



Rapport 2012 au Parlement sur le financement des établissements de santé

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

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Rappel des dispositions législatives relatives au rapport | 5 |
| 1. Les conditions de réalisation de l'exercice 2011 ont servi au cadrage de la campagne 2012..... | 6 |
| 1.1. L'exécution 2011 sur le champ ODMCO | 7 |
| 1.1.1. L'évolution de l'activité des établissements de « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) en 2011 | 7 |
| 1.1.2. Zoom sur quelques activités spécifiques | 13 |
| 1.1.2.1. La chirurgie ambulatoire | 13 |
| 1.1.2.2. Les soins palliatifs | 17 |
| 1.2. L'exécution 2011 sur le champ des dotations..... | 20 |
| 1.2.1. Présentation des ordres de grandeur macro-économiques sur le champ des dotations (MIGAC, FMESPP, FIQCS et FIR) en comparaison avec les années antérieures : | 20 |
| 1.2.2. Zoom sur les montants des principales MIG / AC (évolution des principales dotations MIGAC) | 22 |
| 1.2.3. Mises en réserves prudentielles des dotations AC et dégels différenciés entre régions, en fonction de la dynamique d'activité : un moyen de sensibiliser les régions et les établissements à la nécessaire maîtrise des volumes | 25 |
| 1.2.4 Les dotations FMESPP et FIQCS ont également contribué en 2011 au financement des projets des établissements de santé | 26 |
| 1.3. La situation financière des établissements de santé en 2009 et 2010 | 29 |
| 1.3.1. La Situation financière des établissements <i>ex-DG</i> | 29 |
| 1.3.2. La situation financière des cliniques privées | 32 |
| 2. Les principales évolutions apportées au modèle de financement en 2012..... | 33 |
| 2.1. Le cadrage des sous-objectifs de l'ONDAM en 2012..... | 34 |
| 2.1.1. Présentation des grands agrégats de l'ONDAM hospitalier en 2012 | 34 |
| 2.1.2. Les ajustements opérés pour aboutir à ces équilibres | 34 |
| 2.2. Les évolutions apportées en 2012 sur le champ ODMCO | 36 |
| 2.2.1. Les évolutions en termes de classification et prestations sur le champ MCO..... | 36 |
| 2.2.2. Les modalités de construction tarifaire en 2012..... | 38 |
| 2.2.3. Le bilan de la convergence tarifaire entre 2006 et 2012 | 40 |
| 2.3. Les évolutions apportées en 2012 sur le champ MIGAC | 44 |
| 2.3.1. Les principes qui ont présidé à la construction de la dotation MIGAC en 2012 | 44 |
| 2.3.2. La sécurisation juridique des MIGAC | 51 |
| 2.4. En parallèle des évolutions apportées au modèle de financement, la production d'outils non financiers (guide SROS, IPA, travaux sur la pertinence) de régulation de l'offre de soins permettent d'améliorer le pilotage de l'offre de soins..... | 54 |
| 2.4.1. Le guide SROS-PRS | 54 |
| 2.4.2. Le guide Indicateurs de Pilotage de l'Activité (IPA)..... | 55 |

| | |
|---|-----------|
| 2.4.3. Les travaux sur la pertinence des soins | 56 |
| 3. Les perspectives d'évolution des modèles de financement des établissements de santé | 57 |
| 3.1. Les perspectives d'évolutions de la T2A dans le champ des établissements MCO.... | 58 |
| 3.1.1. La convergence ciblée fondée sur une logique médico-économique a atteint ses limites : les deux secteurs ont des missions différentes et complémentaires | 58 |
| 3.1.2. Le financement à la qualité..... | 58 |
| 3.1.3. L'adaptation de la T2A aux établissements isolés..... | 60 |
| 3.1.4. Les travaux menés sur les urgences et les études de coût..... | 63 |
| 3.1.5. Le lancement d'études de coût sur la réanimation | 63 |
| 3.1.6. L'adaptation de la T2A aux activités non-programmées | 64 |
| 3.2. Les perspectives d'évolutions des modèles de financement hors du champ MCO | 66 |
| 3.2.1. L'extension de la T2A au SSR | 66 |
| 3.2.2. La réforme des modalités de convergence des USLD | 67 |
| 3.3. Les travaux conduits sur le champ MIGAC | 68 |
| 3.3.1. Les travaux conduits en 2012 pour faire évoluer le modèle de financement | 68 |
| 3.3.2. Les évolutions des systèmes d'information: pour une meilleure transparence dans l'allocation des ressources | 74 |
| 4. Annexes..... | 75 |
| Annexe 1 : Evolution du nombre de séjours par CMD secteur ex DG | 75 |
| Annexe 1 : Evolution du nombre de séjours par CMD secteur ex OQN..... | 76 |
| Annexe 2 : Liste des 19 couples de racines en chirurgie ambulatoire | 78 |
| Annexe 3 Soins palliatifs : Liste des 25 GHM ayant le plus grand nombre de séjours avec un DAS de soins palliatifs en 2011 (secteur ex-DG)..... | 79 |
| Annexe 3 Soins palliatifs : Liste des 25 GHM ayant le plus grand nombre de séjours avec un DAS de soins palliatifs en 2011 (secteur ex-OQN) | 80 |
| Annexe 4 : LFSS pour 2004 (VII de l'article 33), qui sera abrogée dans la LFSS pour 2013..... | 81 |
| Annexe 6 : Economie réalisées sur la convergence en 2011..... | 82 |
| Annexe 7 : Eléments chiffrés sur l'évolution des dotations MIGAC..... | 92 |

Rappel des dispositions législatives relatives au rapport

Article L162-22-19

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

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

2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. A ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements ;

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

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

SYNTHESE DU CHAPITRE 1

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

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

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

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

1.1. L'exécution 2011 sur le champ ODMCO

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

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

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

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

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

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

| Ex DG + ex OQN | Séjours en milliers | | | Evolution 2009/2010 | | Evolution 2010/2011 | |
|------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | En milliers | En % | En milliers | En % |
| Séjours sans nuitée | 5 846.3 | 5 941.5 | 6 145.9 | 95.1 | 1.6% | 204.5 | 3.4% |
| Hospitalisation complète | 10 870.7 | 10 856.5 | 10 879.7 | - 14.2 | -0.1% | 23.2 | 0.2% |
| Total hospitalisation | 16 717.1 | 16 798.0 | 17 025.6 | 80.9 | 0.5% | 227.7 | 1.4% |
| Séances | 5 585.4 | 5 789.4 | 6 039.0 | 204.0 | 3.7% | 249.6 | 4.3% |
| TOTAL | 22 302.5 | 22 587.4 | 23 064.7 | 284.9 | 1.3% | 477.3 | 2.1% |
| Ex DG | Séjours en milliers | | | Evolution 2009/2010 | | Evolution 2010/2011 | |
| | 2009 | 2010 | 2011 | En milliers | En % | En milliers | En % |
| Séjours sans nuitée | 2 817.0 | 2 840.6 | 2 921.4 | 23.7 | 0.8% | 80.7 | 2.8% |
| Hospitalisation complète | 7 704.1 | 7 750.9 | 7 810.8 | 46.7 | 0.6% | 59.9 | 0.8% |
| Total hospitalisation | 10 521.1 | 10 591.5 | 10 732.2 | 70.4 | 0.7% | 140.7 | 1.3% |
| Séances | 4 827.9 | 5 034.0 | 5 290.4 | 206.1 | 4.3% | 256.4 | 5.1% |
| TOTAL | 15 349.1 | 15 625.6 | 16 022.6 | 276.5 | 1.8% | 397.0 | 2.5% |

Source : ATIH 2011

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

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

Source : ATIH 2011

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

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

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

Source : ATIH 2011

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

b) Evolution du volume économique

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

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

Il est obtenu en pondérant les séjours par leur tarif. Il apporte donc un éclairage sur l'évolution de la masse financière de l'activité mais ne peut pas être interprété directement comme un niveau de recettes pour les établissements. En effet, la valorisation monétaire mesure uniquement la production tarifaire des GHS (c'est à dire intègre la modalité de financement des séjours extrêmes mais pas les suppléments journaliers). Elle est opérée en tarif tout compris et ne tient pas compte des coefficients de transition afin de pouvoir comparer à périmètre constant les données de 2009 et 2010 avec celles de 2011. En effet, le principe de coefficient de transition est arrivé à son terme en 2011. Il convient de noter que les données d'activité propres à chaque exercice sont groupées selon la même classification (c'est à dire en version v11c de la classification des GHM) et valorisées selon l'arrêté tarifaire en vigueur pour les deux secteurs au 1^{er} mars 2011.

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

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

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

Source : ATIH 2011

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

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

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

Source : ATIH 2011

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

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

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

Pour le secteur Ex DGG :

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

Pour le secteur Ex OQN :

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

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

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

Source : ATIH 2011

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

| CAS | 2011 | | Evolution 2010/2011 | | |
|--|-----------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------------|
| | Part en séjours | Part en volume économique | Evolution du volume économique | - dont nombre de séjours | - dont effet structure |
| Chirurgie ambulatoire | 20.8% | 13.6% | +7.5% | +6.7% | +0.7% |
| Chirurgie non ambulatoire | 22.7% | 46.4% | +1.6% | -0.8% | +2.4% |
| Total chirurgie | 43.5% | 60.0% | +2.9% | +2.6% | +0.2% |
| Séjour sans acte classant sans nuitée | 2.6% | 0.8% | +0.8% | +0.1% | +0.7% |
| Séjour sans acte classant avec nuitée(s) | 10.3% | 13.1% | +0.2% | -1.1% | +1.3% |
| Total séjour sans acte classant | 13.0% | 13.8% | +0.3% | -0.9% | +1.1% |
| Obstétrique mère | 4.2% | 5.7% | -3.0% | -3.4% | +0.5% |
| Obstétrique enfant | 3.2% | 2.5% | -2.8% | -3.4% | +0.6% |
| Total Obstétrique | 7.4% | 8.2% | -2.9% | -3.4% | +0.5% |
| Techniques peu invasives | 25.5% | 14.7% | +2.3% | +2.0% | +0.4% |
| Séances | 10.6% | 3.3% | -0.9% | -0.9% | -0.0% |
| Total | 100.0% | 100.0% | +1.8% | +1.2% | +0.6% |

Source : ATIH 2011

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

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

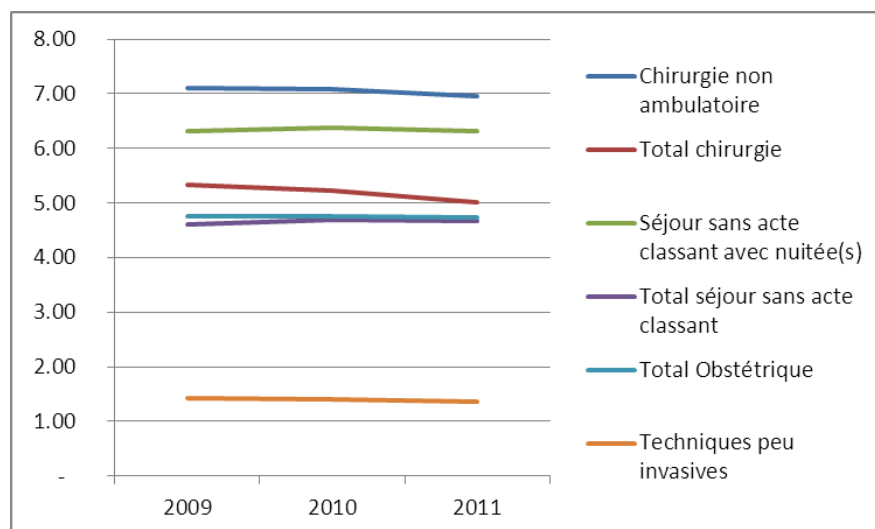
- une nette diminution de la DMS sur l'ensemble de la chirurgie s'expliquant à la fois par une légère diminution de la DMS en chirurgie non ambulatoire et surtout par une progression de la part de séjours en chirurgie ambulatoire ;
- une relative stabilité de la DMS pour les séjours sans acte classant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

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

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

Source : ATIH 2011

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



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

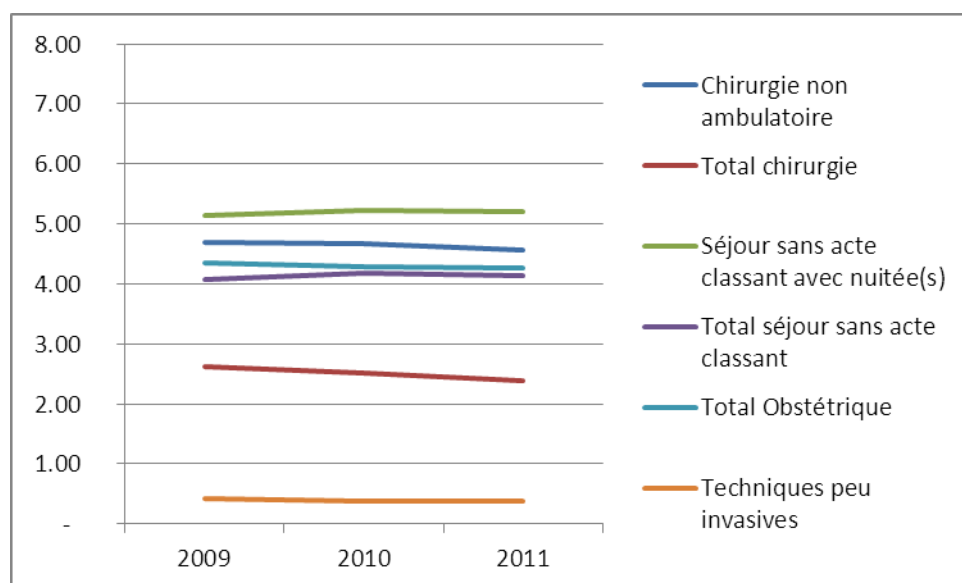
² Les CAS se décomposent en chirurgie (ambulatoire et non ambulatoire), séjours sans acte classant (avec et sans nuitée), obstétrique (enfant et mère), techniques peu invasives et séances.

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

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

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

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



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

- Secteur ex DG :

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

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

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

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

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

1.1.2. Zoom sur quelques activités spécifiques

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

1.1.2.1. La chirurgie ambulatoire

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

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

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

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

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

- L'élaboration de plans d'actions régionaux dans le cadre du programme 2010-2013 de gestion du risque partagé entre les ARS et l'assurance maladie. Ce programme national piloté par la DGOS associe l'ensemble des acteurs, sur la promotion de la chirurgie ambulatoire. Il appartient à chaque ARS d'élaborer en 2012 des plans d'actions régionaux mobilisant les différents leviers identifiés (patients, professionnels, établissements de santé,...).

- L'amplification des incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire mises en œuvre depuis 2007 afin de créer une incitation en faveur des séjours très courts (sans nuitée) et une désincitation à l'hospitalisation complète. Pour 2012, des actions incitatives complémentaires sont mises en œuvre concernant notamment l'élargissement du champ des GHM à tarif unique (39 désormais), la mise en œuvre de nouveaux rapprochements tarifaires entre l'ambulatoire et le premier niveau d'hospitalisation complète, ou encore l'incitation aux pratiques innovantes de chirurgie ambulatoire. En 2011, l'ensemble des tarifs des séjours ambulatoires a été revalorisés au moins au niveau de leur coût ajusté à la masse tarifaire.
- La poursuite et l'élargissement par la CNAMTS de la politique de mise sous accord préalable (MSAP) à de nouveaux gestes (38 gestes marqueurs en 2012).
- L'inscription d'objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire dans les SROS-PRS publiés en 2012, déclinés dans la contractualisation entre l'Etat et les ARS et entre les ARS et les établissements de santé.
- La mise en œuvre d'un programme commun d'action HAS/ANAP comportant notamment la publication d'un « socle de connaissances » (avril 2012), la production d'outils organisationnels et médico-économiques à destination des acteurs, ou encore l'accompagnement personnalisé d'établissements de santé et d'ARS.
- L'évolution de certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation complète (décret du 20 août 2012). Ce texte répond à un double objectif :
 - faciliter l'ensemble des prises en charge alternatives parmi lesquelles celles d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires,
 - conserver et renforcer la qualité de ces prises en charge fondée sur une organisation spécifique.
- Le développement d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins spécifiques en chirurgie ambulatoire. Des travaux sont menés depuis 2011 par la DGOS dans le cadre d'un groupe de travail associant l'ensemble des acteurs concernés. L'objectif est de mettre au point des indicateurs généralisables, notamment à partir des travaux de recherche COMPAQ et CLARTE.

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

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

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

- **Dans les établissements du secteur ex DG :**

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

- **Dans les cliniques privées du secteur ex OQN :**

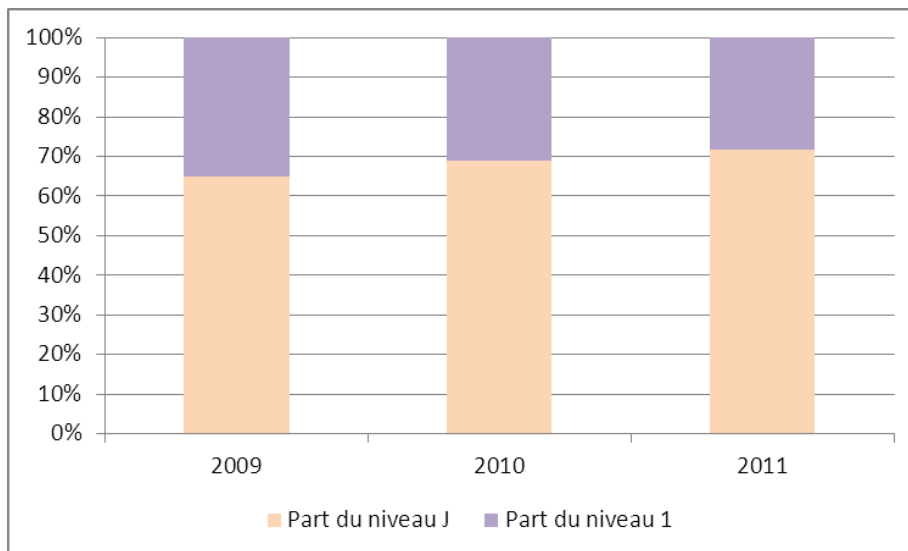
- 1 477 529 séjours de niveaux J et 1 ont été réalisés, en hausse de +3.3% par rapport à 2010
- Ils représentent 21,0% du total des séjours/séances (toutes activités confondues) réalisés par le secteur ;
- 83,3% de ces séjours sont pris en charge en ambulatoire et sont en hausse de +6,3% par rapport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

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

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

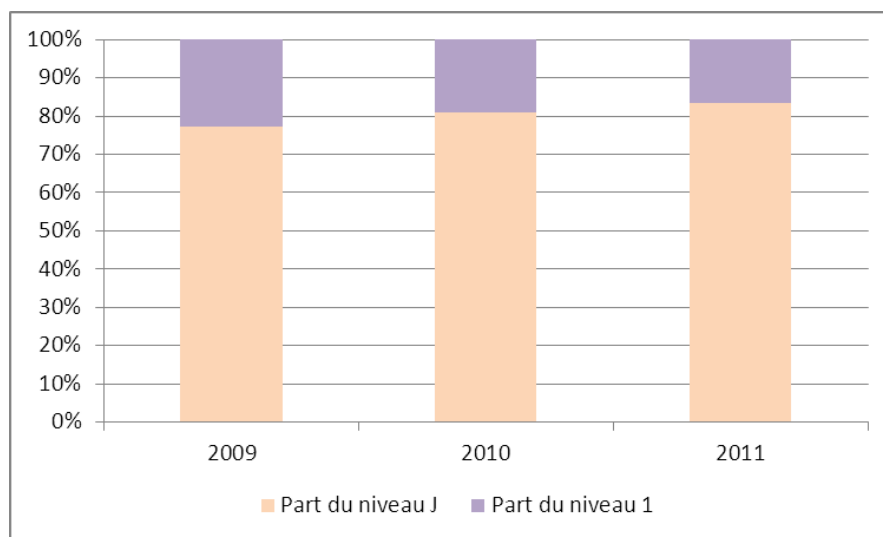
Source : ATIH

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



Source : ATIH

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



Source : ATIH

b) Evolution du volume économique en chirurgie ambulatoire en 2011

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

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

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

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

Source : ATIH

1.1.2.2. Les soins palliatifs

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

L'activité de soins palliatifs est distinguée selon :

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

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

a) L'activité de soins palliatifs en MCO

Evolution de l'activité et de sa lisibilité

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* remarque identique au secteur ex DG

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

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

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

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

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

b) Les éléments de construction tarifaire

S'agissant de l'activité MCO, la mise en place de la tarification à l'activité ainsi que la création du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 qui, lors de la construction des objectifs, réservent des ressources aux établissements au titre de la création de lits identifiés ou d'unités de soins palliatifs a nécessité de créer des GHS différents pour le même GHM 23Z02Z. Ainsi trois GHS identifient les séjours de soins

palliatifs, les séjours de soins palliatifs dans un lit identifié et ceux réalisés au sein d'une unité de soins palliatifs. Chacun de ces GHS a son tarif propre valorisé de 30 % pour les séjours en LISP et de 50 % pour les séjours en USP par rapport au tarif de soins palliatifs en lit standard. Ces majorations correspondent aux moyens spécifiques attribués aux LISP et USP.

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

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

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

c) Activité de soins palliatifs financée en MIGAC

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

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

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

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

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

1.2. L'exécution 2011 sur le champ des dotations

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

a) Evolution de la dotation MIGAC en 2011

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

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

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

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

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

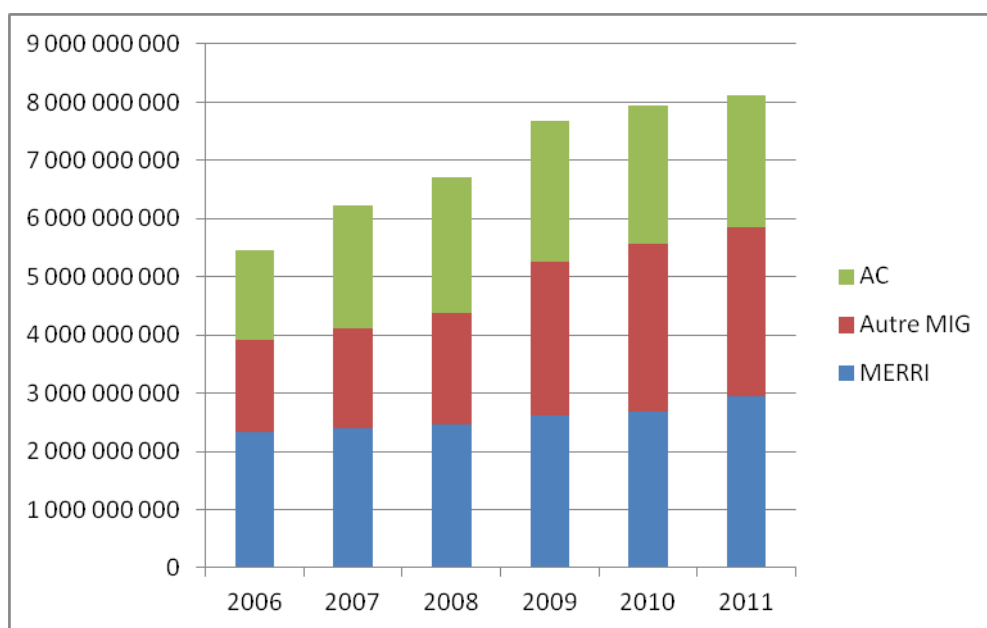
Alors que les crédits AC avaient diminué de 0,1% en 2010 par rapport à 2009, ils diminuent de 6,7% entre 2010 et 2011, en exécution.

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

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

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

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



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

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

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

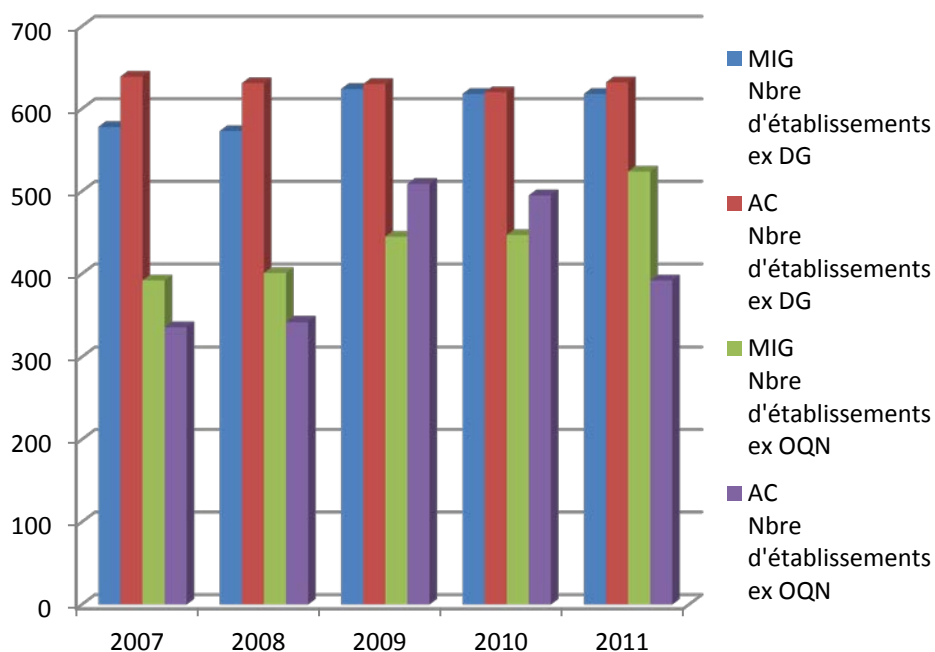
L'évolution de la répartition des crédits MIG et AC entre les établissements antérieurement placés sous dotation globale (ex DG), d'une part, et les établissements antérieurement placés sous objectif quantifié national (ex OQN), d'autre part, est présentée dans le tableau ci-dessous.

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

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

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

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



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

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

a) Les missions d'intérêt général

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

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

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

Ainsi, les dotations relatives aux MERRI représentent en 2011 environ 51% des financements accordés à l'ensemble des missions d'intérêt général, contre 48% en 2010. L'aide médicale d'urgence (dotations des SMUR et des SAMU) constitue, comme en 2010, 16% des dotations des missions d'intérêt général.

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

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

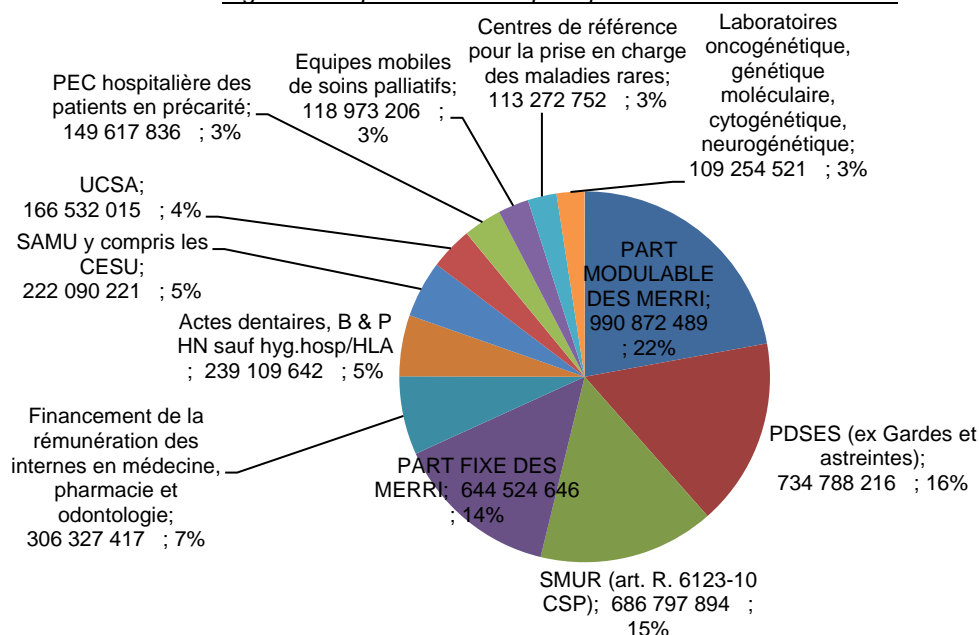
La dotation de la part modulable des MERRI (991 M€) devient en 2011 la plus importante, loin devant la part fixe des MERRI (645 M€). Ce mouvement de progression de la part modulable compensée par la décreue de la part fixe, amorcé en 2008 est voué à se poursuivre jusqu'à extinction de la part fixe prévue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

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

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

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

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



Source : ARBUST MIGAC 2011 (DGOS / ATIH)

b) L'aide à la contractualisation

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

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

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

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

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

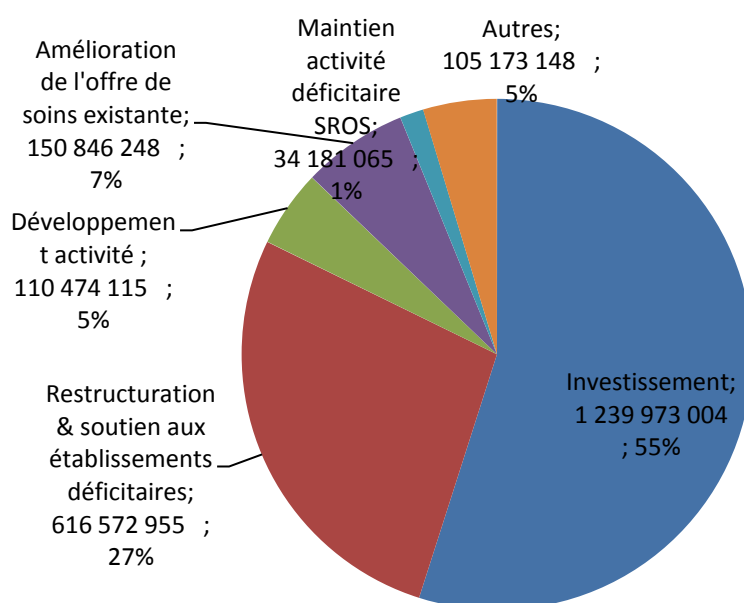
Au sein de la catégorie du « développement de l'activité » (5% du total des crédits alloués en aide à la contractualisation), le soutien aux activités d'obstétrique et à la périnatalité représente la part la plus importante avec 34% des crédits alloués. Viennent ensuite l'aide aux activités de cancérologie (17% des crédits alloués) et au développement des urgences (13%).

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

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

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

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



Source ARBUST MIGAC 2011 (DGOS/ATI)

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2-4.1 Les dotations versées au titre du FMESPP

Dès 1998, la reconstitution du tissu hospitalier avait justifié la mise en place d'un dispositif exceptionnel de financement des établissements de santé, distincts des crédits versés par les caisses d'assurance maladie et comptabilisés dans l'ONDAM. A son origine, ce dispositif finançait des mesures d'accompagnement social des opérations liées à la modernisation des établissements de santé, favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels. Le FMESPP est régi par le décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 modifié, qui précise les missions et le champ d'intervention du fonds.

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

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

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

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

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

Les délégations au titre de 2011 se répartissent désormais, comme suit, entre crédits nationaux et régionaux, et entre crédits fongibles et non fongibles, c'est-à-dire tous les

crédits FMESPP régionaux à l'exception de ceux finançant les dépenses de fonctionnement, dont les systèmes d'information et d'investissement immobilier.

| SUIVI ANNUEL DU FMESPP | | 2011 | délégué/total délégué |
|--|---|--------------------|--------------------------|
| Montant LFSS | | 347 710 000 | |
| Crédits reportés N-1 | | 40 529 742 | |
| Total RESSOURCES | | 388 239 742 | |
| National | ATIH | 1 120 000 | 0,31% |
| Régional non fongible | H 2012 | 151 641 872 | 41,95% |
| | Autres opérations d'investissement | 32 408 500 | 8,96% |
| | Autres opérations | 24 329 280 | 6,73% |
| | total | 208 379 652 | 57,64% |
| total délégué non fongible | | 209 499 652 | 57,95% |
| total délégué régional fongible | | 152 012 113 | 42,05% |
| TOTAL DELEGUES | | 361 511 765 | 100,00% |
| Solde des crédits non délégués (report N) | | 26 727 977 | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3.1. La Situation financière des établissements *ex-DG*⁴

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

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

a) Des résultats contrastés selon les établissements

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

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

La dégradation du résultat global concerne toutes les catégories d'établissements mais de manière variable. Si les ex hôpitaux locaux (ex HL) et les ex centres hospitaliers spécialisés (ex CHS) continuent de dégager un résultat excédentaire, celui-ci est en diminution, respectivement - 3 % et - 31 %. Les CHU stabiliseraient leur déficit à 260 M€, après l'avoir nettement réduit en 2009. Enfin, ce sont les centres hospitaliers qui enregistraient la dégradation la plus forte de leur résultat. Ils passeraient d'un déficit de 15 M€ en 2010 à 84 M€ en 2011. Cette aggravation serait le fait des établissements de taille budgétaire moyenne (entre 20 et 70 M€) et importante (plus de 70 M€). Le nombre d'hôpitaux déficitaires dans ces deux catégories d'établissements aurait par ailleurs nettement progressé.

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

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

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

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

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

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

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

Données en millions d'euros

Source : ATIH

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

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

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

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

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

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

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

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

Les charges de titres 2 et 3 progressent selon des rythmes un peu plus soutenus, respectivement 3,35 % et 4,17 %.

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

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

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

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

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

Données en millions d'euros

Source : ATIH

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

1.3.2. La situation financière des cliniques privées

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

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

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

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

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

SYNTHESE DU CHAPITRE 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.2. Les ajustements opérés pour aboutir à ces équilibres

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

a) Les mesures d'économies

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

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

- Performance hospitalière (150M€) ;
- Rationalisation des achats (145M€) ;
- Lutte contre la fraude à l'hôpital (25M€) ;

- Liste en sus (30M€) ;
- Convergence ciblée (100M€) sur le secteur ex-DG.

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

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

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

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

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

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

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

2.2. Les évolutions apportées en 2012 sur le champ ODMCO

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

La construction tarifaire a ainsi répondu aux grandes orientations suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Concernant la CMD 15 : la refonte a entraîné un changement de paradigme. En effet ce dernier prenait en compte auparavant seulement les naissances et les suites des naissances ; aujourd'hui le nouveau périmètre tient compte de l'âge du nouveau-né, de son mode d'entrée, de son poids ainsi que des diagnostics qui lui sont associés.

En dehors des CMD 14 et 15, les autres évolutions de la classification des GHM pour 2012 ont été relativement modestes. Seule la chirurgie ambulatoire a été concernée. En effet, afin de poursuivre les travaux relatifs à l'incitation à la chirurgie ambulatoire 9 GHM d'ambulatoire

(en J) ont été créés, un GHM en J a été segmenté en deux (amygdales et végétations) permettant une meilleure description médicale et en conséquence une tarification plus adaptée. Un GHM a été supprimé soit le GHM 05C14J «Pose d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc » car le nombre de séjours réalisés était trop faible pour le dissocier du GHM de niveau 1 d'hospitalisation complète. Par ailleurs, 3 GHM médicaux de très courte durée en T ont été créés.

b) Les évolutions des catégories de prestations⁹

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

Suppressions :

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

Créations :

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

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

- **Supplément pour le financement de l'antepartum pour les séjours se terminant par un accouchement.** L'antepartum n'étant pas pris en compte dans la refonte de la CMD 14 au sein des niveaux de sévérité, il s'est avéré nécessaire de financer la prise en charge de la patiente sur la période allant de l'entrée jusqu'à deux jours avant l'accouchement par un supplément. Ainsi ce supplément est facturable pendant la durée de l'antepartum en sus du GHS d'accouchement.
- **Supplément pour le financement de la radiothérapie pédiatrique en séance :** ce supplément est facturable en sus de la séance de radiothérapie pour les prises en charge des enfants de moins de 18 ans. Il finance le temps infirmier supplémentaire lié à l'enfant.

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

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

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

c) Les évolutions concernant la liste en sus

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

2.2.2. Les modalités de construction tarifaire en 2012

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

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

a) Le changement de périmètre des GHM

Les principaux changements de périmètre de GHM sont liés à :

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

b) Les modulations tarifaires

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

Chirurgie ambulatoire

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

- Tarif unique entre le niveau d'ambulatoire (J) et le niveau 1 d'hospitalisation complète pour 12 GHM ;
- Fixation des tarifs du niveau J au niveau 1 pour toutes les créations de J de 2012 ;
- Rapprochements tarifaires entre le J et le niveau 1 d'hospitalisation complète pour 18 GHM ;
- Incitations aux pratiques innovantes ambulatoires par les suppressions des bornes basses ;
- Revalorisation tarifaire de l'ensemble de la chirurgie classée en J

- Diminution de l'incitation tarifaire pour les GHM dont le taux d'ambulatoire est supérieur à 80% et le sur-financement par rapport aux tarifs issus des coûts de plus de 10% pour le niveau J

Convergence ciblée :

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

c) Evolution des tarifs 2012

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

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

d) La révision des coefficients géographiques

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 18 : Synthèse des coefficients géographiques depuis 2004

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

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

a) Rappel de l'historique

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

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

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

¹⁰ Cf. annexe 4

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

Historique du chemin parcouru : Bilan de la convergence

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

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

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

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

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

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

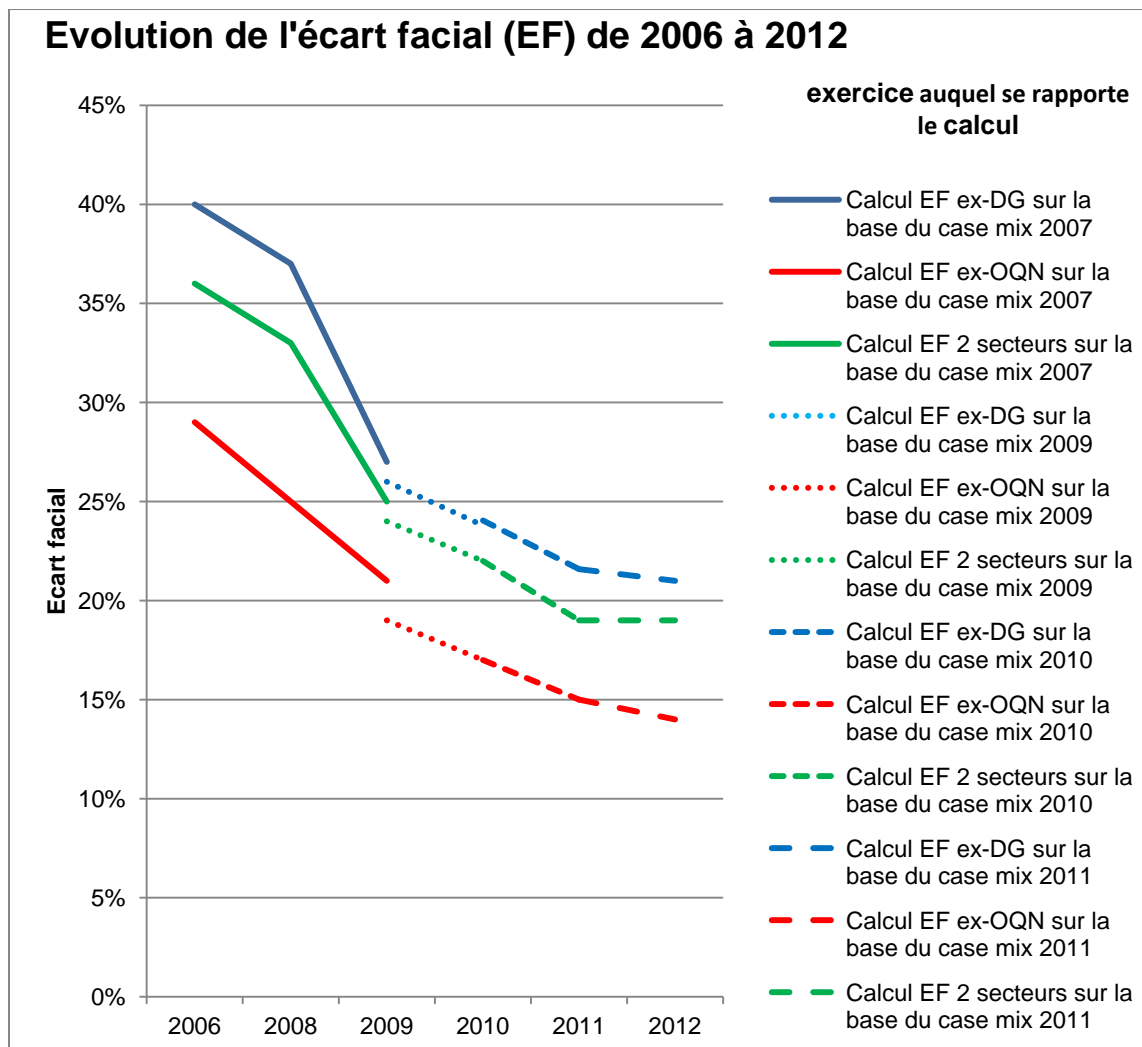
Tableau n° 19 : L'écart facial depuis 2006¹²

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

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

¹² Voir annexe 5

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



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

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

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

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

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

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

* Valeur 2009

c) L'expérimentation d'une convergence ciblée

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

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

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

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

Cette approche a été appliquée de manière identique sur les deux secteurs hospitaliers, sachant que pour le secteur ex-OQN, il ne s'agissait pas de réaliser une économie nette : ainsi la somme dégagée a été redistribuée au bénéfice d'activités de chirurgie dites de haute technicité ayant un écart négatif avec les tarifs issus des coûts (rapprochement à hauteur de 75%).

2.3. Les évolutions apportées en 2012 sur le champ MIGAC

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

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

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

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

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

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

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

La MIG relative à la participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret du 10 mars 1997. Cette création est la résultante de la suppression de la dotation annuelle complémentaire dite « DAC 100 » de l'AP-HP jusque là versée sous forme d'aide à la contractualisation. Elle permet de compenser des surcoûts salariaux liés à des obligations réglementaires pour l'AP-HP.

b) L'extension de la JPE en 2012

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

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

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

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

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

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

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

Dans la continuité des campagnes 2010 et 2011 et afin de garantir le respect de l'ONDAM hospitalier 2012, 415M€ ont été mis en réserve en ce début d'année, dont 298 M€ sur les crédits régionaux. Les mises en réserve étaient jusqu'à présent imputées sur les seules dotations AC. En 2012, la répartition des mises en réserve sur les crédits régionaux a été laissée à l'appréciation des ARS au sein des enveloppes AC et DAF. Il en découle la répartition suivante : 203,5 M€ des crédits mis en réserve sont affectés à la AC et 94,5 M€ sont mis en réserve sur les enveloppes DAF et USLD.

La mise en réserve a été modulée au regard de l'évolution de l'activité de chaque région (évolution MCO secteur ex-DG et ex-OQN), ajustée par son évolution démographique et son

niveau relatif de consommation de soins mesuré par les taux ajustés de recours à l'offre de soins.

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

d) la péréquation sur les MIG et AC

Depuis la création de la dotation nationale de financement des MIGAC, l'un des objectifs poursuivis en matière de gestion des MIGAC a été de réduire les disparités régionales dans les montants alloués en se fondant sur deux critères :

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

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

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

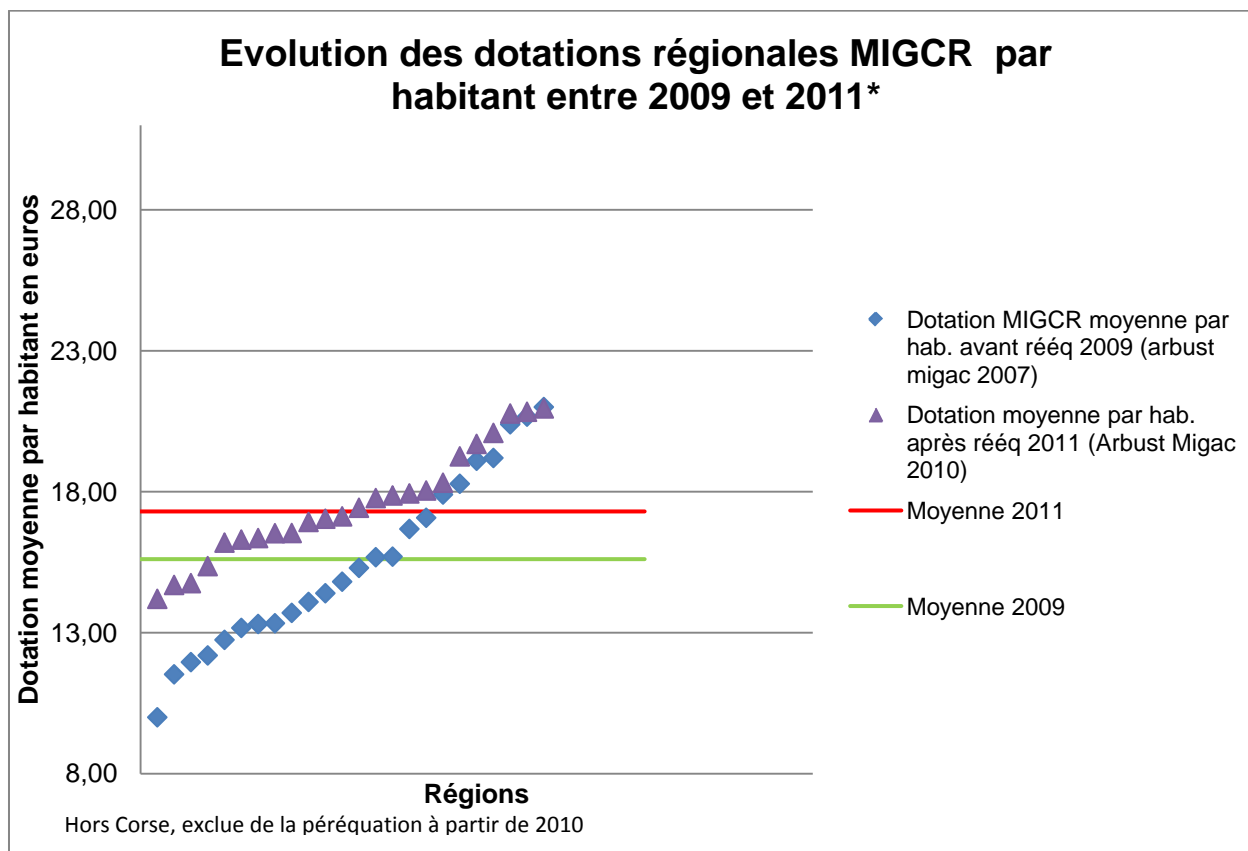
Fin du rééquilibrage des dotations MIG à caractère régional

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

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

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

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



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

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

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

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

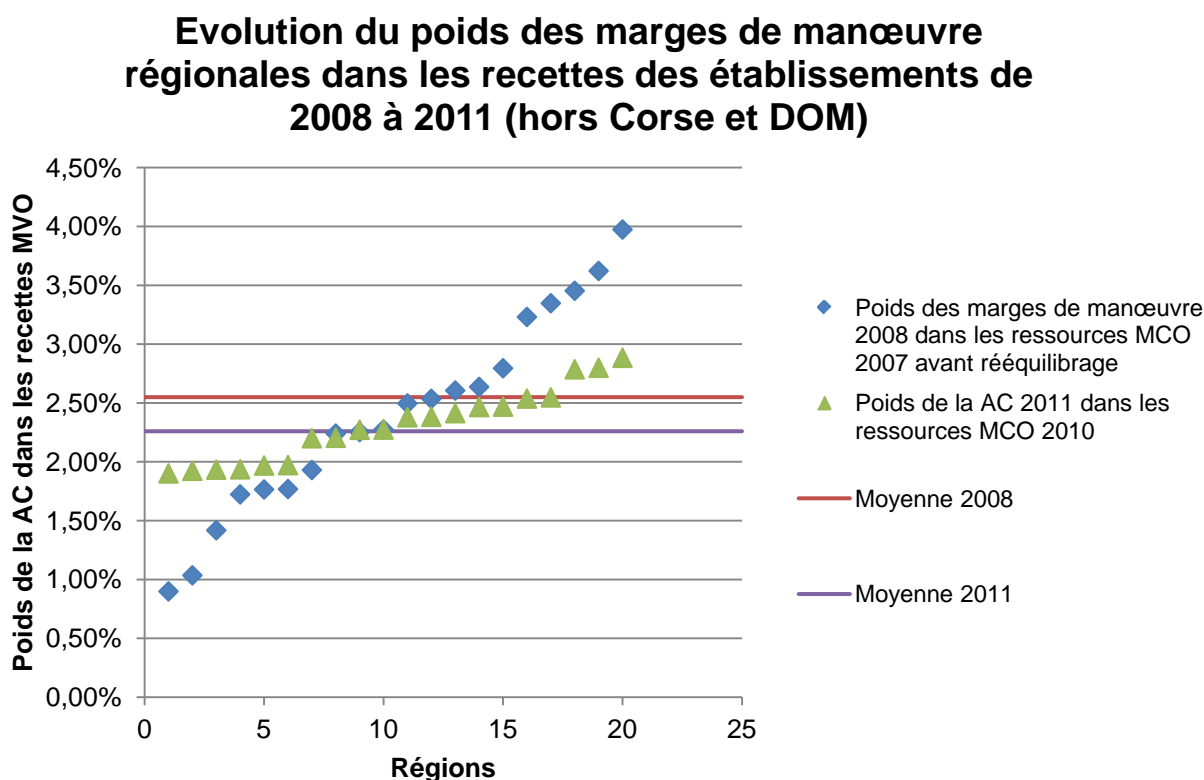
La réduction des disparités régionales entre dotations, qui reste l'un des principaux objectifs pour l'évolution des MIGAC, aura désormais vocation à être assurée via les modélisations de dotations sur la base de critères de compensation objectivés.

Les marges de manœuvre régionales en AC

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

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

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



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

Ainsi, en 2012, l'effort d'économie de 11,5 M€ a été imputé sur la majorité des régions (16 sur 26), au prorata des marges de manœuvre régionales, à l'exclusion des seules régions particulièrement sous-dotées. Cet effort représente 1,7% des marges de manœuvre des régions concernées. Sont exclus de cet effort d'économie les régions dont le poids d'AC dans les recettes MCO régionales est particulièrement faible (poids inférieur à 2%, la moyenne métropolitaine étant de 2,26%). Etant données leurs spécificités qui justifient une sur-dotation, les DOM sont exclus.

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

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

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

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

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

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

- Certaines dotations ont été calibrées à partir des charges. Les surcoûts locaux sont dès lors intégrés par construction (c'est par exemple le cas des centres de références).
- Les MIG faisant l'objet d'une modélisation sur la base d'indicateurs d'activité (ex : précarité ou cancer) intègrent le coefficient géographique.
- Pour les MIG à caractère régional, le coefficient géographique est pris en compte dans les opérations de péréquation interrégionale.
- Pour certaines MIG, il n'y a pas lieu d'appliquer de coefficient géographique étant donné que les dotations remboursent, à l'euro près, les charges supportées par les établissements (ex : les mises à disposition).

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

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

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

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

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

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

Les évolutions des crédits MERRI 2012 sont les suivantes :

Disparition de la part fixe lissée sur 5 ans

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

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

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

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

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

10 établissements et 1 GCS sont ainsi entrés dans la part modulable en 2012. En revanche, l'application de ce seuil a conduit à l'éviction de 2 établissements en 2012.

La liste 2012 compte désormais 86 établissements de santé. Outre l'ouverture de la part modulable à 9 nouveaux établissements publics de santé, cette mesure permet d'afficher une règle claire et transparente pour la sélection des établissements bénéficiant de cette part.

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

L'indicateur relatif aux brevets étant difficile à justifier et très mal réparti au sein des établissements de santé, sa part relative est diminuée pour ne représenter que 1% de la part modulable en 2012 (contre 3,5% en 2010 et 2% en 2011).

Cette diminution s'inscrit donc dans un tendanciel annoncé par la DGOS depuis 2010. En effet, s'il convient d'inciter les établissements à mener une politique de valorisation active, celle-ci, si elle est bien menée, profite directement aux établissements et à leurs équipes. Il faut en revanche éviter que des brevets sans espoir de valorisation ne soient déposés et entretenus, ce qui représente des charges sans perspective de retour sur investissement.

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

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

f) la création du FIR

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

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

- la permanence des soins ;
- l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;
- la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins ;
- l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;
- la prévention des maladies, promotion de la santé, éducation à la santé et de sécurité sanitaire ;
- la mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, en particulier en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets ;
- la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi que la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes (à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux départements).

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

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

2.3.2. La sécurisation juridique des MIGAC

Les dispositions juridiques existantes, en droit interne et communautaire, traduisent des objectifs de transparence et d'objectivation dans les financements attribués aux

établissements de santé. Les travaux de sécurisation juridique, et plus largement l'objectivation financière des dotations MIGAC, comportent deux axes :

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

a) Le guide de contractualisation des dotations finançant les MIG

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

Le contexte de cette actualisation est celui de la nécessaire sécurisation juridique des dotations finançant les MIG. Cette sécurisation juridique est d'abord motivée par la jurisprudence interne. Le droit français exige en effet une motivation des arrêtés de versement des dotations consistant en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Le droit communautaire s'impose aussi comme une règle incontournable du financement des établissements de santé, comme le prouve la décision de la Commission européenne du 20 décembre 2011 explicitant l'application du droit communautaire aux compensations attribuées à des établissements de santé. L'attribution de dotations finançant les MIG procède donc de notifications arrêtées par les directeurs généraux des ARS et répond à des exigences dont le respect conforte la sécurité juridique de leurs décisions et de leurs actes, tant en regard du droit interne que des normes communautaires.

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

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

b) Les travaux prospectifs

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

Explication du périmètre de financement

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

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

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

Évaluation des centres labélisés nationalement

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

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

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

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

¹³ Sont concernées les MIG suivantes :

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

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

Pour celles renvoyant à la constitution de structures de coordination :

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

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

Actualisation ou réalisation de calibrages ou de modèles

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

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

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

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

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

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

2.4.1. Le guide SROS-PRS

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

Afin d'aider les ARS en charge du pilotage régional de l'élaboration des SROS, la circulaire N° DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du

SROS-PRS, a présenté les orientations nationales d'organisation des soins et les méthodologies recommandées.

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

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

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

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

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

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

- au niveau du SROS :

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

- au niveau des établissements de santé :

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

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

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

2.4.3. Les travaux sur la pertinence des soins

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

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

Le renforcement de l'articulation entre l'amélioration de la pertinence des soins et les démarches transversales d'amélioration des pratiques est également prévu : via le dispositif de développement professionnel continu (DPC) (l'arrêté DPC, en préparation, inclura la priorité nationale d'amélioration de la pertinence des soins) et via la certification des établissements de santé, dont la prochaine version prendra en compte les profils de risque des établissements de santé. L'amélioration de la pertinence des soins est un travail de longue haleine, nécessitant l'adhésion et l'appropriation de la démarche par les professionnels de santé. Les actions d'amélioration de la pertinence ont pour objectifs l'accroissement de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'optimisation de l'efficience des dépenses de santé dans le cadre d'un ONDAM contraint.

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

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

SYNTHESE DU CHAPITRE 3

Les perspectives d'évolution du modèle de financement s'inscrivent dans le cadre des orientations gouvernementales récemment annoncées d'une meilleure efficacité des financements, d'une meilleure transparence des règles et d'une meilleure prise en compte de la qualité. La nécessité d'une meilleure transparence répond en outre aux souhaits des professionnels de santé exerçant en établissement ainsi qu'aux recommandations émises dans les rapports récents parus sur la T2A (MECSS, IGAS).

Ainsi, en juillet 2012, un appel à candidature a été lancé par le Ministère de la Santé et la HAS afin d'expérimenter un financement à la qualité, en sus des tarifs. Si les tarifs permettent aux établissements d'assurer le niveau de qualité requis, la T2A n'induit pas en elle-même d'incitation à l'amélioration de la qualité. Cette expérimentation vise à vérifier le caractère incitatif d'un financement complémentaire fonction du niveau de qualité des soins (mesuré par des indicateurs).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.2. Le financement à la qualité

a) Historique du chemin parcouru

Certaines expériences étrangères (Etats-Unis, Grande Bretagne...) montrent qu'il est possible de créer un lien entre financement et qualité de la prise en charge. En France, la

dimension qualité, avec ou sans incidence sur le financement, est de plus en plus prégnante dans notre système de soins : certification HAS, contrats incitatifs à l'amélioration des pratiques (CAPI) (récemment généralisés dans le cadre conventionnel), contrats de bon usage, accréditation des spécialités à risque, publication d'indicateurs rendus obligatoires par la loi HPST, incitation tarifaire à la chirurgie ambulatoire, programmes de recherche ad hoc....

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

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

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

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

b) Les travaux menés

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

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

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

indispensable pour être éligible à un financement, et ce quel que soit le niveau de performance global atteint.

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

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

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

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

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

c) Perspectives

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

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

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

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

3.1.3. L'adaptation de la T2A aux établissements isolés

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

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

établissements de métropole. Ce montant s'entend hors ex-hôpitaux locaux (HL), et les établissements SSR.

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

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

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

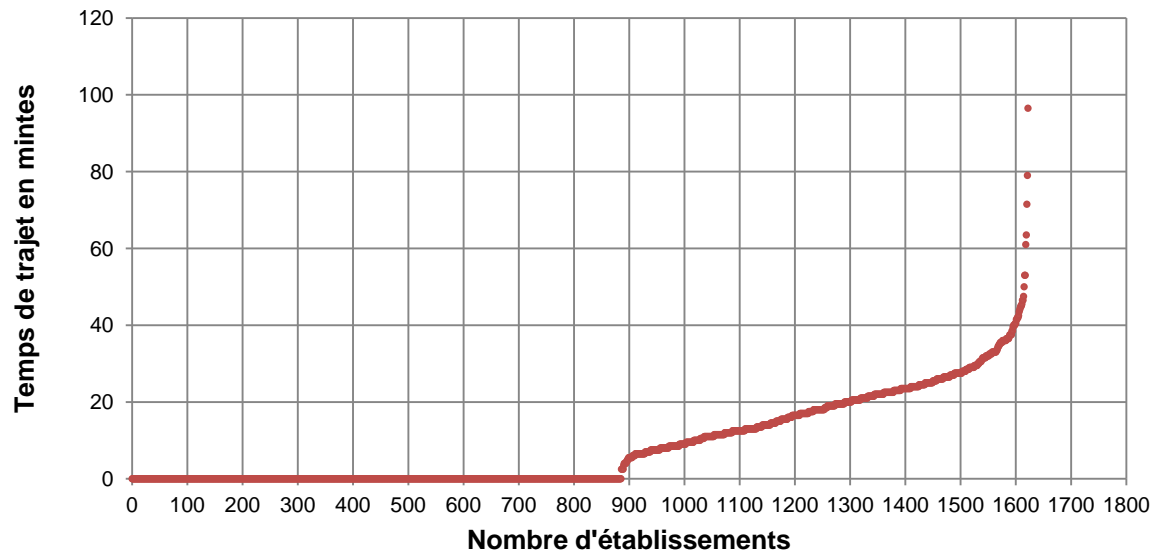
La première phase d'analyse, actuellement en cours, vise à qualifier plus précisément la problématique (quel type d'établissement, de population, d'activité) et à apprécier son ampleur. Les graphiques ci-dessous représentent la répartition des temps d'accès minimums entre les établissements MCO ayant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

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

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

Figure 12 : Répartition des établissements en fonction de la distance

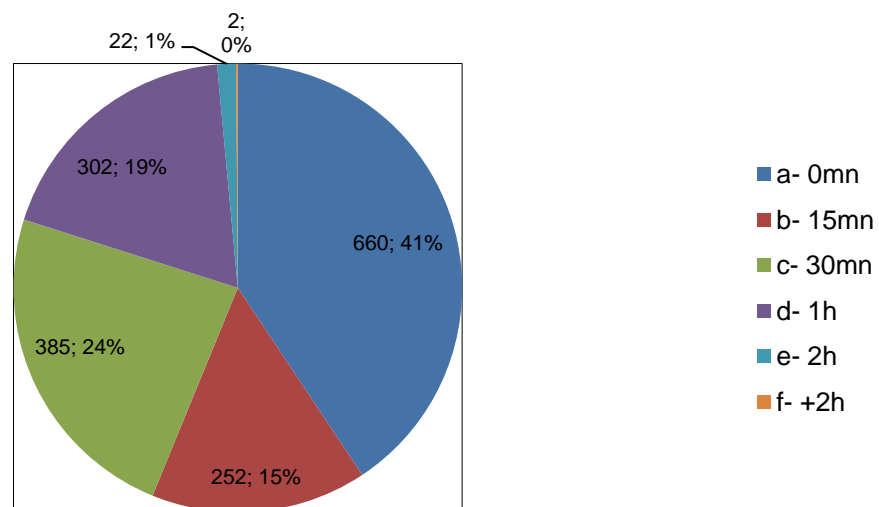
Répartition temps voisin le plus proche, toute activité MCO confondue



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

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

Rayon géographique à atteindre pour trouver la même activité minimum



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

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

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

Les perspectives de financement des structures des urgences

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

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

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

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

Etude du coût sur les services de réanimation

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

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

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

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

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

Dans un premier temps, les travaux exploratoires qui avaient été réalisés par l'agence sur des données de coûts 2007 ont été reconduits sur des données plus récentes. Ainsi, les écarts moyens de coût et de durée de séjours entre les séjours urgents et autres par type d'établissement et GHM ont été étudiés. Cette analyse a permis de classer les GHM, par type d'établissement, en trois catégories : GHM présentant un différentiel de coût positif, négatif ou sans écart de coût.

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

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

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

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

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

Pour compléter ces travaux, deux autres analyses sont prévues :

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

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

3.2.1. L'extension de la T2A au SSR

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

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

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

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

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

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

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

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

Les travaux préparatoires à la mise en œuvre de la réforme de financement dans les établissements de SSR ont ainsi été menés à un rythme soutenu durant toute l'année 2012. S'appuyant sur une base de connaissances désormais robuste, les premiers travaux ont pu

être engagés sur les compartiments molécules onéreuses (périmètre en cours de finalisation), plateaux techniques (identification des principaux plateaux concernés) et compartiment activité (premières réflexions sur sa modélisation, son articulation avec les autres compartiments afin d'éviter les doubles financements) et sur la gestion de la période intermédiaire entre le modèle actuel et le modèle à venir.

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

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

3.2.2. La réforme des modalités de convergence des USLD

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

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

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

Ce dispositif de convergence est un dispositif intra-sectoriel qui impacte de façon égalitaire les USLD indépendamment de leur statut juridique. Il a été mise en œuvre à partir de 2010 à la suite de la procédure de partition des USLD (qui s'est déroulé entre 2007 et 2010) et a créé une dynamique d'efficience dans le secteur, grâce à la possibilité de moduler l'effort de convergence des établissements « sur-dotés » dans la mesure où ils s'engagent à avoir une politique d'admission de patients correspondant aux missions des USLD ou à augmenter le niveau de médicalisation de leur unité.

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

Les résultats globaux des coupes attestent la différence entre USLD et EHPAD et apparaissent donc très positifs pour les USLD car ils confortent leur vocation sanitaire. La

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

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

différence de public, de besoins de soins et de niveau de ressources dans les huit postes, entre les EHPAD et les USLD, apparaît évidente.

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

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

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

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

3.3. Les travaux conduits sur le champ MIGAC

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

a) Les MIG relatives aux soins aux personnes détenues

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

Ainsi, il est rappelé dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues actualisé et en cours de finalisation, qu'il faut appliquer pour les soins aux personnes détenues, comme pour le reste de la population, les principes de la tarification à l'activité et de complémentarité des MIG. Mais pour appliquer ces principes de droit commun et revoir le modèle de financement des soins aux personnes détenues, une enquête auprès des établissements de santé intervenant auprès des personnes détenues est nécessaire. Celle-ci débutera au deuxième semestre 2012. L'objectif de cette enquête

est double puisqu'elle permettra, d'une part, de recueillir des données financières non connues à ce jour et, d'autre part, d'identifier les surcoûts afin de préciser la définition du nouveau périmètre des MIG UCSA et UHSI.

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

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

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

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

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

c) Le financement de la précarité

a. Contexte et problématique

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

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

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

- les PASS financées à hauteur de 46,5 M€

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

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

b. Trois types de financement

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

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

La plupart des PASS bénéficie de crédits au titre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général (MIG). Les 41 PASS psychiatriques ont quant à elles un financement en dotation annuelle de financement (DAF).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c. Perspectives

i. PASS

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

ii. MIG précarité

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

Les résultats ont vocation à être mobilisés dans le cadre des travaux à venir sur la pertinence des indicateurs.

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

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

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

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

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

d) Modélisation MIG SAMU-SMUR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **La modélisation de la MIG**

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

- La réalisation d'un état des lieux de la prise en charge est en cours. L'enquête vise un périmètre précis : l'activité externe des établissements de santé prenant en charge des patients atteints de la maladie de parkinson ou de syndromes parkinsoniens. Elle ne prend en compte ni l'hospitalisation, ni l'hôpital de jour. L'enquête a pour objectif de déterminer le volume de la file active des patients pris en charge et de décrire le type de prise en charge mise en œuvre, en particulier les différents métiers impliqués dans cette prise en charge. L'enquête devra aussi déterminer la fréquence de la tenue de consultations longues et les motifs de ces consultations.
- La détermination des surcoûts générés : à partir de l'état des lieux, d'une part, et du référentiel de prise en charge, d'autre part, le groupe de travail devra identifier et mesurer les surcoûts générés pour chaque patient pris en charge par les centres à vocation régionale. Ces surcoûts détermineront la base du financement de la MIG.
- Modélisation de la dotation MIG : en fonction des surcoûts à compenser, des critères devront être choisis pour calculer la dotation MIG de chaque centre selon un modèle qui pourra prendre en compte un socle de moyens humains nécessaires et être modulé en fonction de l'activité des centres par exemple.

f) Focus sur les MERRI

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

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

- La MERRI relative à l'emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins avait été mise en place en 2004 et 2006 dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer afin de développer des moyens dédiés à l'investigation clinique en cancérologie. Une évaluation récente a montré l'existence de disparités entre les dotations initiales et l'activité actuelle. En 2012, la DGOS

et l'INCa ont décidé de revoir la clé de répartition et d'opérer un rééquilibrage en fonction du nombre de patients inclus dans des essais cliniques. Ainsi, les établissements ayant inclus un nombre conséquent de patients (plus de 100 patients par ETP) ont vu leur financement revu à la hausse. D'autres établissements, n'ayant pas bénéficié des actions précédentes, mais ayant une activité importante en termes d'inclusions, notamment dans des essais institutionnels, vont pouvoir bénéficier de financements. A l'inverse, les établissements avec une faible activité d'inclusion ont vu leur dotation baisser.

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

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

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

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

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

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

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

4. Annexes

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

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

Source : ATIH 2011

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

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

Source : ATIH 2011

Définition des racines de GHM

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

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

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

Exemple :

02C02 Interventions sur la rétine

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

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

02M04 Affections oculaires d'origine neurologique

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

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

02M09 Explorations et surveillance pour affections de l'œil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ghm | ghs | | 2 011 | | | | Evolution 2009/2010 | | Evolution 2010/2011 | |
|--------|------|---|-------------------|---------------------------|------------------|---------------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| | | | Nombre de séjours | Volume économique (en M€) | Part des séjours | Part du volume économique | Nombre de séjours | Volume économique | Nombre de séjours | Volume économique |
| | | Ensemble des 25 GHM | 3 196 | 10.6 | 43.4% | 42.4% | 21.1% | 34.1% | 35.6% | 50.9% |
| 04M093 | 1163 | Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 3 | 349 | 1.40 | 4.7% | 5.6% | 42.9% | 45.3% | 58.6% | 60.1% |
| 07M063 | 2526 | Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 3 | 324 | 1.15 | 4.4% | 4.6% | 51.5% | 52.6% | 57.3% | 58.4% |
| 06M053 | 2140 | Autres tumeurs malignes du tube digestif, niveau 3 | 259 | 0.87 | 3.5% | 3.5% | 41.6% | 44.9% | 61.9% | 62.1% |
| 23M20Z | 7990 | Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23 | 226 | 0.43 | 3.1% | 1.7% | 19.7% | 24.6% | 0.4% | 12.1% |
| 01M263 | 297 | Tumeurs malignes du système nerveux, niveau 3 | 194 | 0.93 | 2.6% | 3.7% | -13.4% | -7.9% | 67.2% | 66.4% |
| 23Z02Z | 7993 | Soins Palliatifs, avec ou sans acte | 177 | 1.10 | 2.4% | 4.4% | | | 160.3% | 171.1% |
| 06M063 | 2145 | Occlusions intestinales non dues à une hernie, niveau 3 | 127 | 0.28 | 1.7% | 1.1% | 19.4% | 26.9% | 47.7% | 43.5% |
| 05M093 | 1755 | Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3 | 126 | 0.26 | 1.7% | 1.0% | 85.2% | 88.4% | 26.0% | 28.3% |
| 06C043 | 1941 | Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 3 | 117 | 0.66 | 1.6% | 2.7% | 8.7% | 9.8% | 17.0% | 13.4% |
| 01M213 | 274 | Douleurs chroniques rebelles, niveau 3 | 106 | 0.25 | 1.4% | 1.0% | 12.2% | 9.5% | 15.2% | 14.1% |
| 18M073 | 6783 | Septicémies, âge supérieur à 17 ans, niveau 3 | 106 | 0.34 | 1.4% | 1.4% | 6.9% | 10.3% | 71.0% | 72.2% |
| 04M133 | 1182 | Oedème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 3 | 96 | 0.23 | 1.3% | 0.9% | 50.9% | 53.8% | 20.0% | 18.9% |
| 28Z07Z | 9606 | Chimiothérapie pour tumeur, en séances | 95 | 0.03 | 1.3% | 0.1% | -47.3% | -47.1% | -30.7% | -30.9% |
| 08M253 | 3108 | Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 3 | 92 | 0.28 | 1.2% | 1.1% | 52.7% | 46.0% | 9.5% | 11.8% |
| 06M133 | 2178 | Tumeurs malignes de l'oesophage et de l'estomac, niveau 3 | 89 | 0.33 | 1.2% | 1.3% | 120.7% | 114.5% | 39.1% | 50.3% |
| 17M06T | 6491 | Chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée | 86 | 0.05 | 1.2% | 0.2% | 25.7% | 25.7% | -7.5% | -7.5% |
| 11M073 | 4305 | Tumeurs des reins et des voies urinaires, niveau 3 | 77 | 0.25 | 1.0% | 1.0% | 31.3% | 39.0% | 83.3% | 80.8% |
| 17M062 | 6488 | Chimiothérapie pour autre tumeur, niveau 2 | 77 | 0.18 | 1.0% | 0.7% | 49.2% | 46.9% | -12.5% | -9.3% |
| 10M183 | 3969 | Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, niveau 3 | 76 | 0.18 | 1.0% | 0.7% | 53.1% | 50.4% | 55.1% | 64.6% |
| 04M24E | 1226 | Affections de la CMD 04 avec décès : séjours de moins de 2 jours | 70 | 0.03 | 1.0% | 0.1% | -2.3% | -2.8% | 66.7% | 66.9% |
| 06C044 | 1942 | Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 4 | 69 | 0.61 | 0.9% | 2.4% | -11.1% | -16.3% | 72.5% | 83.2% |
| 17M123 | 6514 | Lymphomes et autres affections malignes hématopoïétiques, niveau 3 | 66 | 0.28 | 0.9% | 1.1% | 2.6% | 4.3% | 65.0% | 65.9% |
| 16M103 | 6179 | Troubles sévères de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 3 | 65 | 0.23 | 0.9% | 0.9% | 42.9% | 44.3% | 30.0% | 33.7% |
| 28Z14Z | 9613 | Transfusions, en séances | 65 | 0.03 | 0.9% | 0.1% | -26.2% | -26.2% | 44.4% | 44.4% |
| 16M113 | 6184 | Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 3 | 62 | 0.21 | 0.8% | 0.8% | 44.7% | 51.0% | -8.8% | -4.4% |

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

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

Annexe 6 : Economie réalisées sur la convergence en 2011

Problématique

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

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

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

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

Données

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

Méthode d'extrapolation

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

Résultats

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

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

Synthèse des économies réalisées selon le taux de rapprochement

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

Conclusion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 1 (source DGOS)

Evolution des dotations nationales en 2011

Les données sont en millions d'euros

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

Tableau 1A (source DGOS)

Evolution des dotations nationales en 2012

Les données sont en millions d'euros

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

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

Tableau 2 (source DGOS)

les montants sont en milliers d'euros

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

Analyse du respect par les ARS de la dotation MIGAC 2011**Tableau 3 A (source DGOS)**

Les données sont en millions
d'euros

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

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

Réalisations régionales 2011

Tableau 3B (source DGOS)

Les données sont en milliers d'euros

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

EVOLUTION DU POIDS RELATIF DES DOTATIONS REGIONALES MIGAC EN 2011

Tableau 4 (source DGOS)

les montants sont en milliers d'euros

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

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

MIGAC : Recherche médicale et innovation

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

| Région | PHRIP (Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale) | PREQHOS (Programme de recherche en qualité hospitalière) | Programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC) cancer | Programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC) hors cancerologie | PRT (Programme de recherche translationnelle) hors cancerologie | PRT Cancer | Soutien exceptionnel à l'enseignement, la recherche, la référence et à l'innovation | Unité d'évaluation médico-économique | Total général 2011 |
|----------------------------|---|--|--|---|---|----------------|---|--------------------------------------|----------------------|
| Alsace | 24 000 | | | | 46 000 | | | 300 000 | 56 965 998 |
| Aquitaine | 82 000 | 74 500 | | 900 000 | | | | 300 000 | 85 190 191 |
| Auvergne | | | | | | | 7 763 | 250 000 | 38 230 416 |
| Basse-Normandie | | | | | | | 569 850 | 200 000 | 34 739 220 |
| Bourgogne | | | | | 47 000 | | | 200 000 | 39 148 935 |
| Bretagne | 4 600 | 104 000 | | 830 000 | 33 000 | | | 450 000 | 67 779 496 |
| Centre | | | | 300 143 | | | 46 810 | 200 000 | 43 618 372 |
| Champagne-Ardenne | | | | | | | | 200 000 | 27 424 767 |
| Franche-Comté | | | | | 100 000 | | 11 646 | 200 000 | 26 191 692 |
| Guadeloupe | | | | | | | 300 000 | 200 000 | 5 547 435 |
| Guyane | | | | | | | | | 227 327 |
| Haute-Normandie | | 29 000 | | | | | | 200 000 | 40 449 995 |
| Ile-de-France | 328 900 | 525 500 | 490 750 | 493 653 | 300 000 | 319 000 | 2 095 045 | 700 000 | 642 673 893 |
| Languedoc-Roussillon | 50 500 | | 47 250 | 500 000 | 50 000 | 160 000 | | 500 000 | 79 095 441 |
| Limousin | 41 500 | | | | | | | 200 000 | 25 504 561 |
| Lorraine | | | | 341 451 | 50 000 | | | 250 000 | 57 565 999 |
| Martinique | | 44 000 | | | | | 300 000 | 200 000 | 5 882 742 |
| Midi-Pyrénées | 15 400 | 38 000 | | 372 246 | 50 000 | 68 000 | | 300 000 | 71 522 789 |
| Nord-Pas-de-Calais | 19 200 | | | 146 732 | | | 3 470 028 | 300 000 | 99 093 388 |
| Réunion | | | | | | | 300 000 | 200 000 | 11 770 230 |
| Pays de la Loire | 57 000 | 26 000 | 230 000 | 1 131 400 | 100 000 | | | 450 000 | 96 412 367 |
| Picardie | | | | | | | 197 232 | 200 000 | 30 105 705 |
| Poitou-Charentes | | | | 478 790 | | | | 200 000 | 23 485 782 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 53 300 | 45 000 | | | 50 000 | 274 000 | | 650 000 | 140 698 651 |
| Rhône-Alpes | 81 700 | 481 500 | 1 232 000 | 900 000 | 200 000 | 105 000 | 3 000 000 | 850 000 | 198 687 106 |
| Total général | 758 100 | 1 367 500 | 2 000 000 | 6 394 415 | 1 026 000 | 926 000 | 10 348 374 | 7 700 000 | 1 948 012 499 |

MIGAC : Recherche médicale et innovation

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

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

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

| Région | Centres de ressources sur les maladies professionnelles | Centres mémoires de ressources et de recherche | Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L.1413-4 CSP | Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal | Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage | Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) | Pôles de référence hépatite C | Total général 2011 |
|----------------------------|---|--|---|--|--|---|-------------------------------|--------------------|
| Alsace | | 817 080 | | 406 495 | 119 681 | 437 814 | | 4 553 669 |
| Aquitaine | 431 380 | 358 560 | | 819 153 | 204 144 | 737 764 | | 6 202 771 |
| Auvergne | 331 656 | 349 008 | | 236 791 | 475 144 | 217 533 | | 3 213 190 |
| Basse-Normandie | 388 522 | 388 831 | | 248 040 | 275 401 | 444 223 | | 2 388 810 |
| Bourgogne | 146 839 | 732 928 | | 324 740 | 200 104 | 343 492 | | 2 853 962 |
| Bretagne | 293 890 | 275 216 | | 658 393 | 114 755 | 880 357 | | 6 098 017 |
| Centre | 203 859 | 241 856 | 503 691 | 534 325 | 326 347 | 536 056 | | 2 994 051 |
| Champagne-Ardenne | 185 931 | 478 553 | 71 912 | 221 826 | 325 681 | 47 309 | 192 585 | 2 804 478 |
| Franche-Comté | 111 365 | 414 007 | | 410 259 | 172 118 | 226 282 | 54 956 | 2 212 356 |
| Guadeloupe | | | | 117 998 | | 667 975 | | 2 242 536 |
| Guyane | | | | 88 010 | | 1 068 626 | | 1 156 636 |
| Haute-Normandie | 290 838 | 380 000 | 62 252 | 379 980 | 217 468 | 546 635 | | 3 600 453 |
| Ile-de-France | 1 680 198 | 1 080 015 | 8 207 527 | 3 079 568 | 2 846 643 | 4 730 362 | | 106 134 273 |
| Languedoc-Roussillon | 125 721 | 391 306 | 271 686 | 651 603 | 365 563 | 726 235 | 126 340 | 7 197 985 |
| Limousin | 16 189 | 401 388 | | 163 908 | 160 106 | | 524 188 | 2 392 415 |
| Lorraine | 420 000 | 409 999 | | 455 490 | 380 000 | 395 949 | 500 000 | 4 865 506 |
| Martinique | | | | 112 615 | | 840 467 | 352 045 | 2 559 695 |
| Midi-Pyrénées | 597 910 | 539 854 | 28 662 | 529 784 | 912 122 | 761 721 | 319 785 | 10 436 348 |
| Nord-Pas-de-Calais | 1 176 179 | 1 353 676 | | 985 561 | 395 904 | 587 048 | 351 072 | 11 360 163 |
| Réunion | | | | 468 955 | | 270 797 | | 2 124 270 |
| Pays de la Loire | 367 475 | 389 001 | | 797 794 | 136 028 | 750 401 | | 5 974 436 |
| Picardie | 51 978 | 602 974 | | 375 229 | 258 444 | 257 547 | | 2 086 305 |
| Poitou-Charentes | | 265 672 | | 307 883 | | | | 1 181 203 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 433 672 | 1 314 737 | | 1 530 358 | 528 246 | 2 011 180 | | 11 730 449 |
| Rhône-Alpes | 373 385 | 1 150 261 | 561 000 | 1 368 774 | 1 166 377 | 1 127 824 | | 14 755 112 |
| Total général | 7 626 986 | 12 334 922 | 9 706 731 | 15 273 532 | 9 580 275 | 18 623 597 | 2 420 971 | 223 119 088 |

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

| Catégorie d'établissement | Centres de ressources sur les maladies professionnelles | Centres mémoires de ressources et de recherche | Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L.1413-4 CSP | Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal | Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage | Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) | Pôles de référence hépatite C | Total général 2011 |
|----------------------------------|---|--|---|--|--|---|-------------------------------|--------------------|
| AP-HP | 1 275 133 | 1 080 015 | 8 207 527 | 2 052 869 | 2 846 643 | 4 730 362 | | 101 080 362 |
| Centre de Lutte Contre le Cancer | | 40 762 | | | | | | 1 750 242 |
| CH | 709 329 | 195 129 | | 3 165 067 | 148 289 | 1 953 621 | | 10 954 415 |
| CHR-CHU | 5 642 524 | 11 019 017 | 1 499 204 | 9 725 149 | 6 585 343 | 11 939 614 | 2 420 971 | 107 640 368 |
| EBNL | | | | 330 447 | | | | 1 693 702 |
| Total général | 7 626 986 | 12 334 922 | 9 706 731 | 15 273 532 | 9 580 275 | 18 623 597 | 2 420 971 | 223 119 088 |

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

| Région | Actes dentaires, actes de biologie et actes d'anatomocytopathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L.162-1-7 CSS | Centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle | Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire | Laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique | Médicaments bénéficiant d'une ATU en application des dispositions de l'article L.5121-12 CSP : ATU nationales | Médicaments bénéficiant d'une ATU en application des dispositions de l'article L.5121-12 CSP : ATU régionales | Organes artificiels | Total général 2011 |
|----------------------------|--|---|---|---|---|---|---------------------|--------------------|
| Alsace | 8 131 103 | | | 1 385 837 | 1 012 418 | 1 461 849 | | 11 991 208 |
| Aquitaine | 7 928 646 | | | 3 628 927 | 2 737 100 | 1 401 271 | 716 626 | 16 412 570 |
| Auvergne | 3 429 382 | | | 3 367 105 | 96 485 | 273 838 | | 7 166 810 |
| Basse-Normandie | 3 572 276 | | | 1 871 891 | 176 220 | 630 982 | 1 594 746 | 7 846 115 |
| Bourgogne | 2 375 387 | | | 1 396 691 | 2 200 516 | 530 156 | 243 543 | 6 746 293 |
| Bretagne | 9 822 685 | | | 7 156 587 | 1 820 424 | 1 535 553 | 1 177 384 | 21 512 633 |
| Centre | 3 285 112 | | | 1 154 386 | 2 343 460 | 1 094 936 | | 7 877 894 |
| Champagne-Ardenne | 4 002 315 | | 133 312 | 1 713 340 | 1 090 530 | 262 072 | | 7 201 568 |
| Franche-Comté | 2 590 940 | | | 224 000 | 409 200 | 376 029 | | 3 600 169 |
| Guadeloupe | | | | 142 | 4 725 | 18 000 | | 22 867 |
| Guyane | 849 315 | | | | | 6 600 | | 855 915 |
| Haute-Normandie | 2 744 703 | | | 3 284 248 | 1 635 298 | 625 556 | 281 500 | 8 571 304 |
| Ile-de-France | 102 820 805 | | | 36 850 180 | 17 915 239 | 24 281 427 | | 181 867 651 |
| Languedoc-Roussillon | 3 516 042 | | 453 696 | 6 459 668 | 1 804 682 | 1 215 001 | | 13 449 089 |
| Limousin | 3 526 145 | | 47 846 | 1 215 345 | 337 790 | 1 128 180 | | 6 255 306 |
| Lorraine | 6 540 682 | | 624 000 | 3 764 948 | 1 552 948 | 1 266 844 | | 13 749 422 |
| Martinique | 8 386 | | | 111 092 | | 441 205 | | 560 683 |
| Midi-Pyrénées | 8 142 386 | | | 1 606 514 | 506 002 | 531 407 | 311 684 | 11 097 993 |
| Nord-Pas-de-Calais | 10 708 699 | | | 9 939 332 | 4 200 753 | 1 989 162 | 391 546 | 27 229 492 |
| Réunion | 1 513 347 | | | 1 486 249 | 53 592 | 249 739 | | 3 302 927 |
| Pays de la Loire | 7 643 396 | | | 4 348 596 | 3 217 136 | 1 694 871 | | 16 903 999 |
| Picardie | 2 761 595 | | | 929 221 | 1 718 549 | 237 393 | | 5 646 758 |
| Poitou-Charentes | 4 401 354 | 219 610 | | 1 274 865 | 1 301 679 | 774 643 | | 7 972 151 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 26 009 671 | | | 5 566 711 | 5 066 450 | 1 741 646 | 4 820 835 | 43 205 312 |
| Rhône-Alpes | 12 785 269 | 184 300 | 2 016 097 | 10 518 646 | 5 183 795 | 88 333 | 985 995 | 31 762 435 |
| Total général | 239 109 642 | 403 910 | 3 274 951 | 109 254 521 | 56 384 991 | 43 856 693 | 10 523 859 | 462 808 566 |

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

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATI/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

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

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

MIGAC : Activité de dépistage anonyme et gratuit

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

| Région | Consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH mentionnées à l'article L.3121-2 CSP / CDAG |
|----------------------------|--|
| Alsace | 571 244 |
| Aquitaine | 279 581 |
| Auvergne | 246 888 |
| Basse-Normandie | 452 203 |
| Bourgogne | 475 232 |
| Bretagne | 669 949 |
| Centre | 640 296 |
| Champagne-Ardenne | 696 860 |
| Corse | 94 239 |
| Franche-Comté | 79 347 |
| Guadeloupe | 241 281 |
| Guyane | 703 609 |
| Haute-Normandie | 413 324 |
| Ile-de-France | 3 526 021 |
| Languedoc-Roussillon | 473 938 |
| Limousin | 330 318 |
| Lorraine | 581 220 |
| Martinique | 750 |
| Midi-Pyrénées | 1 039 586 |
| Nord-Pas-de-Calais | 400 945 |
| Réunion | 619 964 |
| Pays de la Loire | 1 893 366 |
| Picardie | 553 902 |
| Poitou-Charentes | 1 257 704 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 1 517 049 |
| Rhône-Alpes | 2 701 019 |
| Total général | 20 459 835 |

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

| Catégorie d'établissement | Consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH mentionnées à l'article L.3121-2 CSP / CDAG |
|---------------------------|--|
| AP-HP | 1 361 703 |
| CH | 12 321 250 |
| CHR-CHU | 6 322 263 |
| EBNL | 454 619 |
| Total général | 20 459 835 |

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

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

| Région | Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales mentionnées dans l'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales | Centre national de ressources de la douleur | Centre national de ressources pour les soins palliatifs | Centres antipoison mentionnés à l'article L.6141-4 du CSP | Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales mentionnés aux articles 6 et 7 de l'arrêté du 3 août 1992 modifié relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales | Centres de coordination des soins en cancérologie |
|----------------------------|--|---|---|---|--|---|
| Alsace | 142 803 | | | 432 467 | 0 | 1 398 476 |
| Aquitaine | 60 390 | | | 474 312 | 938 720 | 1 407 141 |
| Auvergne | 151 875 | | | | | 1 438 042 |
| Basse-Normandie | 204 059 | | | | | 781 896 |
| Bourgogne | 239 559 | | | | | 1 420 413 |
| Bretagne | 365 185 | | | 517 933 | 728 022 | 2 128 892 |
| Centre | 316 345 | | | | | 856 252 |
| Champagne-Ardenne | 205 525 | | | | | 765 683 |
| Corse | 201 300 | | | | | 462 014 |
| Franche-Comté | 247 826 | | | | | 282 816 |
| Guadeloupe | 173 560 | | | | | |
| Guyane | 329 860 | | | | | |
| Haute-Normandie | 254 266 | | | 11 419 | | 988 991 |
| Ile-de-France | 346 741 | 456 785 | 750 000 | 1 437 055 | 1 540 541 | 11 608 875 |
| Languedoc-Roussillon | 250 534 | | | | | 2 015 442 |
| Limousin | 307 300 | | | | | 629 166 |
| Lorraine | 170 328 | | | 760 000 | 693 308 | 769 576 |
| Martinique | | | | | 328 679 | 46 135 |
| Midi-Pyrénées | 338 441 | | | 774 238 | | 2 160 000 |
| Nord-Pas-de-Calais | 457 072 | | | 1 682 452 | | 1 048 993 |
| Réunion | 389 386 | | | | 0 | 153 240 |
| Pays de la Loire | 291 736 | | | 880 165 | | 1 519 631 |
| Picardie | 317 207 | | | | | 1 429 118 |
| Poitou-Charentes | 179 076 | | | | 314 | 1 096 230 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 26 300 | | | 1 002 636 | 248 890 | 6 965 915 |
| Rhône-Alpes | 607 642 | | | 875 047 | 1 942 402 | 7 834 817 |
| Total général | 6 574 315 | 456 785 | 750 000 | 8 847 724 | 6 420 876 | 49 207 754 |

| Région | Centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance mentionnés aux articles R. 5121-167 et R. 5132-99 du code de la santé publique | Comités régionaux chargés du suivi et de l'analyse des pratiques de prescription régionales en matière de médicaments, et de produits et de prestations | Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés à l'article R.1221-32 à 1221-35 CSP | Observatoire National de fin de vie | Registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au comité national des registres | Total général 2011 |
|----------------------------|--|---|---|-------------------------------------|--|--------------------|
| Alsace | 215 093 | 184 636 | 200 969 | | 133 555 | 2 708 000 |
| Aquitaine | 397 729 | 848 577 | 251 635 | | 771 722 | 5 150 226 |
| Auvergne | 87 272 | | 242 419 | | 383 732 | 2 303 340 |
| Basse-Normandie | 330 833 | 82 822 | | | 25 105 | 1 424 715 |
| Bourgogne | | 74 094 | 73 620 | | 134 000 | 1 941 686 |
| Bretagne | 331 131 | 131 511 | 354 000 | | 27 926 | 4 584 600 |
| Centre | 321 443 | 425 109 | 411 817 | | | 2 330 965 |
| Champagne-Ardenne | 213 299 | 156 402 | 186 936 | | 160 241 | 1 688 085 |
| Corse | | | 75 408 | | | 738 722 |
| Franche-Comté | 115 431 | 158 329 | 213 890 | | 277 964 | 1 296 256 |
| Guadeloupe | | | 153 971 | | | 327 531 |
| Guyane | | 114 099 | | | | 443 959 |
| Haute-Normandie | 241 064 | 235 136 | 171 732 | | | 1 902 608 |
| Ile-de-France | 2 417 663 | 928 406 | 983 505 | 450 000 | 1 188 430 | 22 108 002 |
| Languedoc-Roussillon | 511 736 | 176 585 | 160 046 | | 26 824 | 3 141 167 |
| Limousin | 245 100 | 154 943 | 125 229 | | 143 000 | 1 604 738 |
| Lorraine | 505 757 | 100 000 | 176 418 | | | 3 175 387 |
| Martinique | | 81 975 | 247 789 | | | 704 578 |
| Midi-Pyrénées | 459 042 | 134 787 | 253 146 | | 225 074 | 4 344 727 |
| Nord-Pas-de-Calais | 133 647 | 786 532 | 269 340 | | 200 723 | 4 578 759 |
| Réunion | | 103 505 | 240 433 | | 511 917 | 1 398 481 |
| Pays de la Loire | 547 299 | 474 865 | 158 320 | | 61 543 | 3 933 559 |
| Picardie | 69 164 | 21 150 | 126 169 | | | 1 962 808 |
| Poitou-Charentes | 210 755 | 199 429 | 173 926 | | 146 988 | 2 006 717 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 342 808 | 162 751 | 141 194 | | 451 947 | 9 342 441 |
| Rhône-Alpes | 1 042 672 | 294 510 | 157 598 | | | 12 754 688 |
| Total général | 8 738 938 | 6 030 153 | 5 549 510 | 450 000 | 4 870 691 | 97 896 746 |

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

| Catégorie d'établissement | Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales mentionnées dans l'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales | Centre national de ressources de la douleur | Centre national de ressources pour les soins palliatifs | Centres antipoison mentionnés à l'article L.6141-4 du CSP | Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales mentionnés aux articles 6 et 7 de l'arrêté du 3 août 1992 modifié relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales | Centres de coordination des soins en cancérologie |
|----------------------------------|--|---|---|---|--|---|
| AP-HP | 346 741 | 456 785 | | 1 437 055 | 1 540 541 | 7 048 875 |
| Centre de Lutte Contre le Cancer | | | | | 150 000 | 6 916 832 |
| CH | 920 546 | | | | 109 569 | 15 498 704 |
| CHR-CHU | 5 307 028 | | | 7 410 669 | 4 620 766 | 11 566 174 |
| Clinique | | | | | | 6 109 050 |
| EBNL | | | 750 000 | | | 2 068 120 |
| Total | 6 574 315 | 456 785 | 750 000 | 8 847 724 | 6 420 876 | 49 207 754 |

| Catégorie d'établissement | Centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance mentionnés aux articles R. 5121-167 et R. 5132-99 du code de la santé publique | Comités régionaux chargés du suivi et de l'analyse des pratiques de prescription régionales en matière de médicaments, et de produits et de prestations | Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés à l'article R.1221-32 à 1221-35 CSP | Observatoire National de fin de vie | Registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au comité national des registres | Total général 2011 |
|----------------------------------|--|---|---|-------------------------------------|--|--------------------|
| AP-HP | 2 417 663 | 521 035 | 505 367 | | 1 188 430 | 15 462 492 |
| Centre de Lutte Contre le Cancer | | 1 126 117 | | | 839 376 | 9 032 325 |
| CH | | 614 632 | 1 201 677 | | 882 697 | 19 227 825 |
| CHR-CHU | 6 321 275 | 3 219 605 | 3 842 466 | | 1 933 364 | 44 221 347 |
| Clinique | | | | | | 6 109 050 |
| EBNL | | 548 764 | | 450 000 | 26 824 | 3 843 708 |
| Total | 8 738 938 | 6 030 153 | 5 549 510 | 450 000 | 4 870 691 | 97 896 746 |

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

MIGAC : Aide médicale urgente

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

MIGAC : Aide médicale urgente

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

| Région | Actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie | Consultations hospitalières d'addictologie | Consultations hospitalières de génétique | Consultations mémoires | Emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévus par les plans nationaux de santé publique, à l'exception du plan cancer | Nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'HAD | Structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents | Structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle | Total général 2011 |
|----------------------------|--|--|--|------------------------|--|--|---|---|--------------------|
| Alsace | 2 394 416 | 1 287 342 | 900 736 | 1 241 223 | 1 011 376 | 861 312 | | 3 005 453 | 10 701 858 |
| Aquitaine | 3 873 408 | 2 465 074 | 871 762 | 3 915 694 | 891 687 | 469 689 | 160 753 | 3 428 272 | 16 076 339 |
| Auvergne | 1 837 736 | 1 822 025 | 566 776 | 1 835 051 | 2 835 123 | 279 183 | 571 829 | 1 667 784 | 11 415 507 |
| Basse-Normandie | 1 864 283 | 1 007 651 | 482 255 | 1 859 975 | 656 882 | 21 238 | | 1 705 388 | 7 597 672 |
| Bourgogne | 1 875 934 | 943 989 | 335 523 | 1 055 220 | 50 210 | | | 756 283 | 5 017 159 |
| Bretagne | 3 404 128 | 1 788 309 | 1 843 933 | 3 124 332 | 659 327 | 425 801 | 3 703 | 2 225 390 | 13 474 923 |
| Centre | 2 505 580 | 1 478 266 | 2 398 254 | 1 646 393 | 434 887 | | 504 391 | 2 712 411 | 11 680 182 |
| Champagne-Ardenne | 1 452 504 | 763 910 | 428 554 | 1 409 263 | 142 180 | | 152 992 | 790 028 | 5 139 431 |
| Corse | 303 078 | 319 592 | | 631 610 | 6 442 | | 249 200 | 64 000 | 1 573 921 |
| Franche-Comté | 1 287 258 | 321 492 | 123 848 | 608 689 | 223 906 | | 155 466 | 1 469 287 | 4 189 946 |
| Guadeloupe | 291 710 | 167 202 | | 175 527 | 11 670 | | 158 395 | 324 995 | 1 129 499 |
| Guyane | 57 881 | 153 297 | 10 000 | 221 170 | 315 624 | | 571 051 | | 1 329 023 |
| Haute-Normandie | 1 685 916 | 1 854 352 | 994 260 | 1 981 329 | 2 597 567 | 249 484 | 144 601 | 1 347 696 | 10 855 205 |
| Ile-de-France | 16 945 350 | 14 873 988 | 8 750 799 | 7 255 014 | 7 096 390 | 7 243 916 | 7 801 624 | 14 261 428 | 84 228 509 |
| Languedoc-Roussillon | 3 133 952 | 1 406 917 | 829 589 | 3 366 026 | 472 440 | 162 020 | 452 546 | 2 018 046 | 11 841 536 |
| Limousin | 1 146 852 | 577 088 | 81 058 | 848 037 | 244 085 | | 158 734 | 482 485 | 3 538 339 |
| Lorraine | 2 735 794 | 1 765 453 | 448 186 | 3 201 098 | 503 087 | | 311 700 | 2 486 440 | 11 451 758 |
| Martinique | 507 245 | 619 643 | 110 188 | 604 343 | 18 816 | | | 565 087 | 2 425 322 |
| Midi-Pyrénées | 3 073 215 | 2 228 215 | 573 233 | 1 480 598 | 1 313 286 | 797 920 | 61 510 | 2 181 229 | 11 709 206 |
| Nord-Pas-de-Calais | 3 853 065 | 3 853 323 | 1 554 681 | 3 418 788 | 874 558 | 3 245 804 | 609 586 | 2 429 505 | 19 839 310 |
| Réunion | 711 499 | 565 032 | 555 033 | 481 251 | 342 478 | 29 575 | 297 303 | 786 196 | 3 768 366 |
| Pays de la Loire | 4 217 060 | 1 915 980 | 1 794 401 | 3 846 977 | 1 495 102 | 241 570 | 387 596 | 2 347 587 | 16 246 273 |
| Picardie | 1 538 055 | 1 076 533 | 402 262 | 1 084 686 | 862 261 | | 326 706 | 1 808 948 | 7 099 451 |
| Poitou-Charentes | 2 009 080 | 1 224 635 | 236 965 | 1 433 663 | 507 673 | 729 777 | 317 104 | 1 142 801 | 7 601 696 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 6 547 810 | 2 196 226 | 1 142 168 | 3 689 851 | 2 517 991 | 393 537 | 314 957 | 6 171 517 | 22 974 058 |
| Rhône-Alpes | 7 351 702 | 3 152 240 | 2 446 796 | 5 518 536 | 2 005 876 | 4 697 290 | 871 140 | 4 762 386 | 30 805 966 |
| Total général | 76 604 510 | 49 827 774 | 28 056 788 | 55 770 486 | 28 079 255 | 19 848 116 | 14 582 885 | 60 940 642 | 333 710 455 |

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

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

MIGAC : Missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques
Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

MIGAC : Définition et mise en œuvre des politiques publiques

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

MIGAC : Activités de soins dispensés à des populations spécifiques

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

MIGAC : Permanence des soins

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

MIGAC : Permanence des soins

Objet : Répartition des dotations par Catégorie d'établissements

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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

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

Objet : Répartition des dotations par région

Production : DGOS/USID

Source : ATIH/ARBUST-MIGAC

Unité : euros

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