mesures nouvelles reconductibles et non reconductibles.

La valorisation des bases s'est révélée ardue dans la mesure où il s'agissait de répartir les dotations globales entre les nouvelles dotations (DAC, DAF, MIGAC) et de convertir ces dépenses encadrées en dépenses assurance maladie. La première circulaire budgétaire du 01

mars 2005 valorisait ainsi les bases MIGAC à 4,165 milliards d'euros. A la suite de nombreux échanges entre la DHOS et les ARH, elles ont été revues à deux reprises au printemps 2005 pour s'établir successivement à 4,231 et 4,268 milliards d'euros soit une variation de 2,5%. Cette variation est raisonnable compte tenu de l'ampleur des travaux de fixation des bases.

S'agissant des « mesures nouvelles » abondant cette dotation, les grandes masses sont les suivantes :

Mesures nouvelles figurant dans la circulaire du 01 mars (+220 millions)
- Taux d'évolution des dépenses de personnel (2%) et des dépenses à caractère hôtelier et général (1,5%) : 62,6 millions
- Plan Hôpital 2007 : 41,1 millions (1ère tranche)
- Programmes de santé publique (dont les plans de santé publique) : 116,2 millions dont 27,8 au titre du plan cancer ; 37,1 pour le plan urgences ; 8,7 pour le plan périnatalité.

Mesures nouvelles figurant dans la circulaire du 05 avril (+22 millions)
- Impact sur les dotations MIGAC de l'augmentation du forfait journalier de 1 euro et des taux de conversion des dépenses hospitalières encadrées en dotations d'assurance maladie : 22 millions

Mesures nouvelles figurant dans la circulaire du 26 juillet (+95,6 millions)
- Plan Hôpital 2007 (2ème tranche) : 32,4 millions
- Mesures en faveur des personnels : 24,1 millions
- Mesures ponctuelles : 23,2 millions
- Rattrapage du niveau d'offre de soins des DOM : 5,6 millions
- Création de deux unités hospitalières sécurisées interrégionales : 5,2 millions
- Climatisation des établissements : 3,4 millions
- Divers : 1,7 million

Mesures nouvelles figurant dans la circulaire du 18 octobre (+158,4 millions)
- Plan cancer : 28,3 millions dont dispositif d'annonce (14,9millions), Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique PHRC (4,7millions), Soutien aux Techniques Innovantes et Coûteuses STIC (2,7 millions)
- Mesures ponctuelles : 24 millions
- Aides à l'investissement : 21,5 millions dont 18,8 au titre des services départementaux d'incendie et de secours
- Recherche clinique et innovations : 18,1 millions
- Plan urgences : 16,6 millions
- PHRC hors plan cancer : 14,2millions
- Plan maladies rares : 9,7 millions
- STIC hors plan cancer : 6,2 millions
- UCSA (Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires): 6,1 millions
- Mesures en faveur des personnels : 5,1 millions
- Autres MIGAC : 8,2 millions

Evolutions post circulaire du 18 octobre (+27,5 millions)
- Mesures ponctuelles : 27,5 millions

En 2005, les dotations régionales MIGAC déléguées par la DHOS ont progressé au titre des mesures nouvelles de 523,7 millions (soit +12,27%) dont 128,2 millions (soit près de 25%) s'expliquent par l'imputation sur les MIGAC de financement relevant de plans de santé publique. Comme indiqué supra, le Ministère poursuit l'objectif de privilégier l'outil des tarifs pour la mise en œuvre de ces plans. Toutefois, les grands plans de santé publique ayant donné lieu à notification de crédits en 2005 (plan cancer, plan urgences, plan périnatalité) ont été conçus avant la réforme T2A et ne pouvaient pas être remis en cause. Le « canal de financement » n'a d'ailleurs pas été exclusivement la dotation MIGAC, les tarifs ayant également été utilisés.
Deux autres mesures expliquent en grande masse les évolutions de la dotation MIGAC :

- les mesures relatives aux personnels (91,8 millions d'euros) qui constituent la quote-part dans la dotation MIGAC des mesures salariales générales et des protocoles
- la poursuite du plan Hôpital 2007 et des aides à l'investissement (95 millions d'euros) qui relève du volet AC de la dotation MIGAC .

Les dotations régionales MIGAC ont participé à la politique nationale de rééquilibrage en faveur des DOM

La comparaison entre les dotations finales 2005 et les bases 2005 figurant dans la première circulaire (cf tableau 1 en annexe) montre une évolution de +15% des dotations pour un total de 626,8 millions se répartissant entre +14,5 % pour la métropole et +34,5 % pour les DOM ce qui illustre l'effort de rééquilibrage au profit de ces derniers. S'agissant des régions métropolitaines, les taux de variation de campagne 2005 varient de +10,4 % pour la Lorraine à +31,7 % pour la Bourgogne soit une différence de plus de 20 points illustrant l'importance dans les mesures nouvelles 2005 de crédits reconductibles et non reconductibles alloués après appel à projets auprès des établissements.
Les évolutions en pourcentage doivent toutefois être corrigées par une analyse des variations en valeur absolue (cf tableau 1 en annexe). Il apparaît que le rapport entre le poids régional des établissements de santé dans l'offre nationale est globalement respecté, les plus grandes régions d'offre sanitaire et de potentiel de recherche ayant bénéficié des variations les plus importantes (Ile-de-France + 122 millions soit près de 20 % de la variation globale ; PACA +55 millions ; Rhône-Alpes + 53 millions ; Nord Pas de Calais + 47 millions ; Midi-Pyrénées +33 millions, ces 5 régions représentant 50 % de la variation globale).

Le poids relatif de chaque région au titre des MIGAC entre le début et la fin de campagne figure en annexe (tableau 4). Ces poids sont restés globalement stables, le rééquilibrage au profit des DOM (+ 0,48 point) et de certaines régions métropolitaines historiquement sous-dotées ayant principalement été imputé sur l'Ile-de-France (- 0,84 point) et Rhône-Alpes (- 0,23 point). Ces deux dernières régions représentent toutefois 35,1% du total des dotations ce qui illustre l'élément déjà connu de la prééminence de leur potentiel de recherche et le rôle de recours exercé par leurs établissements.

Les établissements « privés » ont vocation à bénéficier de crédits MIGAC

(NB : la notion d'établissements « privés » recouvre la catégorie des établissements ex-OQN.)

La dotation nationale MIGAC se répartit entre 4,811 milliards pour les établissements publics et participant au service public hospitalier (99,6%) et 18,8 millions pour les établissements privés (0,4%).
Le tableau 6 en annexe montre des délégations de crédits par les ARH aux établissements sous la rubrique MIGAC (hors crédits non reconductibles nationaux) à hauteur de 4779,81 millions pour les établissements publics et participant au service public hospitalier et 18,68 millions pour les établissements privés pour un total de 4798,50 millions d'euros. Le poids des établissements privés dans les dotations régionales MIGAC varie de 0,1% à 2,6%. Ce faible poids ne doit pas surprendre dans la mesure où le concept même de MIGAC (missions d'intérêt général en particulier) recouvre majoritairement des missions non prises en charge par les établissements privés. En valeur absolue, les montants par région alloués aux établissements privés sont globalement faibles, seules six régions dépassant le million d'euros.

Les ARH ont défini leur politique régionale de délégations MIGAC aux établissements de santé

Les évolutions des délégations régionales aux établissements dans le cadre de la campagne sont retracées au travers de l'outil ARBUST (NB : pour les établissements publics et participant au service public hospitalier exclusivement).

Ces délégations s'établissent à 4893,79 millions d'euros (source ARBUST retraité) soit un montant supérieur à la dotation nationale rebasée (cf point précédent 4829,17 millions). En première analyse, cela signifierait que les ARH n'ont pas respecté les dotations régionales limitatives qui leur ont été notifiées. Cependant, dans le cadre d'une mise en œuvre pragmatique de la réforme, une certaine souplesse a été laissée aux ARH dans la gestion de leurs enveloppes. Des transferts entre enveloppes ont été acceptés sous réserve que le total des délégations d'enveloppes aux ARH soit respecté par ces dernières.
Le tableau 3 retrace ces mouvements et montre que le poids des financements MIGAC dans le total ODMCO-MIGAC s'établit in fine à 11,2% (contre 10,8% pour la dotation rebasée et 10,6% pour la dotation de début de campagne).

Au sein des MIGAC, le poids relatif des dotations AC s'établit à 23,1% en moyenne pour les établissements publics et participant au service public hospitalier (cf tableau 5 en annexe) avec toutefois une grande variabilité régionale tant en métropole (de 11,9% à 39,7%) que dans les DOM (de 20,5% à 46,7%). Cette variabilité s'explique en partie par l'ajustement de l'allocation de ressources par les ARH. Lorsqu'une délégation de crédits est attribuée en fin d'année pour une mesure reconductible, l'ARH dégage une marge de manœuvre en crédits non reconductibles qu'elle peut utiliser pour financer d'autres mesures. Or, ces crédits non reconductibles ont été comptabilisés en 2005 en crédits MIGAC dans l'outil Arbust, contribuant à accroître temporairement le poids des MIGAC.

Les données issues d'ARBUST-MIG récapitulent les dotations des ARH pour chaque MIG

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

mission. L'année 2005 a été la première année de mise en place de cet outil qui sera complété en 2006 pour le volet AC. L'utilisation d'ARBUST MIG n'est pas encore totalement homogène selon les ARH : les données présentées ci-dessous ainsi que dans les tableaux en annexe 7 ne se veulent donc pas exhaustives mais permettent une première approche des moyens alloués par région pour chacune des MIG figurant dans l'arrêté de 2005.

Hors AP-HP, le montant total des allocations de ressources retracées dans ARBUST-MIG au titre des MIG (hors AC) s'établit à 1734,19 millions d'euros se répartissant entre les MERRI figurant à l'article D162-6 1° du Code de la sécurité sociale et les MIG figurant aux articles D162-6 2° et 3° et D162-7 du même code.

Les grandes masses sont les suivantes :

MERRI
- au titre de la recherche médicale et de l'innovation : 151,92 millions dont 59 millions pour les centres d'investigation cliniques (CIC) et 51 millions pour les STIC (tableau 7A)
- au titre des missions d'enseignement, d'expertise, de référence et de recours : 73,73 millions dont 42,8 millions pour les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares (tableau 7B)
- au titre des activités innovantes et expérimentales : 274,98 millions dont 166,78 au titre des actes hors nomenclature et 46,29 pour le financement de laboratoires de génétique moléculaire (tableau 7C)

MIG
- au titre des missions de veille et de vigilance : 65,05 millions dont 33,25 millions au titre des centres de coordination des soins en cancérologie (tableau 7D)
- au titre de la prise en charge par des équipes pluri-disciplinaires : 126,73 millions dont 78,51 millions pour les équipes mobiles de soins palliatifs (tableau 7E)
- au titre des activités relatives aux produits d'origine humaine non couvertes par les tarifs : 27,13 millions dont 11,56 millions dans le cadre de la conservation des gamètes et des embryons (tableau 7F)
- au titre de prises en charge spécifiques : 226,67 millions dont 29,53 millions dans le cadre de la permanence d'accès aux soins ; 14,54 millions pour les CDAG ; 45,9 millions au titre des missions de prévention et d'éducation pour la santé ; 136,27 millions dans le cadre de la prise en charge de certaines pathologies (tableau 7G)
- au titre de l'aide médicale urgente : 655,46 millions dont 151,08 pour les SAMU et 504,16 pour les SMUR (tableau 7H)
- au titre de la définition et de la mise en œuvre des politiques publiques dans le secteur hospitalier : 6,06 millions (tableau 7 I)
- au titre des soins aux détenus : 128,72 millions dont 119,19 au titre des UCSA (unités de consultations et de soins ambulatoires) (tableau 7J).

2. L'enveloppe MIGAC 2006 redonne des marges de manœuvre aux ARH

NB : les données présentées ci-dessous et dans les tableaux annexés sont celles de mi-campagne 2006, seules données connues à la date de rédaction du présent rapport.

La dotation nationale MIGAC 2006 identifie des enveloppes régionales d'aide à la contractualisation

L'arrêté du 01 mars 2006 a fixé la dotation nationale de financement des MIGAC à 5,619 milliards d'euros pour 2006. Elle se répartit en 5,591 milliards d'euros pour le secteur public et participant au service public hospitalier et 27 millions pour le secteur privé, soit un rapport 99,5%/0,5% en légère progression (+0,1 point) par rapport à 2005 (99,6% contre 0,4%). Sous l'effet des mesures nouvelles 2006, le poids dans le total ODMCO-MIGAC passe à 12,3% contre 11,2% en fin de campagne 2005 et 10,6% en début de campagne 2005 (cf tableau 3bis en annexe).
Le taux de progression de la dotation MIGAC au titre des mesures nouvelles s'établit en effet à +12,6% par rapport à la base 2006 (4,990 millions d'euros) recalculée en tenant compte de la réalisation 2005 (intégration des mesures reconductibles, des effets année pleine, des nouvelles MIG…). Ce taux de +12,6% doit être comparé à la progression pour 2006 de l'ODMCO qui est de +3,2% en intégrant les MIGAC et de +2% hors MIGAC. L'augmentation de la dotation MIGAC en 2006 est donc significative mais plus faible qu'en 2005 où elle s'établissait à +15,4%. Comme en 2005, la progression est motivée par le programme d'aide à l'investissement (Hôpital 2007) et la poursuite du financement des plans de santé publique principalement financés en dotation MIGAC. Toutefois, la campagne 2006 introduit une nouvelle orientation par la volonté de redonner des marges de manœuvre aux ARH au travers de l'identification d'enveloppes régionales d'aide à la contractualisation imputées sur la partie AC des MIGAC.

La circulaire budgétaire du 24 février 2006 précise que la dotation AC peut servir « à atténuer les effets revenu (de la montée en charge de la T2A) …/…et à intervenir dans le cas de situation d'urgence mettant en péril l'offre de soins ». S'il est vrai que l'économie générale de la réforme de la T2A est celle d'une redistribution à la moyenne (tarifs nationaux de GHS, enveloppe fermée mais redistributive entre établissements gagnants et perdants…), l'enveloppe AC n'a pas vocation à compenser de manière pérenne cette baisse de revenu. La circulaire budgétaire 2006 des établissements de santé est très claire à cet égard en rappelant que la dotation MIGAC n'a pas « vocation à combler artificiellement les déséquilibres financiers ».
La montée en charge progressive mais continue de la part de l'activité tarifée à l'activité, en créant les conditions d'un dialogue documenté entre les établissements et leurs tutelles, doit justement permettre à ceux-ci de procéder dans le temps aux adaptations nécessaires sur la structure de leur activité et de leurs dépenses. Si un accompagnement à la montée en charge est nécessaire (la T2A peut par exemple être défavorable à un établissement durant la période transitoire de montée en charge mais être favorable avec une part tarifée à l'activité à 50% ou au-delà), l'ARH peut dans le cadre d'une contractualisation avec l'établissement prévoir une aide temporaire financée à partir de la AC.
Il est encore trop tôt à ce stade de la campagne pour présenter un bilan de ces aides qui sont majoritairement attribuées en fin d'exercice.

Les dotations régionales intègrent la délégation des mesures nouvelles dès le début de campagne

La répartition de la dotation nationale en dotations régionales limitatives s'est faite dans le cadre de la campagne budgétaire et des circulaires des 24 février et 01 août 2006 avec la volonté affichée de déléguer l'ensemble des financements de mesures nouvelles dans les meilleurs délais. Le tableau 2 figurant en annexe retrace les évolutions des délégations régionales.
Les évolutions ont porté comme en 2005 à la fois sur les bases et sur les mesures nouvelles.

S'agissant des bases, elles ont été recalibrées afin de tenir compte de l'exécution 2005 et s'établissent à 4,812 millions d'euros. Comme l'ensemble des autres dotations régionales, les dotations MIGAC ont participé à l'effort global d'économies de 560 millions représentant l'écart entre le taux de progression de l'ONDAM et la progression naturelle des dépenses de santé. Par ailleurs, un prélèvement a été opéré sur les bases des dotations régionales afin d'alimenter les enveloppes régionales d'aide à la contractualisation évoquées ci-dessus.

Les mesures nouvelles s'établissent à 649,8 millions d'euros soit une progression de +13.5 % par rapport aux bases des dotations régionales aboutissant à un total de délégations régionales MIGAC de 5,462 milliards d'euros, inférieur à ce stade de la campagne, à l'objectif national (5,619 milliards d'euros).

Les grandes masses sont les suivantes :

Mesures nouvelles figurant dans la circulaire du 24 février (+442,5 millions) :
- Prélèvements DOM, participation au plan d'économies Assurance Maladie, forfait journalier : -63,8 millions
- Enveloppes régionales contractualisation : 154,3 millions
- Mesures salariales : 86,3 millions
- Hôpital 2007 et aides à l'investissement : 70,2 millions
- Plan périnatalité : 60,9 millions
- Plan cancer : 18 millions
- Plan urgences : 6,5 millions
- Progrès médical (PHRC, STIC, contrats INSERM) : 38,4 millions
- Mesures ponctuelles : 36 millions
- Autres mesures de santé publique et autres MIGAC : 28,2 millions
- Effet prix : 7,3 millions

Mesures nouvelles figurant dans la circulaire du 01 août (+207,2 millions) :
- Hôpital 2007 (2ème tranche 2007) : 55 millions
- PHRC et STIC : 50 millions
- Mesures ponctuelles : 35,5 millions
- Rattrapage Outre-mer : 20 millions
- Plan cancer : 16,8 millions
- Plan maladies rares : 11 millions
- UCSA : 6,1 millions
- Médicaments sous ATU : 4,3 millions
- Autres MIG : 8,5 millions

Les variations des dotations régionales entre fin 2005 et la mi-campagne 2006 s'établissent à +14% (cf tableau 2 en annexe) se répartissant entre +13,6% pour la métropole et +24,6% pour les DOM. Quatre régions représentent plus de la moitié de la variation en valeur absolue (+670 millions) : Ile-de-France +164 millions ; Rhône-Alpes +69 millions ; PACA +46

millions ; Nord-Pas-de-Calais +44 millions soit un classement tout à fait comparable à celui de 2005.
Il est encore trop tôt à ce stade de la campagne pour analyser les évolutions du poids relatif de chaque région au titre des MIGAC si ce n'est la poursuite du rééquilibrage au profit des DOM. Il en est de même pour les évolutions des délégations des ARH aux établissements au titre des MIGAC.

Conclusion :

La dotation nationale de financement des MIGAC constitue un enjeu pour l'ensemble des acteurs de l'hospitalisation tant en termes de périmètre que de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Partie intégrante de la réforme de la tarification à l'activité mise en œuvre en quelques années avec volontarisme et pragmatisme, ce volet de la réforme doit maintenant entrer dans une phase d'adaptation et de stabilisation, avec pour objectif une inflexion du rythme de progression annuelle de cette dotation.

Les travaux en cours sur les MIGAC commenceront à déployer leurs effets en 2007. Ils se poursuivront sur plusieurs années car ils réclament un travail technique en concertation avec les professionnels et ce pour chacune des MIG figurant sur la liste des MIGAC. Les rapports annuels transmis au Parlement seront l'occasion de faire le point sur l'état d'avancement de ce pan de la réforme.

ANNEXES

EVOLUTION EN 2005 DES DOTATIONS MIGAC DELEGUEES AUX ARH

Tableau 1 (source DHOS, F2)

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Bases circulaire du 01/03/2005	Bases circulaire du 05/04/2005	Bases circulaire du 26/07/2005	Mesures nouvelles circulaire mars	Mesures nouvelles circulaire avril	Mesures nouvelles circulaire juillet	Mesures nouvelles circulaire octobre	Dotations MIGAC après circulaire d'octobre	Evolutions post circulaire octobre	Dotations finales MIGAC 2005	Taux d'évolution durant la campagne	Evolution (en valeur absolue)
Alsace	131 577,43	130 499,52	131 285,66	7 069,34	681,19	2 358,38	5 183,83	146 578,40	0,00	146 578,40	11,4%	15 000,97
Aquitaine	181 977,43	180 086,34	179 185,12	12 960,32	920,15	5 896,34	8 151,72	207 113,65	230,00	207 343,65	13,9%	25 366,22
Auvergne	82 945,34	85 352,40	84 846,15	4 023,68	445,88	1 474,85	3 158,21	93 948,77	1 600,00	95 548,77	15,2%	12 603,43
Bourgogne	76 739,31	90 088,58	90 891,86	5 027,29	470,43	2 191,65	2 517,03	101 098,27	0,00	101 098,27	31,7%	24 358,95
Bretagne	158 160,66	159 075,13	160 386,80	7 460,83	828,22	6 073,01	5 003,76	179 752,62	135,49	179 888,11	13,7%	21 727,45
Centre	125 172,08	125 684,41	125 863,92	6 474,71	656,36	2 469,31	4 024,50	139 488,80	1 290,85	140 779,65	12,5%	15 607,56
Champagne-Ardenne	91 888,74	93 290,02	93 468,46	4 522,62	487,47	1 355,31	6 896,97	106 730,83	5 000,00	111 730,83	21,6%	19 842,09
Corse	11 823,20	13 061,09	13 060,65	1 229,71	68,22	184,23	805,51	15 348,32	0,00	15 348,32	29,8%	3 525,12
Franche-Comté	67 526,14	73 541,01	75 612,18	3 654,00	384,10	378,72	1 633,76	81 662,75	0,00	81 662,75	20,9%	14 136,62
Ile-de-France	1 079 028,41	1 089 928,38	1 091 426,03	53 237,25	5 677,39	13 282,32	31 895,70	1 195 518,69	5 706,31	1 201 225,00	11,3%	122 196,60
Languedoc-Roussillon	142 219,89	133 685,86	143 479,70	7 937,21	698,44	2 317,42	6 923,37	161 356,14	1 456,00	162 812,14	14,5%	20 592,26
Limousin	54 012,22	60 295,91	61 444,27	3 291,94	315,07	987,54	1 550,81	67 589,64	60,00	67 649,64	25,2%	13 637,42
Lorraine	155 772,26	152 089,63	156 177,56	7 424,50	801,80	3 138,30	4 453,54	171 995,71	0,00	171 995,71	10,4%	16 223,45
Midi-Pyrénées	178 761,77	183 651,07	188 082,09	9 510,92	961,37	6 919,62	5 980,18	211 454,17	0,00	211 454,17	18,3%	32 692,40
Nord-Pas-de-Calais	206 186,95	219 151,86	220 594,44	13 417,56	1 144,73	7 027,68	11 466,43	253 650,83	210,00	253 860,83	23,1%	47 673,88
Basse-Normandie	94 621,15	98 228,46	96 979,70	4 918,85	513,27	1 240,03	2 217,87	105 869,73	260,00	106 129,73	12,2%	11 508,58
Haute-Normandie	120 814,39	119 435,38	123 218,49	5 656,82	623,69	1 627,93	5 748,28	136 875,22	-45,00	136 830,22	13,3%	16 015,83
Pays-de-la-Loire	154 160,42	153 245,17	154 332,53	8 513,09	803,01	3 048,16	6 899,13	173 595,93	0,00	173 595,93	12,6%	19 435,50
Picardie	100 983,75	103 533,57	104 216,75	5 362,47	533,84	1 649,83	3 779,87	115 542,77	0,00	115 542,77	14,4%	14 559,02
Poitou-Charentes	86 657,04	87 080,84	87 167,99	5 204,76	450,96	2 254,42	2 306,71	97 384,84	0,00	97 384,84	12,4%	10 727,80
Provence-Alpes-Côte d'	318 157,49	321 659,69	327 085,06	15 965,81	1 672,99	15 002,22	13 311,85	373 037,94	579,96	373 617,90	17,4%	55 460,40
Rhône-Alpes	428 765,41	431 738,07	434 604,98	22 039,68	2 253,80	6 775,97	15 434,04	481 108,47	1 000,00	482 108,47	12,4%	53 343,06
France métropolitaine	**4 047 951,49**	**4 104 402,41**	**4 143 410,41**	**214 903,37**	**21 392,37**	**87 653,24**	**149 343,09**	**4 616 702,49**	17 483,61	**4 634 186,10**	**14,5%**	**586 234,61**
Guadeloupe	37 495,96	39 479,75	39 881,01	1 240,07	200,30	2 518,55	6 113,89	49 953,82	-451,13	49 502,69	32,0%	12 006,72
Guyane		1 712,47		2,99	0,00	0,00	100,71	103,70	0,00	103,70	-	103,70
Martinique	34 375,77	35 358,80	34 940,55	1 232,60	172,60	1 286,41	1 324,55	38 956,70	10 500,00	49 456,70	43,9%	15 080,93
Réunion	45 604,06	50 309,75	50 204,70	2 781,37	254,53	4 163,89	1 553,66	58 958,15	0,00	58 958,15	29,3%	13 354,10
DOM	**117 475,79**	**126 860,77**	**125 026,25**	**5 257,04**	**627,43**	**7 968,84**	**9 092,81**	**147 972,37**	10 048,87	**158 021,24**	**34,5%**	**40 545,45**
France entière	**4 165 427,28**	**4 231 263,18**	**4 268 436,66**	**220 160,41**	**22 019,80**	**95 622,09**	**158 435,90**	**4 764 674,87**	27 532,48	**4 792 207,35**	**15,0%**	**626 780,07**

EVOLUTION MI-CAMPAGNE 2006/CAMPAGNE 2005 DES DOTATIONS MIGAC DELEGUEES AUX ARH

Tableau 2 (source DHOS F2)

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Dotations finales MIGAC 2005	Base MIGAC 2006	Mesures nouvelles circulaire 24/02/2006	Dotation régionales MIGAC après 1ère circulaire	Mesures nouvelles circulaire 01/08/2006	Dotations régionales MIGAC 2006 après 2ème circulaire	Variation 2005/2006 (en %)	Variation 2005/2006 (en valeur absolue)	Variation mi-campagne 2006 / base 2006 (en %)	Variation mi-campagne 2006 / base 2006 (valeur absolue)
Alsace	146 578,40	147 131,07	12 667,34	159 798,40	4 210,27	164 008,67	11,9%	17 430,27	11,5%	16 877,61
Aquitaine	207 343,65	203 783,12	17 651,91	221 435,04	8 472,12	229 907,16	10,9%	22 563,51	12,8%	26 124,04
Auvergne	95 548,77	98 285,10	8 619,40	106 904,50	4 054,03	110 958,53	16,1%	15 409,76	12,9%	12 673,44
Bourgogne	101 098,27	104 436,37	10 255,96	114 692,32	2 358,54	117 050,86	15,8%	15 952,60	12,1%	12 614,50
Bretagne	179 888,11	177 875,17	17 159,32	195 034,49	6 866,47	201 900,96	12,2%	22 012,85	13,5%	24 025,79
Centre	140 779,65	146 100,43	17 885,38	163 985,81	2 990,56	166 976,36	18,6%	26 196,72	14,3%	20 875,94
Champagne-Ardenne	111 730,83	103 331,04	12 956,95	116 287,99	2 319,93	118 607,91	6,2%	6 877,09	14,8%	15 276,88
Corse	15 348,32	15 246,46	1 178,68	16 425,14	293,62	16 718,76	8,9%	1 370,44	9,7%	1 472,30
Franche-Comté	81 662,75	82 746,44	10 779,37	93 525,82	2 057,46	95 583,28	17,0%	13 920,52	15,5%	12 836,84
Ile-de-France	1 201 225,00	1 217 155,40	104 078,05	1 321 233,45	44 636,82	1 365 870,27	13,7%	164 645,27	12,2%	148 714,87
Languedoc-Roussillon	162 812,14	163 572,17	13 015,58	176 587,75	6 528,53	183 116,28	12,5%	20 304,13	11,9%	19 544,11
Limousin	67 649,64	67 140,36	5 211,04	72 351,40	2 887,67	75 239,07	11,2%	7 589,43	12,1%	8 098,70
Lorraine	171 995,71	176 973,89	15 757,93	192 731,83	2 846,14	195 577,97	13,7%	23 582,26	10,5%	18 604,08
Midi-Pyrénées	211 454,17	209 161,12	19 140,07	228 301,19	6 750,78	235 051,97	11,2%	23 597,80	12,4%	25 890,85
Nord-Pas-de-Calais	253 860,83	251 070,17	31 133,86	282 204,03	16 524,69	298 728,72	17,7%	44 867,89	19,0%	47 658,55
Basse-Normandie	106 129,73	110 345,18	8 955,79	119 300,97	3 423,96	122 724,93	15,6%	16 595,20	11,2%	12 379,76
Haute-Normandie	136 830,22	138 750,62	11 274,31	150 024,94	4 149,26	154 174,20	12,7%	17 343,98	11,1%	15 423,57
Pays-de-la-Loire	173 595,93	175 829,80	18 029,08	193 858,87	6 177,87	200 036,75	15,2%	26 440,82	13,8%	24 206,95
Picardie	115 542,77	118 992,78	10 526,86	129 519,64	2 402,67	131 922,31	14,2%	16 379,54	10,9%	12 929,52
Poitou-Charentes	97 384,84	97 882,48	9 952,25	107 834,73	1 963,41	109 798,15	12,7%	12 413,30	12,2%	11 915,66
Provence-Alpes-Côte d'Azur	373 617,90	369 114,07	37 696,01	406 810,08	13 529,59	420 339,67	12,5%	46 721,77	13,9%	51 225,60
Rhône-Alpes	482 108,47	489 592,21	38 632,35	528 224,57	22 905,80	551 130,36	14,3%	69 021,89	12,6%	61 538,15
France métropolitaine	**4 634 186,10**	**4 664 515,45**	**432 557,49**	**5 097 072,94**	**168 350,20**	**5 265 423,14**	**13,6%**	**631 237,04**	**12,9%**	**600 907,69**
Guadeloupe	49 502,69	49 913,90	2 654,00	52 567,89	4 943,31	57 511,20	16,2%	8 008,51	15,2%	7 597,30
Guyane	103,70	103,70	0,61	104,31	0,00	104,31	0,6%	0,61	0,6%	0,61
Martinique	49 456,70	39 470,94	2 945,92	42 416,86	13 928,43	56 345,29	13,9%	6 888,59	42,8%	16 874,35
Réunion	58 958,15	58 465,60	4 410,06	62 875,66	20 061,20	82 936,86	40,7%	23 978,71	41,9%	24 471,26
DOM	**158 021,24**	**147 954,14**	**10 010,58**	**157 964,72**	**38 932,94**	**196 897,66**	**24,6%**	**38 876,41**	**33,1%**	**48 943,52**
France entière	**4 792 207,35**	**4 812 469,59**	**442 568,07**	**5 255 037,66**	**207 283,14**	**5 462 320,80**	**14,0%**	**670 113,45**	**13,5%**	**649 851,21**

Evolution des dotations nationales en 2005

Tableau 3 (source DHOS)
Les données sont en millions d'euros

	base 2005	objectif 2005 initial	objectif 2005 après rebasage	Mouvements ARH	2005 après rebasage et mouvements ARH	taux de progression 2005 initial	taux de progression 2005 après rebasage	taux de progression 2005 final
ODMCO	38 068,59	39 320	39 689	-111	39 578	3,3%	4,3%	4,0%
MIGAC	4 320,26	4 671	4 829	158	4 988	8,1%	11,8%	15,4%
Total ODMCO-MIGAC	*42 388,86*	*43 991*	*44 518*		*44 566*	*3,8%*	*5,0%*	*5,1%*
Poids relatif de la dotation MIGAC dans total ODMCO/MIGAC	10,2%	10,6%	10,8%		11,2%			
ODAM	14 027	14 463	14 497	- 48	14 449	3,1%	3,3%	3,0%
OQN	1 531	1 587	1 734		1 734	3,7%	13,3%	13,3%
Total	*57 947*	*60 041*	*60 749*	*0*	*60 749*	*3,6%*	*4,8%*	*4,8%*
Poids relatif de la dotation MIGAC dans total	7,5%	7,8%	7,9%		8,2%			

Evolution des dotations nationales en 2006 (mi-campagne)
Tableau 3bis (source DHOS)
Les données sont en millions d'euros

	base 2006	objectif 2006	taux 2006
ODMCO	39 360,26	40 161,29	2,0%
MIGAC	4 990,43	5 618,56	12,6%
Total ODMCO-MIGAC	*44 350,68*	*45 779,84*	*3,2%*
Poids relatif de la dotation MIGAC dans total ODMCO/MIGAC	11,3%	12,3%	
ODAM	14 342	14 902,25	3,9%
OQN	1 736	1 816,01	4,6%
Total	*60 428*	*62 498*	*3,4%*
Poids relatif de la dotation MIGAC dans total	8,3%	9,0%	

EVOLUTION DU POIDS RELATIF DES DOTATIONS REGIONALES MIGAC EN 2005

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

Régions	Base circulaire du 01/03/2005	Poids relatif en début de campagne	Dotations fin de campagne	Poids relatif en fin de campagne	Evolution entre début et fin de campagne (en points)
Alsace	131 577,43	3,16%	146 578,40	3,06%	-0,10
Aquitaine	181 977,43	4,37%	207 343,65	4,33%	-0,04
Auvergne	82 945,34	1,99%	95 548,77	1,99%	0,00
Bourgogne	76 739,31	1,84%	101 098,27	2,11%	0,27
Bretagne	158 160,66	3,80%	179 888,11	3,75%	-0,04
Centre	125 172,08	3,01%	140 779,65	2,94%	-0,07
Champagne-Ardenne	91 888,74	2,21%	111 730,83	2,33%	0,13
Corse	11 823,20	0,28%	15 348,32	0,32%	0,04
Franche-Comté	67 526,14	1,62%	81 662,75	1,70%	0,08
Ile-de-France	1 079 028,41	25,90%	1 201 225,00	25,07%	-0,84
Languedoc-Roussillon	142 219,89	3,41%	162 812,14	3,40%	-0,02
Limousin	54 012,22	1,30%	67 649,64	1,41%	0,11
Lorraine	155 772,26	3,74%	171 995,71	3,59%	-0,15
Midi-Pyrénées	178 761,77	4,29%	211 454,17	4,41%	0,12
Nord-Pas-de-Calais	206 186,95	4,95%	253 860,83	5,30%	0,35
Basse-Normandie	94 621,15	2,27%	106 129,73	2,21%	-0,06
Haute-Normandie	120 814,39	2,90%	136 830,22	2,86%	-0,05
Pays-de-la-Loire	154 160,42	3,70%	173 595,93	3,62%	-0,08
Picardie	100 983,75	2,42%	115 542,77	2,41%	-0,01
Poitou-Charentes	86 657,04	2,08%	97 384,84	2,03%	-0,05
Provence-Alpes-Côte d'Azur	318 157,49	7,64%	373 617,90	7,80%	0,16
Rhône-Alpes	428 765,41	10,29%	482 108,47	10,06%	-0,23
France métropolitaine	**4 047 951,49**	**97,18%**	**4 634 186,10**	**96,70%**	**-0,48**
Guadeloupe	37 495,96	0,90%	49 502,69	1,03%	0,13
Guyane		0,00%	103,70	0,00%	0,00
Martinique	34 375,77	0,83%	49 456,70	1,03%	0,21
Réunion	45 604,06	1,09%	58 958,15	1,23%	0,14
DOM	**117 475,79**	**2,82%**	**158 021,24**	**3,30%**	**0,48**
France entière	**4 165 427,28**	**100,00%**	**4 792 207,35**	**100,00%**	**0,00**

REPARTITION REGIONALE 2005 DES MIGAC POUR LES ETABLISSEMENTS EX-DG ENTRE MIG ET AC

Tableau 5 (source DHOS/ARBUST retraité)

Les montants sont en milliers d'euros

Régions	MIG reconductibles	AC reconductibles	Crédits non reconductibles régionaux	Sous total AC	Total MIGAC ex-DG	Poids relatif des AC
Alsace	105 126,90	26 270,76	15 492,31	41 763,07	146 889,96	28,4%
Aquitaine	156 660,60	33 942,34	10 716,33	44 658,66	201 319,26	22,2%
Auvergne	74 242,33	8 780,48	14 850,00	23 630,47	97 872,80	24,1%
Bourgogne	75 160,12	17 367,55	10 583,36	27 950,91	103 111,02	27,1%
Bretagne	139 909,98	27 851,53	9 144,95	36 996,48	176 906,46	20,9%
Centre	108 049,47	29 272,52	7 893,58	37 166,09	145 215,57	25,6%
Champagne-Ardenne	72 264,11	28 300,09	2 305,60	30 605,69	102 869,80	29,8%
Corse	12 524,79	1 297,85	1 028,62	2 326,47	14 851,27	15,7%
Franche-Comté	57 213,36	13 726,81	11 522,10	25 248,92	82 462,28	30,6%
Ile-de-France	1 021 662,01	97 257,62	94 183,21	191 440,83	1 213 102,84	15,8%
Languedoc-Roussillon	140 977,04	9 553,16	9 174,67	18 727,82	159 704,87	11,7%
Limousin	47 249,13	9 155,13	10 656,61	19 811,74	67 060,87	29,5%
Lorraine	120 118,88	43 077,65	13 232,92	56 310,56	176 429,44	31,9%
Midi-Pyrénées	172 554,10	23 289,31	10 927,86	34 217,17	206 771,27	16,5%
Nord-Pas-de-Calais	189 972,04	49 052,74	8 834,64	57 887,37	247 859,42	23,4%
Basse-Normandie	83 683,96	13 617,63	12 739,22	26 356,85	110 040,81	24,0%
Haute-Normandie	83 449,97	26 647,91	28 374,56	55 022,47	138 472,44	39,7%
Pays-de-la-Loire	128 845,83	25 143,83	18 912,06	44 055,89	172 901,72	25,5%
Picardie	77 391,02	32 132,64	8 951,55	41 084,19	118 475,20	34,7%
Poitou-Charentes	77 522,25	16 334,33	3 398,43	19 732,76	97 255,00	20,3%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	291 037,64	55 760,28	20 393,13	76 153,40	367 191,04	20,7%
Rhône-Alpes	347 284,95	89 790,86	48 779,38	138 570,24	485 855,20	28,5%
France métropolitaine	**3 582 900,49**	**677 622,99**	**372 095,07**	**1 049 718,07**	**4 632 618,56**	**22,7%**
Guadeloupe	26 730,21	12 822,84	10 639,37	23 462,21	50 192,43	46,7%
Guyane	103,70	0,00	0,00	0,00	103,70	0,0%
Martinique	31 146,33	7 962,05	61,85	8 023,90	39 170,23	20,5%
Réunion	34 969,27	20 391,73	2 370,30	22 762,03	57 731,30	39,4%
DOM	**92 949,52**	**41 176,62**	**13 071,52**	**54 248,14**	**147 197,66**	**36,9%**
France entière	**3 675 850,01**	**718 799,61**	**385 166,59**	**1 103 966,20**	**4 779 816,21**	**23,1%**

REPARTITION DES MIGAC ENTRE ETABLISSEMENTS EX-DG ET EX-OQN EN 2005

Tableau 6 (source DHOS/ARBUST retraité)

Les montants sont en milliers d'euros

Régions	MIGAG ex-DG	MIGAC ex-OQN	Total MIGAC	Poids relatif des ex-OQN
Alsace	146 889,96	293,10	147 183,07	0,2%
Aquitaine	201 319,26	2 356,88	203 676,14	1,2%
Auvergne	97 872,80	214,66	98 087,46	0,2%
Bourgogne	103 111,02	244,76	103 355,78	0,2%
Bretagne	176 906,46	470,78	177 377,24	0,3%
Centre	145 215,57	658,48	145 874,05	0,5%
Champagne-Ardenne	102 869,80	71,79	102 941,59	0,1%
Corse	14 851,27	395,19	15 246,46	2,6%
Franche-Comté	82 462,28	203,82	82 666,10	0,2%
Ile-de-France	1 213 102,84	1 424,33	1 214 527,17	0,1%
Languedoc-Roussillon	159 704,87	2 096,17	161 801,04	1,3%
Limousin	67 060,87	72,39	67 133,26	0,1%
Lorraine	176 429,44	126,86	176 556,30	0,1%
Midi-Pyrénées	206 771,27	1 434,85	208 206,11	0,7%
Nord-Pas-de-Calais	247 859,42	3 210,75	251 070,17	1,3%
Basse-Normandie	110 040,81	88,90	110 129,71	0,1%
Haute-Normandie	138 472,44	153,17	138 625,62	0,1%
Pays-de-la-Loire	172 901,72	889,00	173 790,72	0,5%
Picardie	118 475,20	209,44	118 684,65	0,2%
Poitou-Charentes	97 255,00	627,48	97 882,48	0,6%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	367 191,04	789,45	367 980,49	0,2%
Rhône-Alpes	485 855,20	1 670,71	487 525,91	0,3%
France métropolitaine	**4 632 618,56**	**17 702,97**	**4 650 321,53**	**0,4%**
Guadeloupe	50 192,43	0,00	50 192,43	0,0%
Guyane	103,70	0,00	103,70	0,0%
Martinique	39 170,23	300,71	39 470,94	0,8%
Réunion	57 731,30	684,50	58 415,80	1,2%
DOM	**147 197,66**	**985,21**	**148 182,87**	**0,7%**
France entière	**4 779 816,21**	**18 688,18**	**4 798 504,39**	**0,4%**

Dotations déléguées en 2005 par les ARH au titre des MERRI de l'article D162-6 1° a) CSS

Tableau 7A (source Arbust-MIG) Données en € hors AP-HP

Recherche médicale et innovation, notamment recherche clinique

Région	centres d'investigation clinique	centres d'investigation technologique	centres d'épidémiologie clinique	centres de ressources biologiques	Contrats INSERM/CHU	programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses	conservation des tissus, tumeurs et produits humains à des fins de recherche	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	2 100 166	0	129 841	29 903	172 600	679 870	250 548	65 300
AQUITAINE	2 066 048	2 052 403	505 797	0	264 169	2 309 352	354 678	154 583
AUVERGNE	5 868 815	0	2 770 709	494 980	0	4 906 500	0	42 666
BOURGOGNE	2 584 795	0	47 372	20 000	40 270	944 910	287 960	204 245
BRETAGNE	1 874 396	3 744 711	1 055 226	448 026	0	1 868 696	1 696 237	180 111
CENTRE	847 097	164 069	133 957	362 338	60 856	315 686	0	42 212
CHAMPAGNE ARDENNES	292 290	0	115 438	0	17 260	965 034	0	0
CORSE	0	0	0	0	0	0	0	0
FRANCHE COMTE	262 626	0	208 749	114 202	0	489 333	155 548	0
GUADELOUPE	106 268	0	0	0	0	0	0	0
ILE DE France	20 786 451	670 875	1 359 727	155 883	0	5 327 030	589 109	126 280
LANGUEDOC ROUSSILLON	1 433 235	0	0	0	161 090	4 759 184	479 108	161 916
LIMOUSIN	0	0	0	0	0	202 219	236 123	88 390
LORRAINE	367 307	2 869 708	917 189	230 603	17 260	1 942 200	251 667	0
MARTINIQUE	0	0	0	0	0	25 000	0	0
MIDI PYRENEES	1 648 328	0	1 039 998	336 729	195 610	1 811 333	0	164 098
NORD PAS DE CALAIS	4 129 646	0	508 668	572 087	34 520	2 703 471	517 660	0
BASSE NORMANDIE	2 694 717	1 548 730	427 927	704 958	0	368 183	121 071	209 697
HAUTE NORMANDIE	2 627 960	201 102	0	637 837	0	869 037	0	0
PACA	5 342 129	630 359	988 013	1 632 256	523 549	2 529 060	0	273 747
PAYS DE LA LOIRE	2 070 750	0	818 153	1 800 573	117 380	4 630 687	562 275	264 374
PICARDIE	0	0	0	201 962	0	314 037	189 272	0
POITOU CHARENTE	0	0	0	0	0	787 409	0	0
REUNION	280 000	0	0	0	0	7 000	65 000	146 174
RHONE ALPES	2 487 753	0	108 965	0	398 644	12 657 157	0	0
Total	**59 870 778**	**11 881 957**	**11 135 730**	**7 742 337**	**2 003 208**	**51 412 389**	**5 756 256**	**2 123 794**

Dotations déléguées en 2005 par les ARH au titre des MERRI de l'article D162-6 1° b) et c) CSS

Tableau 7B (Source Arbust-MIG) Données en € hors AP-HP
Enseignement, expertise, référence et recours

Région	centres mémoire de ressource et de recherche	stages de résident de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	centres de ressources sur les maladies professionnelles	centres d'information et de soins de l'immuno-déficience humaine (CISIH)	centres référents pour troubles spécifiques d'apprentissage du langage	centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	actions de télé-enseignement et de télé-formation	centres de référence sur l'hémophilie	centres de ressource et de compétences sur la mucoviscidose	centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique	centres de référence sur la mort subite du nourrisson	centres de ressource de l'autisme	centres de référence d'implantation cochléaire
ALSACE	376 008	0	0	1 087 229	117 230	587 157	0	0	0	0	0	0	0
AQUITAINE	205 008	20 764	216 397	181 000	0	850 234	0	0	0	0	0	0	0
AUVERGNE	0	0	1 264 303	0	1 811 293	4 448 560	0	0	0	0	99 611	0	0
BOURGOGNE	720 323	0	148 934	0	202 956	457 533	0	0	0	0	92 624	170 329	0
BRETAGNE	0	57 980	671 580	1 516 314	284 290	4 611 798	0	0	170 599	0	431 160	0	0
CENTRE	0	99 739	193 258	415 397	309 670	300 668	0	0	0	0	61 042	0	0
CHAMPAGNE ARDENNE	378 211	0	67 958	0	275 346	548 928	0	0	0	0	145 706	217 500	0
CORSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FRANCHE COMTE	0	21 436	59 329	0	0	677 332	0	0	0	0	0	0	0
GUADELOUPE	0	0	0	660 738	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ILE DE France	0	85 887	405 401	44 183	0	1 985 336	0	0	570 112	0	0	0	0
LANGUEDOC ROUSSILL	0	131 914	0	334 596	0	9 970 612	0	0	0	0	261 977	0	0
LIMOUSIN	242 837	0	15 221	0	143 358	999 953	0	0	48 512	0	46 618		
LORRAINE	0	63 000	272 491	175 480	49 089	299 650	0	0	0	0	111 601	0	0
MARTINIQUE	0	0	0	1 800	0	1 300	0	0	0	0	0	0	0
MIDI PYRENEES	0	66 652	252 286	414 380	658 720	2 952 588	0	0	0	0	179 593	0	0
NORD PAS DE CALAIS	0	21 000	773 191	334 246	421 491	3 414 103	0	0	0	0	196 908	0	0
BASSE NORMANDIE	0	0	370 586	431 268	345 141	985 953	38 850	0	0	0	275 891	0	0
HAUTE NORMANDIE	0	41 318	45 620	713 665	203 510	931 208	0	37 157	0	0	168 981	0	0
PACA	387 589	120 457	422 250	1 724 394	514 333	4 248 219	0	0	0	0	24 209	0	0
PAYS DE LA LOIRE	81 472	42 000	338 574	1 392 837	124 826	1 962 802	0	0	0	0	6 604	7 910	0
PICARDIE	24 150	0	45 677	0	87 940	105 150	0	102 850	0	0	284 739	0	0
POITOU CHARENTE	0	0	0	0	0	30 730	0	0	0	0	0	0	0
REUNION	0	0	50 000	115 000	55 785	190 203	0	0	500 000	0	0	0	0
RHONE ALPES	196 492	21 000	365 813	927 557	1 153 496	2 287 348	0	0	0	0	26 018	0	0
Total	**2 612 090**	**793 147**	**5 978 869**	**10 470 083**	**6 758 474**	**42 847 363**	**38 850**	**140 007**	**1 289 223**	**0**	**2 413 282**	**395 739**	**0**

Dotations déléguées en 2005 par les ARH au titre des MERRI de l'article D162-6 1° d) CSS

Tableau 7C (source Arbust MIG) Données en € hors AP-HP
Activités innovantes et expérimentales

Région	laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique	laboratoires de génétique moléculaire	médicaments sous ATU	actes dentaires hors nomenclature	laboratoires de neurogénétique	actes de biologie hors nomenclature	stimulateurs corticaux profonds	implants cochléaires	centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle	laboratoires de cytogénétique	actes d'anatomo-cyto-pathologie hors nomenclature	organes artificiels
ALSACE	857 834	421 926	374 606	31 776	0	8 603 326	1 433 569	150 000	0	0	0	0
AQUITAINE	189 996	2 108 023	323 556	0	104 177	8 981 315	0	0	0	0	0	0
AUVERGNE	358 448	5 739 157	598 911	2 027 734	537 070	3 696 969	0	0	0	0	5068284	0
BOURGOGNE	0	665 438	446 344	0	0	2 434 200	0	344 834	0	0	82970	96013
BRETAGNE	72 365	11 645 512	1 245 753	0	313 547	8 091 001	0	0	0	0	13959544,4	3233160,72
CENTRE	203 445	175 625	987 619	0	163 334	3 609 190	0	759 296	0	0	0	0
CHAMPAGNE ARDENNES	290 325	1 210 609	434 614	239 626	0	3 897 227	0	347 489	0	0	0	0
CORSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FRANCHE COMTE	0	0	-338 251	0	0	2 704 181	0	167 840	0	0	131063	409857
GUADELOUPE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ILE DE France	4 167 041	0	679 317	-687	0	10 745 815	0	0	0	0	3791411,91	0
LANGUEDOC ROUSSILLON	5 146 480	0	2 188 651	0	0	2 291 379	0	0	0	0	0	0
LIMOUSIN	0	886 803	70 580	0	0	3 895 766	0	0				
LORRAINE	455 055	3 360 794	390 498	0	45 675	8 112 478	0	100 000	0	0	0	0
MARTINIQUE	0	0	750	0	0	0	0	73 600	0	0	0	0
MIDI PYRENEES	946 595	2 189 227	2 940 895	754 143	157 169	4 480 425	0	48 300	0	0	3205081,96	0
NORD PAS DE CALAIS	794 612	9 933 165	996 224	0	75 145	3 539 520	667 748	667 747	0	0	1118426	955442
BASSE NORMANDIE	1 028 525	710 832	634 122	0	0	4 475 551	0	0	0	0	0	0
HAUTE NORMANDIE	639 120	612 986	713 164	0	91 492	2 986 237	375 494	375 493	0	0	0	0
PACA	4 605 052	2 093 784	609 665	205 311	392 522	25 484 154	0	0	0	0	1068121,1	4685950,81
PAYS DE LA LOIRE	495 583	-756 129	682 119	0	285 123	6 982 738	0	1 537 473	0	0	508162	0
PICARDIE	52 374	763 976	33 070	0	0	2 853 826	0	0	0	0	0	0
POITOU CHARENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REUNION	850 000	0	350 000	0	0	1 100 000	0	0	0	0	0	0
RHONE ALPES	2 830 702	4 532 584	4 032 101	0	426 137	13 773 858	0	500 000	0	0	1854012,39	0
Total	**23 983 553**	**46 294 312**	**18 394 309**	**3 257 903**	**2 591 390**	**132 739 156**	**2 476 811**	**5 072 072**	**0**	**0**	**30 787 077**	**9 380 424**

Dotations déléguées en 2005 par les ARH au titre des MIG de l'article D-162-6 2° a) CSS

Tableau 7D (source Arbust MIG) Données en € hors AP-HP
Veille et vigilance

Région	OMIT - comités régionaux chargés du suivi et de l'analyse des pratiques de prescription régionale en matière de médicaments et de produits et prestations	centres de coordination de la lutte contre infections nosocomiales	centres régionaux de pharmacovigilance et centres d'étude et d'information sur la pharmacodépendance	coordonnateurs régionaux d'hémovigilance	centres antipoison	centres et cellules de coordination des soins en cancérologie	centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles	registres à caractère épidémiologique
ALSACE	47 695	220 147	901	193 541	416 478	668 849	0	0
AQUITAINE	106 478	959 565	359 249	298 729	482 147	959 511	0	0
AUVERGNE	0	0	18 866	281 502	0	1 057 939	0	0
BOURGOGNE	58 000	0	0	0	0	903 343	0	0
BRETAGNE	0	1 039 521	739 183	778 749	1 038 744	957 583	0	0
CENTRE	328 305	0	615 254	204 998	0	1 918 955	477 499	0
CHAMPAGNE ARDENNES	0	73 920	291 402	584 997	0	332 043	0	0
CORSE	0	0	0	0	0	197 256	0	0
FRANCHE COMTE	43 507	36 479	-34 659	495 723	0	480 412	0	0
GUADELOUPE	0	0	0	0	0	46 251	0	0
ILE DE France	388 957	0	0	441 579	0	5 141 312	0	0
LANGUEDOC ROUSSILLON	40 000	0	694 133	1 415 094	0	972 265	0	0
LIMOUSIN	25 549	0	234 752	144 135	0	745 564		
LORRAINE	0	415 800	42 427	201 182	532 012	967 318	0	0
MARTINIQUE	0	0	0	7 157	0	0	0	0
MIDI PYRENEES	98 712	0	995 183	294 640	761 461	3 380 741	0	0
NORD PAS DE CALAIS	0	0	856 110	433 727	1 236 049	6 154 396	0	0
BASSE NORMANDIE	8 070	0	170 978	250 078	0	265 955	52 149	0
HAUTE NORMANDIE	64 387	0	424 328	156 722	0	799 729	77 374	0
PACA	80 000	90 103	320 253	141 601	933 442	1 895 577	0	420 757
PAYS DE LA LOIRE	117 041	0	174 541	1 077 034	328 876	714 021	0	0
PICARDIE	0	0	49 440	110 039	0	1 177 317	0	0
POITOU CHARENTE	85 716	0	0	0	0	117 825	0	379 888
REUNION	23 835	40 000	0	0	0	992 000	0	50 000
RHONE ALPES	16 238	1 145 622	897 550	3 015 111	1 680 313	2 410 045	0	0
Total	**1 532 491**	**4 021 156**	**6 849 891**	**10 526 338**	**7 409 522**	**33 256 207**	**607 022**	**850 645**

Dotations déléguées en 2005 par les ARH au titre des MIG de l'article D162-6 2° b) CSS

Tableau 7E (source Arbust-MIG) Données en € hors AP-HP

Equipes pluridisciplinaires

Région	équipes hospitalières de liaison en addictologie	équipes mobiles de gériatrie	équipes mobiles soins palliatifs	équipes de cancérologie pédiatrique	équipes mobiles de lutte contre la douleur
ALSACE	474 413	260 241	2 586 343	142 458	549 324
AQUITAINE	571 822	754 580	3 569 319	164 840	770 083
AUVERGNE	650 777	575 677	1 856 735	62 332	196 151
BOURGOGNE	565 489	1 309 279	2 854 437	57 100	318 322
BRETAGNE	933 485	671 727	2 315 279	243 000	358 147
CENTRE	281 156	196 310	4 933 855	69 430	1 556 336
CHAMPAGNE ARDENNES	155 904	1 245 759	2 366 810	45 678	185 318
CORSE	0	0	5 445	0	0
FRANCHE COMTE	451 435	918 600	2 518 714	153 587	252 350
GUADELOUPE	0	48 800	562 860	0	0
ILE DE France	1 627 631	674 152	10 500 276	1 310 484	532 503
LANGUEDOC ROUSSILLON	1 519 370	537 886	4 239 844	283 419	11 664
LIMOUSIN	0	993 299	1 067 099	75 384	0
LORRAINE	191 644	130 524	3 598 338	0	649 770
MARTINIQUE	39 394	8 430	7 623	0	12 670
MIDI PYRENEES	910 816	2 025 360	3 601 395	158 091	1 312 377
NORD PAS DE CALAIS	974 567	1 719 804	3 998 383	0	367 132
BASSE NORMANDIE	884 233	164 435	4 730 519	118 216	851 323
HAUTE NORMANDIE	409 944	180 635	2 024 788	201 667	360 782
PACA	556 476	2 897 669	6 878 456	347 775	1 576 495
PAYS DE LA LOIRE	717 357	399 616	2 204 129	815 212	83 077
PICARDIE	980 717	58 451	3 372 983	0	216 551
POITOU CHARENTE	0	0	659 695	0	0
REUNION	390 000	318 768	1 078 962	120 000	89 301
RHONE ALPES	962 831	1 736 507	6 982 102	182 030	1 341 673
Total	**14 249 460**	**17 826 510**	**78 514 390**	**4 550 703**	**11 591 350**

Dotations délégéues en 2005 par les ARH au titre des MIG de l'article D162-6 2° c) CSS

Tableau 7F (source Arbust MIG) Données en € hors AP-HP

Produits humains

Région	lactariums mentionnés à l'article L. 2323-1 du code de la santé publique	le recueil, le traitement et la conservation des gamètes ainsi que la conservation des embryons	banques de tissus	consultation du fichier national ou des fichiers internationaux de greffe de moelle et le typage des donneurs potentiels
ALSACE	638 375	481 908	0	0
AQUITAINE	317 797	490 624	239 576	0
AUVERGNE	4 233	907 464	0	302 413
BOURGOGNE	75 408	717 212	0	0
BRETAGNE	1 943 220	1 263 916	424 082	518 971
CENTRE	370 468	2 155 510	0	0
CHAMPAGNE ARDENNES	522 028	204 810	1 742	0
CORSE	0	0	0	0
FRANCHE COMTE	0	345 586	185 657	0
GUADELOUPE	0	0	0	0
ILE DE France	284 389	0	239 145	0
LANGUEDOC ROUSSILLON	124 712	331 163	432 181	0
LIMOUSIN	0	0	86 290	153 443
LORRAINE	0	354 899	1 197 070	0
MARTINIQUE	0	0	0	0
MIDI PYRENEES	0	1 196 264	373 461	0
NORD PAS DE CALAIS	1 372 157	304 257	261 557	562 774
BASSE NORMANDIE	17 409	356 463	0	0
HAUTE NORMANDIE	0	200 808	104 008	0
PACA	0	585 488	229 353	0
PAYS DE LA LOIRE	341 293	88 992	289 749	0
PICARDIE	78 576	104 073	37 996	242 178
POITOU CHARENTE	0	0	0	0
REUNION	0	0	0	160 000
RHONE ALPES	328 610	1 473 924	3 017 589	0
Total	**6 418 674**	**11 563 360**	**7 119 455**	**1 939 779**

Dotations déléguées en 2005 par les ARH au titre des MIG de l'article D162-6 2° d) à i) CSS

Tableau 7G (source Arbust MIG) Données en € hors AP-HP

Prises en charge spécifiques

Région	PASS - permanences d'accès aux soins de santé	PASS mobiles - accompagnement social des patients en situation précaire	consultations de suivi post-greffes	maisons médicales	structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents	Réseaux de télésanté, notamment la télémédecine.	CDAG - le dépistage anonyme et gratuit et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine	actions de prévention et d'éducation relatives à la nutrition, à l'asthme et au diabète	gestion du risque nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique ou d'une crise sanitaire majeure	consultations mémoire	services de court séjour gériatrique	consultations hospitalières de tabacologie	l'emploi de psychologues dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique	structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle	consultations hospitalières de génétique	centres périnataux de proximité	la nutrition parentérale à domicile hors HAD
ALSACE	485 881	0	0	0	0	0	550 219	160 436	243 509	246 399	548 942	972 131	149 498	2 008 286	420 276	243 167	830 459
AQUITAINE	1 059 241	0	0	0	0	206 143	146 997	792 269	263 807	485 193	1 365 927	1 796 476	0	908 455	517 184	173 836	196 341
AUVERGNE	297 515	0	0	0	0	64 804	160 109	981 801	0	349 917	1 451 611	1 003 617	532 184	890 911	548 836	309 897	340 369
BOURGOGNE	504 334	0	0	134 219	0	130 721	43 697	537 973	0	198 984	267 425	644 313	308 676	366 040	336 717	0	0
BRETAGNE	1 079 468	0	0	0	3 452 974	0	918 683	1 733 457	489 712	690 258	1 301 513	666 580	0	1 452 998	3 234 577	1 528 698	367 284
CENTRE	785 021	0	27 288	141	36 556	171 362	607 425	735 171	60 000	239 525	396 374	813 087	150 778	559 660	2 056 839	1 690 154	0
CHAMPAGNE ARDENNES	187 749	0	0	0	544 099	0	852 117	1 397 663	65 161	143 451	0	434 789	120 000	291 916	277 632	0	0
CORSE	0	0	0	0	0	0	0	0	60 000	0	0	0	0	0	0	0	0
FRANCHE COMTE	266 841	0	0	0	0	140 163	77 767	842 722	0	281 764	545 605	392 743	261 204	1 506 945	476 602	0	0
GUADELOUPE	0	0	0	0	0	0	250 000	0	0	86 004	0	0	0	0	15 000	0	0
ILE DE France	2 203 469	924 821	0	0	0	0	1 907 998	1 510 028	202 038	1 302 461	4 449 742	952 091	206 995	1 958 081	173 129	0	0
LANGUEDOC ROUSSILLON	1 057 065	0	0	0	0	0	2 579 266	990 839	36 000	1 010 146	1 208 094	1 590 696	204 896	1 029 364	1 724 564	0	4 562
LIMOUSIN	273 700	0			0	492 413	252 126	487 822	0	313 981	115 450	334 474	100 138	464 287	54 668	0	0
LORRAINE	890 365	0	0	0	0	0	626 256	2 038 670	152 249	1 080 416	0	1 276 767	223 221	2 194 622	231 188	243 071	0
MARTINIQUE	19 608	0	0	0	0	0	2 550	31 888	439 000	159 160	0	1 085	0	0	0	0	0
MIDI PYRENEES	1 729 028	28 420	0	58 582	0	624 770	344 794	14 645 147	0	202 061	2 094 579	98 977	194 294	2 523 057	369 022	797 313	585 462
NORD PAS DE CALAIS	1 719 402	0	0	-12 943	0	82 095	298 569	2 670 709	243 094	1 316 323	149 783	2 513 718	638 120	2 154 820	777 713	0	3 789 908
BASSE NORMANDIE	746 390	0	1 519 210	2 387 362	0	210 522	166 008	1 199 150	98 935	773 204	1 335 673	931 192	136 766	1 691 301	411 168	800 000	3 417
HAUTE NORMANDIE	1 073 872	0	0	0	0	0	260 117	687 544	276 136	363 189	1 170 299	867 060	219 511	0	904 785	642 661	270 613
PACA	2 171 932	0	0	0	0	210 875	1 180 520	3 750 619	149 234	670 281	274 480	1 305 254	1 060 912	3 728 355	1 088 881	0	369 685
PAYS DE LA LOIRE	1 213 983	0	0	0	11 644	54 457	934 246	779 661	0	851 741	392 967	660 717	358 081	744 152	846 752	454 992	240 914
PICARDIE	653 036	0	0	154 793	0	2 384 241	538 654	2 507 885	0	483 737	465 601	262 861	86 405	792 510	209 850	580 358	0
POITOU CHARENTE	0	0	0	0	0	0	0	130 418	0	291 350	42 931	0	653 654	0	0	0	0
REUNION	294 486	0	175 000	0	233 000	0	430 000	1 135 000	249 000	291 690	0	315 000	126 000	355 000	660 000	208 197	0
RHONE ALPES	1 849 403	486 989	0	39 291	0	0	1 413 664	6 154 861	94 600	1 293 653	2 067 266	1 782 819	108 290	5 482 890	1 580 626	2 036 044	4 621 758
Total	**20 561 789**	**1 440 230**	**1 721 498**	**2 761 445**	**4 278 273**	**4 772 566**	**14 541 784**	**45 901 735**	**3 122 475**	**13 124 888**	**19 644 263**	**19 616 448**	**5 839 623**	**31 103 651**	**16 916 009**	**9 708 388**	**11 620 772**

Dotations déléguées en 2005 par les ARH au titre des MIG de l'article D162-6 2° j) CSS

Tableau 7H (source Arbust MIG) Données en € hors AP-HP
Aide médicale urgente

Région	SAMU	SMUR	CCMM (centre de consultations médicales maritimes)
ALSACE	3 711 095	12 958 119	0
AQUITAINE	8 336 341	25 404 954	0
AUVERGNE	5 507 981	13 528 425	0
BOURGOGNE	4 920 157	24 175 220	0
BRETAGNE	10 550 964	36 418 652	0
CENTRE	7 772 978	26 947 851	0
CHAMPAGNE ARDENNES	4 545 653	19 279 669	0
CORSE	82 550	327 520	0
FRANCHE COMTE	6 576 858	10 776 043	0
GUADELOUPE	2 002 519	5 170 716	0
ILE DE France	10 273 635	43 507 808	0
LANGUEDOC ROUSSILLON	8 421 271	18 116 569	0
LIMOUSIN	2 633 396	8 291 349	
LORRAINE	5 306 166	21 966 188	0
MARTINIQUE	50 135	63 935	0
MIDI PYRENEES	9 291 245	31 631 422	219 464
NORD PAS DE CALAIS	8 330 979	31 426 277	0
BASSE NORMANDIE	5 439 527	16 460 475	0
HAUTE NORMANDIE	3 760 423	17 498 911	0
PACA	13 108 228	46 991 503	0
PAYS DE LA LOIRE	8 617 252	21 322 418	0
PICARDIE	4 853 599	22 048 913	0
POITOU CHARENTE	948 578	51 000	0
REUNION	1 688 823	6 254 365	0
RHONE ALPES	14 355 882	43 543 599	0
Total	**151 086 236**	**504 161 901**	**219 464**

Dotations déléguées en 2005 par les ARH au titre des MIG de l'article D162-6 3° a) à c) CSS

Tableau 7 I (source Arbust MIG) Données en € hors AP-HP
Définition et mise en œuvre des politiques publiques

Région	ENC - étude nationale de coûts	MAD auprès des services de l'Etat chargés de la définition et de la mise en oeuvre de la politique hospitalière	coordination des instances nationale de représentation des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de commission médicale d'établissement et de conférence médicale	MAD auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements de santé	actions de coopération internationale.	centres d'éthique
ALSACE	135 900	40 343	135 079	33 223	77 860	0
AQUITAINE	55 333	0	0	0	0	0
AUVERGNE	29 538	0	0	0	0	40 775
BOURGOGNE	0	61 290	0	0	0	111 685
BRETAGNE	230 646	88 957	0	0	33 100	0
CENTRE	0	116 702	0	32 905	0	0
CHAMPAGNE ARDENNES	0	0	0	0	0	0
CORSE	0	0	0	0	0	0
FRANCHE COMTE	0	0	0	503	0	17 533
GUADELOUPE	0	0	0	0	0	0
ILE DE France	0	2 374 732	0	0	0	27 243
LANGUEDOC ROUSSILLON	288 996	0	0	94 920	0	231
LIMOUSIN	51 900	0	0	10 590	50 000	
LORRAINE	8 700	0	0	0	0	0
MARTINIQUE	0	0	0	0	0	0
MIDI PYRENEES	127 205	138 080	0	0	0	0
NORD PAS DE CALAIS	0	0	0	47 407	0	7 819
BASSE NORMANDIE	0	0	0	0	0	2 347
HAUTE NORMANDIE	0	11 500	0	48 620	0	0
PACA	37 554	140 614	12 076	87 895	160 000	253 041
PAYS DE LA LOIRE	267 534	136 975	0	-767	0	23 267
PICARDIE	5 000	75 663	0	0	0	0
POITOU CHARENTE	43 065	0	0	0	0	0
REUNION	0	0	0	0	0	0
RHONE ALPES	114 431	136 697	0	0	0	36 401
Total	**1 395 802**	**3 321 553**	**147 155**	**355 296**	**320 960**	**520 343**

Dotations déléguées en 2005 par les ARH au titre des MIG de l'article D162-7 2° CSS

Tableau 7J (source Arbust MIG) Données en € hors AP-HP
Soins aux détenus

Région	UCSA (unités de consultations et de soins ambulatoires)	UHSI (Unités hospitalières sécurisées interrégionales)	chambres sécurisées pour détenus
ALSACE	3 465 413	0	0
AQUITAINE	5 709 608	2 600 000	0
AUVERGNE	2 556 156	0	0
BOURGOGNE	3 254 681	0	0
BRETAGNE	5 626 340	0	0
CENTRE	4 670 895	0	0
CHAMPAGNE ARDENNES	2 642 237	0	0
CORSE	56 130	0	0
FRANCHE COMTE	1 542 528	0	0
GUADELOUPE	1 134 187	0	0
ILE DE France	16 872 060	0	0
LANGUEDOC ROUSSILLON	5 902 656	0	0
LIMOUSIN	1 263 168	0	
LORRAINE	5 849 360	1 904 248	0
MARTINIQUE	86 668	0	0
MIDI PYRENEES	5 521 081	242 042	0
NORD PAS DE CALAIS	15 116 205	61 337	0
BASSE NORMANDIE	3 016 960	0	0
HAUTE NORMANDIE	4 238 556	0	0
PACA	14 866 380	1 315 110	25 000
PAYS DE LA LOIRE	2 825 868	0	0
PICARDIE	4 471 436	0	0
POITOU CHARENTE	108 493	0	0
REUNION	1 541 320	0	99 059
RHONE ALPES	6 853 875	3 288 502	0
Total	**119 192 261**	**9 411 239**	**124 059**

Annexe juridique – Code de la sécurité sociale

1. Article L. 162-22-13

(Loi nº 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 25 I Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005)

(Loi nº 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 18 Journal Officiel du 21 décembre 2004)
(Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 45 Journal Officiel du 20 décembre 2005)

Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4º du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, à ceux relatifs à la mise en oeuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.
L'Etat détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale et fixe, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements.
En vue de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de l'hospitalisation est transmis avant le 15 octobre de chaque année au Parlement et aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés au premier alinéa, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions et de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement, ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements.
Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation.

2. Article D. 162-6

(Décret nº 2005-246 du 14 mars 2005 art. 2 Journal Officiel du 18 mars 2005 en vigueur le 1er janvier 2005)

(inséré par Décret nº 2005-336 du 8 avril 2005 art. 1 Journal Officiel du 10 avril 2005)

Peuvent être financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 les dépenses correspondant aux missions d'intérêt général suivantes :
1º L'enseignement, la recherche, le rôle de référence et l'innovation. Notamment, à ce titre :
a) La recherche médicale et l'innovation, notamment la recherche clinique ;
b) L'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux ;
c) La recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours ;
d) Les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs ;
2º La participation aux missions de santé publique mentionnées ci-dessous :
a) La vigilance, la veille épidémiologique, l'évaluation des pratiques et l'expertise réalisées par des centres de référence au bénéfice des autorités de santé publique, des établissements de santé ou du public ;
b) La formation, le soutien, la coordination et l'évaluation des besoins du patient réalisés par des équipes pluridisciplinaires intervenant auprès des équipes soignantes ;
c) La collecte, la conservation et la distribution des produits d'origine humaine, à l'exception de la part de cette activité couverte par les tarifs de cession ;
d) L'assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux et les dispositifs ayant pour objet de favoriser le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci ;
e) Le dépistage anonyme et gratuit effectué dans les conditions prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique ;
f) La prévention et l'éducation pour la santé ;
g) Le conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes ;
h) La veille sanitaire, la prévention et la gestion des risques sanitaires liés à des circonstances exceptionnelles ;
i) L'intervention d'équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies en consultation ou en hospitalisation ;
j) L'aide médicale urgente réalisée par les services d'aide médicale urgente et les services mobiles d'urgence et de réanimation respectivement mentionnés aux articles L. 6112-5 et R. 712-71-1 du code de la santé publique ;
3º La participation à la définition et à la mise en oeuvre des politiques publiques dans les domaines suivants :
a) La politique hospitalière ;
b) Le développement du dialogue social dans le secteur hospitalier ;
c) La coopération internationale en matière hospitalière.

3. Article D. 162-7

(Décret nº 2005-246 du 14 mars 2005 art. 2 Journal Officiel du 18 mars 2005 en vigueur le 1er janvier 2005)
(inséré par Décret nº 2005-336 du 8 avril 2005 art. 1 Journal Officiel du 10 avril 2005)

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

dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations spécifiques dans les conditions suivantes :
1º Prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnatals de proximité ;
2º Prise en charge des détenus dans des unités hospitalières spécialisées ou dans les établissements pénitentiaires ;
3º Prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé.

4. Article D. 162-8

(Décret nº 2005-246 du 14 mars 2005 art. 2 Journal Officiel du 18 mars 2005 en vigueur le 1er janvier 2005)
(inséré par Décret nº 2005-336 du 8 avril 2005 art. 1 Journal Officiel du 10 avril 2005)

Un arrêté précise la liste des structures, des programmes et des actions ainsi que des actes et produits pris en charge par la dotation nationale mentionnée à l'article L. 162-22-13 au titre des missions mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7.
Cette dotation participe au financement de ces missions dans la limite des dépenses y afférentes à l'exclusion de la part incombant à d'autres financeurs en application de dispositions législatives ou réglementaires et de celle déjà supportée par l'assurance maladie en application des dispositions législatives ou réglementaires relatives à la prise en charge des soins.