

Chapitre V

Les financements par dotation

aux établissements de santé

(Migac et Fir) :

une simplification nécessaire

PRÉSENTATION

En complément de la tarification à l'activité (T2A) mise en place dans les établissements de santé en 2004, une source de financement destinée à compenser les charges liées à des sujétions particulières a été maintenue : la dotation « Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (Migac). En 2012, la création d'un fonds spécifique, le fonds d'intervention régional (Fir), destiné notamment à financer des actions de santé publique d'intérêt régional, a permis aux agences régionales de santé (ARS) de disposer d'une plus grande marge de manœuvre dans l'organisation territoriale de l'offre.

Les masses financières en jeu représentent un montant annuel de près de 11 Md€ en 2019 (7,2 Md€ pour la dotation Migac et 3,7 Md€ pour le Fir). La sous-enveloppe de la dotation Migac relative au financement des Missions d'Enseignement, Recherche, Référence, Innovation (Merri)²⁷⁰, qui représente environ la moitié de la dotation Migac, a déjà donné lieu à une analyse par la Cour²⁷¹ et a donc été exclue du champ du présent chapitre.

La dotation Migac bénéficie exclusivement aux établissements de santé. Elle finance des activités diverses, telles que l'aide médicale d'urgence ou la prise en charge des patients en situation de précarité. Le Fir bénéficie quant à lui aux établissements de santé mais aussi à d'autres opérateurs, pour financer notamment l'efficacité des structures, la permanence des soins ou encore la prévention et l'organisation des parcours de soins.

La gestion de ces dotations s'est peu à peu complexifiée au point de devenir illisible pour la majorité des acteurs du système de santé, alors même que la réforme en cours de la T2A pourrait conduire à renforcer la part de ce type de financement.

Pour remédier aux défauts de ces financements (I), la Cour propose leur remise en ordre et une plus grande déconcentration au profit des ARS (II).

²⁷⁰ Néanmoins, il n'a pas toujours été possible d'isoler les Merri dans l'exploitation des données.

²⁷¹ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Un système de financement devenu illisible

La volonté d'un pilotage très centralisé des financements à destination des établissements de santé mais aussi le souhait de répondre à des besoins ponctuels et spécifiques ont conduit à mettre en place un système de financement par dotations particulièrement complexe et donc difficile à maîtriser.

A - Une distinction peu claire entre les Migac et le Fir

1 - La dotation Migac, complément de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la T2A a substitué au financement par dotation globale un financement par tarif pour chaque séjour dans les établissements de santé relevant des soins de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO).

Toutefois, un financement complémentaire a été maintenu pour la couverture de certaines charges, notamment liées à des missions de service public difficilement individualisables par patient et à l'effort d'investissement : la dotation dite « pour missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (Migac).

Prévue par l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, la dotation Migac fait partie des dépenses retracées par le sous-objectif de l'objectif national d'assurance maladie²⁷² (Ondam) relatif aux établissements de santé. La liste des missions d'intérêt général (Mig), de même que la répartition de la dotation entre régions, est fixée par arrêtés.

La définition²⁷³ de cette dotation, peu précise, témoigne du caractère vaste de son objet, puisqu'elle « *participe notamment au financement de la recherche, de la formation des professionnels de santé (...), des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional de santé, de ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire (...) et de ceux relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements* ».

²⁷² Cf. chapitre II du présent rapport « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier ».

²⁷³ Article L. 162-22-13 précité.

En pratique, la dotation Migac est divisée en deux compartiments servant à financer les missions d'intérêt général (Mig), lesquelles comprennent les Missions d'Enseignement, Recherche, Référence, Innovation (Merri), non étudiées dans le présent chapitre, et les aides à la contractualisation (AC). La dotation Migac est retracée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), signé entre les agences régionales de santé (ARS) et les établissements de santé.

En 2019, près d'un tiers de l'enveloppe des missions d'intérêt général (Mig) a servi à financer trois missions : les structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur, 833 M€), les services d'aide médicale urgente (Samu, 249 M€) et la prise en charge des patients en situation de précarité (192 M€).

2 - La dotation Fir, marge de manœuvre des ARS

Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et prévu par l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, le fonds d'intervention régional (Fir) répond quant à lui à l'objectif de doter les ARS, créées en 2009, d'un instrument financier d'intervention pour favoriser, selon les termes de la loi, « *des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à cinq types de missions* » différentes.

Comme la dotation Migac, le Fir est réparti entre régions par arrêtés.

Il regroupe essentiellement des crédits de l'assurance-maladie, constituant à eux seuls un des cinq sous-objectif de l'Ondam, et, de manière plus marginale, de l'État et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ainsi que des crédits issus de divers fonds préexistants (fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, fonds de lutte contre le tabac).

Les cinq missions éligibles à des financements du Fir²⁷⁴

Mission 1 : la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie.

Mission 2 : l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale.

Mission 3 : la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire.

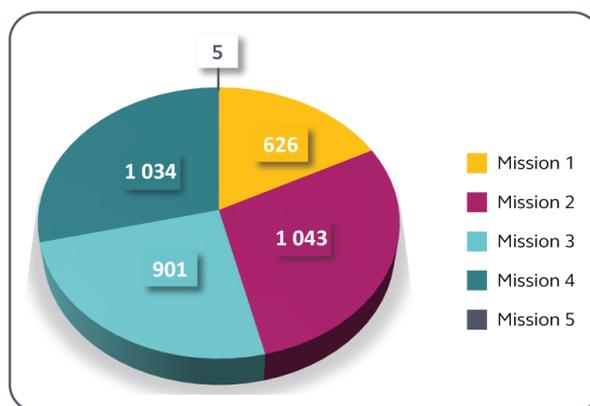
Mission 4 : l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels.

Mission 5 : le développement de la démocratie sanitaire.

À l'intérieur de ces cinq missions, et sous réserve de l'intérêt régional des financements accordés (hors d'éventuelles exceptions découlant de dispositions législatives ou réglementaires), les ARS peuvent affecter librement les crédits du Fir, qui bénéficient ainsi à des établissements de santé, publics ou privés, y compris lucratifs, à des établissements médico-sociaux, ou encore à des associations.

Deux actions représentent plus du tiers des montants liquidés en 2019 : la permanence des soins en établissements de santé, en mission 3, d'un montant de 701 M€ environ, et les aides à l'investissement hors plans nationaux, en mission 4, pour près de 541 M€.

Graphique n° 23 : décomposition par mission de l'enveloppe Fir (M€) en 2019



Source : applicatif « harmonisation et partage d'information » (Hapi) (montants notifiés)

²⁷⁴ Source : article L. 1435-8 du code de la santé publique

3 - Deux dotations de moins en moins différenciées

La distinction entre la dotation Migac et la dotation Fir n'est en réalité pas applicable à certains financements.

Ainsi, certaines missions d'intérêt général (Mig) ne sont plus financées par la dotation Migac. Treize d'entre elles ont en effet été transférées dans le Fir²⁷⁵, notamment pour contribuer à son abondement initial.

Les aides à la contractualisation constituent une autre illustration de la relative porosité entre les actions financées par l'une ou l'autre des dotations. Selon les termes de la circulaire du 1^{er} août 2011²⁷⁶, antérieure donc à la création du Fir, les aides à la contractualisation sont définies comme « *la marge de manœuvre laissée aux agences régionales de santé afin de répondre à des orientations ou des problématiques régionales, non prises en compte par les autres sources de financement* ».

Cette formulation, très imprécise, recouvre largement l'objectif de la mission 4 du Fir, laquelle finance également des opérations de restructuration et de modernisation des établissements.

L'analyse détaillée des aides à la contractualisation montre par ailleurs que la marge de manœuvre des ARS pour l'utilisation d'une partie d'entre elles est limitée : en 2018, plus de la moitié des aides à la contractualisation, soit 947 M€ sur 1 758 M€²⁷⁷, correspondait à des mesures, décidées nationalement, dont le bénéficiaire final est souvent fléché. Ces aides ne sont donc pas toujours utilisées en cohérence avec les logiques, pourtant affichées, de contractualisation et de déconcentration des décisions.

²⁷⁵ Notamment celles finançant la permanence des soins, les équipes de liaison en addictologie, les équipes mobiles de gériatrie.

²⁷⁶ Circulaire n° DGOS/R5/2011/315 du 1^{er} août 2011 relative au guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation.

²⁷⁷ Données de l'applicatif « harmonisation et partage d'information » (Hapi). L'applicatif Hapi permet de disposer d'une information détaillée sur les montants notifiés au titre des Migac et du Fir pour la période 2014-2018 (bénéficiaires, enveloppes, modes de délégation, missions, régions, montants notifiés, total des aides à la contractualisation, y compris celles définies nationalement, etc.).

B - Une gestion des dotations devenue très complexe

1 - Un accroissement du nombre de Mig

La fixation de la liste des missions d'intérêt général (Mig) par un arrêté ministériel annuel répond à des besoins parfois très spécifiques de financement. Hors Merri, l'arrêté du 18 juin 2019²⁷⁸ compte 78 Mig²⁷⁹. Si elles financent généralement un large spectre d'établissements de santé, cinq d'entre elles ne comptent qu'un seul bénéficiaire²⁸⁰. L'une d'elles a un fondement historique et ne concerne que la seule AP-HP : elle finance la majoration de 3,024 % du traitement de base de tous ses agents au titre de la prise en charge de la moitié de la cotisation salariale maladie pour un montant annuel de plus de 55 M€.

Le périmètre des Mig (hors Merri) évolue chaque année, par des créations (jusqu'à onze en 2012 et en 2016²⁸¹), et quelques rares suppressions ou fusions.

La croissance du nombre de Mig nuit à la lisibilité des dispositifs de financement, notamment celui de la T2A²⁸², et à leur suivi : un nombre élevé de missions est plus difficile à modéliser, à actualiser et à évaluer, d'autant que pour près des trois quarts des Mig, les sommes en jeu sont faibles au regard du total de l'enveloppe nationale. Ainsi, certains établissements reçoivent des montants de l'ordre de quelques milliers voire de quelques centaines d'euros. Seulement une vingtaine de Mig ont une enveloppe globale supérieure à 10 M€ en 2019.

²⁷⁸ Arrêté du 18 juin 2019 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8.

²⁷⁹ Dont 15 concernent le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR).

²⁸⁰ Centre national de ressources de la douleur, centre national pour malades jeunes Alzheimer et apparenté, centre de référence sur les agents tératogènes et centre national de ressources et de résilience et centre national de soins palliatifs et de la fin de vie.

²⁸¹ Année de première application du nouveau modèle de financement en SSR.

²⁸² La Cour a eu l'occasion de rappeler la complexité du modèle de T2A. Cf. Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance-maladie*, rapport public thématique, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

2 - Une justification insuffisante des financements accordés sur la dotation Migac

Sur les 78 Mig hors Merri recensées, seule une trentaine sont décrites par un modèle qui permet de définir des critères de répartition des financements entre établissements. Lorsqu'ils existent et qu'ils sont actualisés, ces modèles sont souvent complexes et ne sont pas connus des acteurs²⁸³, y compris des bénéficiaires potentiels et des ARS, qui ne peuvent donc les expliquer aux équipes médicales et soignantes.

La méthode de modélisation en vigueur peut s'avérer imprécise. Ainsi, près de 192 M€ ont été délégués en 2019 pour compenser les surcoûts organisationnels²⁸⁴ suscités par la prise en charge des patients en situation précaire, mais les dotations individuelles aux établissements se fondent, de manière tautologique, sur les caractéristiques de la patientèle²⁸⁵ sans que les surcoûts induits aient réellement pu être identifiés et mesurés²⁸⁶. En outre, les montants versés ne correspondent pas toujours aux montants théoriques déterminés par le modèle²⁸⁷.

Les autres financements Mig non modélisés sont calculés le plus souvent sur des bases historiques (ils sont notamment encadrés par le guide de contractualisation publié début 2013), ou plus rarement par l'intermédiaire de forfaits. Dans les deux cas, et comme pour les Mig modélisées, il peut exister des écarts entre la dotation cible et les crédits octroyés²⁸⁸.

²⁸³ Les explications figurant sur les fiches Mig mises en ligne sur le site internet du ministère de la santé sont souvent trop succinctes pour expliciter les modèles sous-jacents.

²⁸⁴ Comme des durées moyennes de séjour (DMS) plus longues.

²⁸⁵ Dont la part des patients en situation de soins urgents (SU), bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou d'une aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) dans la patientèle totale.

²⁸⁶ Leur évaluation a été entreprise par un groupe de travail créé en octobre 2016.

²⁸⁷ La dotation Migac précarité versée aux Hospices civils de Lyon a été inférieure de plus de 900 000 euros à la dotation modélisée en 2016.

²⁸⁸ S'agissant de la Mig « Équipes hospitalières de liaison en addictologie » (EHLISA), le guide de contractualisation indiquait que le coût moyen de fonctionnement d'une équipe s'élevait à 390 000 euros sans que ce calcul constitue une modélisation de la mission. Les vérifications faites par la Cour sur un panel d'établissements montrent pour 2018 qu'aucun d'entre eux n'a reçu une telle somme (à peine plus de 40 000 euros pour le CH de Versailles par exemple).

Enfin, en l'absence de modalités de calcul établies sur des bases incontestables, les montants des dotations peuvent parfois être ajustés pour répondre aux besoins financiers d'établissements ou à des sollicitations locales.

3 - Une multiplication des délégations de crédits

L'administration centrale délègue aux ARS les crédits Migac et Fir par voie d'arrêtés.

S'agissant des Migac, un arrêté ministériel fixe la dotation nationale en début d'exercice et des arrêtés successifs²⁸⁹ délèguent cette enveloppe nationale aux ARS. La part de la dotation nationale déléguée dès le premier arrêté est variable, comprise ces dernières années entre 76 % en 2018 et 92 % en 2017. Le montant de la dotation nationale est ajusté en fin de campagne par un dernier arrêté, publié depuis 2017 en mars de l'année suivante.

L'étirement de la campagne budgétaire et la multiplication des arrêtés intermédiaires, déléguant parfois des montants très faibles, sont une source de lourdeur de gestion pour l'administration centrale et les ARS et n'offre pas aux établissements de santé la visibilité nécessaire à une gestion efficace.

La campagne de répartition du Fir entre les régions s'est, elle aussi progressivement distendue. En 2018, trois arrêtés supplémentaires ont complété la délégation initiale en cours d'année, pour répartir un montant total supplémentaire de 43 M€, soit 1,2 % des crédits totaux du Fir. En 2019, cinq arrêtés ont été pris pour déléguer la totalité des crédits (dont 122 M€ seulement dans quatre arrêtés complémentaires).

C - Des dotations inégalement réparties²⁹⁰

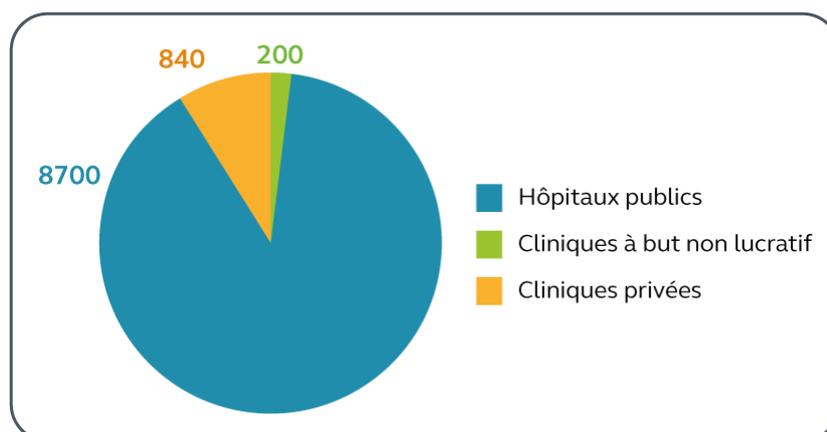
1 - Des inégalités sectorielles et territoriales

Les Migac et le Fir bénéficient essentiellement aux établissements de santé, qui ont perçu 91 % des deux enveloppes en 2018, et tout particulièrement aux hôpitaux publics.

²⁸⁹ 5 en 2016, 9 en 2017, 6 en 2018, 5 en 2019.

²⁹⁰ La majorité des données chiffrées citées dans le présent chapitre sont issues de l'exploitation par la Cour de la base Hapi.

**Graphique n° 24 : répartition des crédits Migac-Fir
entre catégories d'établissements (2018) (en M€)**



Source : applicatif « harmonisation et partage d'information » (Hapi) / Cour des comptes

Au sein du Fir, les associations représentent en 2019 près de 29 % des attributions du fonds contre 20 % en 2014. Les financements attribués à des établissements médico-sociaux ou directement à des professionnels libéraux sont marginaux.

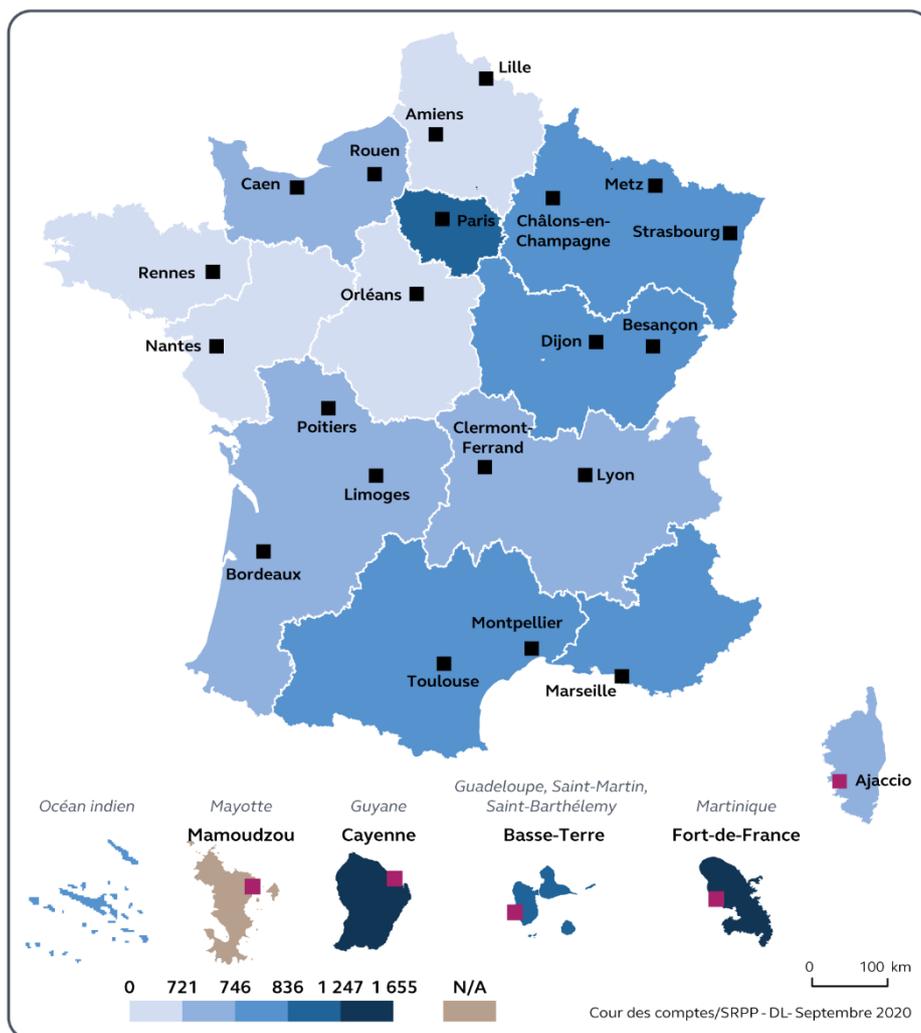
Tableau n° 18 : bénéficiaires des crédits du Fir

Type de bénéficiaire	2014	% 2014	2019	% 2018
Établissements de santé	2 670 900 044 €	79,77 %	2 541 558 186 €	70,46 %
Associations et autres	676 991 782 €	20,22 %	1 032 424 657 €	28,62 %
Établissements sociaux et médicaux sociaux		0 %	28 701 324 €	0,80 %
Professionnels de santé	472 271 €	0,01 %	4 653 619 €	0,13 %

Source : applicatif « harmonisation et partage d'information » (Hapi) / Cour des comptes

Des disparités importantes sont enfin observables selon les territoires tant pour les crédits récurrents que pour les crédits non reconductibles d'une année sur l'autre.

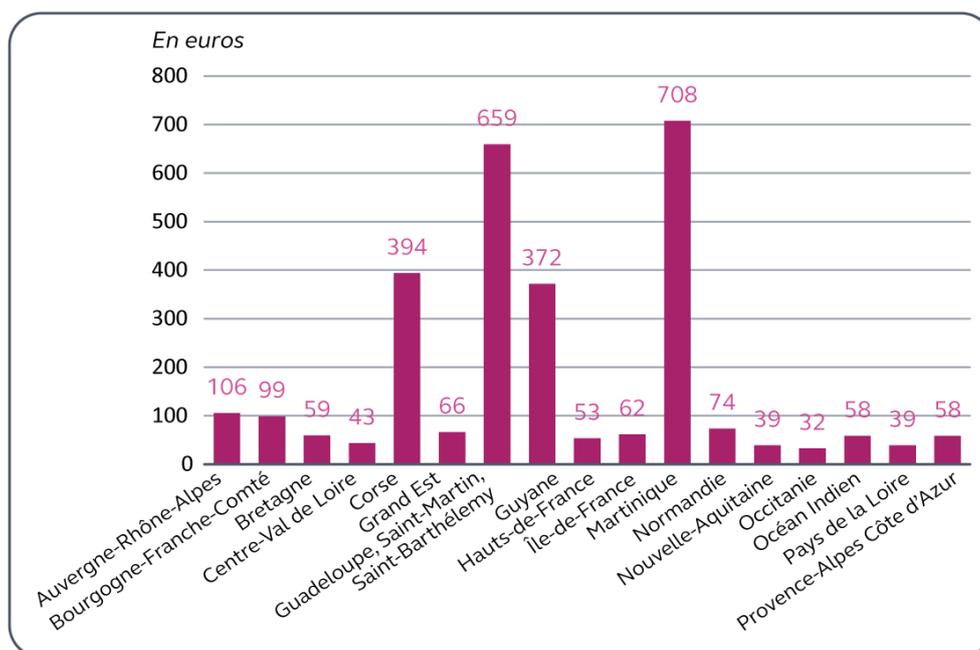
Carte n° 1 : montant par habitant 2014-2019 des dotations régionales Migac et Fir, hors crédits non reconductibles (en €)



Ainsi, la dotation Migac/Fir par habitant hors crédits non reconductibles sur la période 2014-2018 varie entre 691 euros en région Centre-Val de Loire et 1 655 euros en Guyane. Hors outre-mer, la dotation la plus élevée est celle de l'Île-de-France, qui s'établit à 1 024 euros.

Ces disparités sont encore plus notables s'agissant des crédits non reconductibles qui bénéficient largement à la Corse et à l'outre-mer.

Graphique n° 25 : montant 2014-2019 par habitant des crédits Migac non reconductibles selon les régions (en €)



Source : applicatif « harmonisation et partage d'information » (Hapi) / Cour des comptes

2 - Le cas particulier du soutien aux hôpitaux en difficulté

Une partie des crédits non reconductibles, estimée à 700 M€ environ, a été utilisée en 2018 pour soutenir les établissements en difficulté : 661 M€²⁹¹ en aide à la contractualisation et environ 57 M€ financés sur le Fir.

Lorsque la situation financière d'un établissement ne laisse pas d'autre choix, les ARS mobilisent tous les vecteurs de financement²⁹², sans distinction, en fonction de la disponibilité des crédits. Ainsi, le centre hospitalier intercommunal d'Alençon-Mamers a reçu en 2016 une aide

²⁹¹ Dont 258 M€ de dotation complémentaire versée au titre de 2018 au printemps 2019.

²⁹² La même analyse pourrait être conduite s'agissant d'autres dotations, comme les dotations annuelles de financement destinées à la psychiatrie ou aux soins de suite. À titre d'illustration, le CHU de la Martinique a bénéficié de près de 125 M€ de crédits non reconductibles entre 2016 et 2018 au titre de la dotation annuelle de financement pour la psychiatrie.

exceptionnelle du Fir d'1 M€. En janvier 2019, l'ARS Grand Est a mobilisé l'enveloppe d'aide à la contractualisation des soins de suite et de réadaptation, à hauteur de 3 M€, en faveur du centre hospitalier de Sedan.

Si de nombreux critères sont pris en compte pour sélectionner les établissements soutenus (soldes intermédiaires de gestion, indicateurs financiers, plans prévisionnels de trésorerie, etc.), le montant des aides versées n'est pas normé et se fait sans lien direct avec le Comité pour la performance et la modernisation de l'offre de soins (Copermo), dont le rôle est pourtant souvent cité dans les plans de retour à l'équilibre.

L'essentiel de ces aides bénéficie à quelques établissements publics de santé en déficit chronique, en métropole mais surtout, dans des proportions importantes, en Corse et en outre-mer (cf. graphique ci-avant).

Au total, il apparaît que les enveloppes Migac et Fir sont fortement mises à contribution pour atténuer les impacts financiers de la tarification à l'activité sur certains établissements en déséquilibre structurel.

3 - Une répartition des crédits du Fir entre les régions peu redistributive

Depuis 2015, le Fir s'est doté d'un dispositif de péréquation, visant à renforcer l'adéquation des moyens aux besoins de santé régionaux. Trois critères, dont la formule de calcul n'est pas connue des ARS, sont pris en compte afin de pondérer la répartition des dotations en fonction de la population : la mortalité brute, un indice synthétique de précarité et le taux d'ALD (affections de longue durée), pour tenir compte des maladies chroniques.

Selon le rapport d'activité du Fir, la péréquation s'applique à 60 % du total des crédits. En 2019, elle a porté sur un montant de 1,6 Md€ (soit moins de 50 %), sachant qu'elle n'est pas appliquée aux dotations de la Corse et des régions ultramarines du fait de la prépondérance du critère populationnel mais également pour des raisons de spécificités territoriales, réelles mais non explicitées. En outre, la péréquation est encadrée, de façon à ce que l'évolution de la dotation d'une région ne puisse conduire, d'une année sur l'autre, à une baisse supérieure à 1 %. Ses effets ne peuvent donc être que très modestes (quelques centaines de milliers d'euros en général). Ils ne font d'ailleurs l'objet d'aucun chiffrage national et n'ont donc à ce jour pas permis de limiter les disparités historiques dans la répartition des dotations.

II - Une simplification nécessaire, une déconcentration souhaitable

Le Fir constitue pour les ARS un outil de gestion souple permettant en principe de mieux répondre aux besoins locaux. L'usage effectif des marges de manœuvre qui leur sont déléguées suppose un effort d'évaluation des résultats et une rigueur accrue d'administration des aides.

A - Simplifier les dispositifs

1 - Un resserrement souhaitable des financements relevant de la dotation Migac

Les montants des Mig qui étaient reconduites d'une année sur l'autre (dites « Mig en base »²⁹³) ont connu une forte décrue (-62 % entre 2014 et 2018), grâce notamment au dialogue entre les agences régionales de santé et les établissements, qui a permis de remettre en cause le niveau de certaines dotations reposant sur des bases historiques.

Un peu plus des trois quarts des crédits Mig sont dorénavant délégués en justification au premier euro (JPE), c'est-à-dire qu'ils sont individualisés par mission, calculés et fléchés en direction des régions par le niveau national. Les établissements bénéficiaires sont tantôt décidés au niveau national, tantôt déterminés par les ARS.

Ce mécanisme d'allocation, plus ou moins directif selon les missions, apparaît inutilement complexe et en tout état de cause peu transparent, à l'égard des bénéficiaires mais aussi des ARS elles-mêmes, qui n'ont pas toujours connaissance des critères ayant permis la fixation des dotations qui leur sont allouées.

Il paraîtrait plus justifié de réserver l'utilisation de la dotation Migac au financement des missions ayant vocation à s'appliquer à l'ensemble du territoire et de transférer au Fir les missions relevant de l'initiative régionale (notamment les missions d'un montant modeste²⁹⁴, celles qui ne concernent qu'un établissement ou encore celles finançant certaines

²⁹³ Dans ce mode de délégation, il est fait masse des crédits délégués les années précédentes, sans distinction entre les missions, à charge pour les ARS d'en déterminer les critères d'allocation.

²⁹⁴ Par exemple la Mig I04 « Les équipes de cancérologie pédiatrique ».

consultations hospitalières²⁹⁵, comme le sont déjà les consultations « mémoire ». Justifiées ainsi au premier euro, les premières devraient être allouées conformément à la modélisation nationale tant pour les montants versés que pour les bénéficiaires, tandis que les secondes seraient déléguées aux ARS qui détermineraient des critères d'affectation adaptés aux territoires.

Outre une extension des marges de manœuvre des ARS, cette meilleure articulation avec le niveau régional aurait pour effet de simplifier drastiquement l'allocation des ressources au niveau national.

2 - Une utilisation des marges de manœuvre par les ARS à développer

Les crédits du Fir sont fongibles : les ARS sont autorisées à s'écarter des utilisations antérieures des crédits pour les redéployer au profit d'autres actions.

En 2018, 86 % des crédits du Fir étaient totalement fongibles, 13 % étaient soumis à une fongibilité asymétrique (ce qui signifie que les crédits affectés à la prévention / santé publique ainsi qu'au secteur médico-social ne peuvent pas être affectés à d'autres activités) et pour seulement 1 % sanctuarisés²⁹⁶. Le mécanisme de fongibilité dans le champ de la prévention a porté sur 121 M€ en 2018, en hausse nette et continue depuis 2013 (20 M€). La fongibilité dans le champ médico-social est plus modeste, à hauteur de 11,1 M€ en 2018.

Ces montants témoignent de la volonté des agences régionales de santé de réorienter une partie des crédits du soin en établissements vers les missions de santé publique : la part des missions 1 et 2 (prévention et parcours) dans le total des crédits du Fir a augmenté ces dernières années alors que la part de la mission 4 (efficacité des établissements) diminue. Cette évolution doit toutefois être relativisée au regard de la part des montants concernés, qui reste minime au sein de l'Ondam hospitalier, qui a atteint 82,7 Md€ en 2019.

²⁹⁵ Addictologie, génétique.

²⁹⁶ Il s'agit des crédits relatifs au financement de Paerpa (18,6 M€ liquidés en 2018), de la sécurisation des prêts structurés des établissements de santé et de la télé-médecine (9,3 M€).

Tableau n° 19 : part des crédits du Fir utilisés pour la prévention et le médico-social par fongibilité en 2018

Ile-de-France	55,8 M€	9,8 %
Océan Indien	4,5 M€	5,4 %
Nouvelle Aquitaine	16,7 M€	5,3 %
Provences-Alpes-Côte d'Azur	13,4 M€	5,2 %
Auvergne-Rhône-Alpes	16,5 M€	4,3 %
Pays de la Loire	7,7 M€	4,2 %
Martinique	1,8 M€	3,6 %
Bourgogne-Franche Comté	3,6 M€	2,2 %
Occitanie	5,8 M€	2,0 %
Grand Est	5,8 M€	1,7 %
Centre-Val de Loire	0,6 M€	0,5 %
Guadeloupe	0,1 M€	0,2 %
Normandie	0,2 M€	0,1 %
Bretagne	-	0,0 %
Corse	-	0,0 %
Hauts-de-France	-	0,0 %
Guyane	-	0,0 %

*Source : Cour des comptes – rapport d'activité du Fir 2018
– Note de lecture : en 2018, en région Ile-de-France, 9,8 % des crédits du Fir péréqués ont été redéployés vers la prévention et le médico-social*

B - Renforcer le contrôle de l'utilisation des dotations Migac et Fir

1 - Des investissements à mieux suivre

Pour accompagner certains de leurs projets d'investissement, les établissements de santé bénéficient d'aides, essentiellement en exploitation, visant à couvrir leurs charges financières supplémentaires (amortissement des immobilisations acquises et intérêts des emprunts levés pour la réalisation des opérations). Ces aides sont déléguées dans le cadre de l'enveloppe Migac ou de la mission 4 du Fir. Selon l'estimation de la Cour, ce soutien à l'investissement, très significatif, atteindrait pour l'année 2018 un peu plus de 1,5 Md€ : 892 M€ au titre des AC et 614 M€ au titre du Fir²⁹⁷.

²⁹⁷ Auxquels il convient d'ajouter par ailleurs les fonds délégués dans le cadre du FMESPP (fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés), soit 230 M€ en 2018.

Or, le suivi par les ARS des investissements réalisés par les établissements de santé est très insuffisant. Celles-ci reconnaissent d'ailleurs que certaines aides peuvent financer des opérations dont le dimensionnement a été réduit sans que l'aide ait été ajustée au montant actualisé, ou des équipements totalement amortis, voire des immobilisations vendues ou encore des investissements finalement non encore réalisés. Très souvent, les pièces justificatives se limitent à un simple arrêté de notification fixant le montant de la dotation ou un courrier signé du ministre, sans état des immobilisations ni contrats d'emprunts²⁹⁸.

2 - Le nécessaire renforcement du contrôle interne

En matière d'expérimentation et d'actions de santé publique, l'égal accès des opérateurs aux financements publics doit être préservé. Les ARS sont tenues d'y veiller, aussi bien en amont par le jeu des appels à projet ou à candidature qu'en aval par l'évaluation de l'efficacité des actions menées.

La gestion du choix des bénéficiaires du Fir

Quatre catégories de bénéficiaires peuvent se voir attribuer les dotations du Fir : les établissements de santé et médico-sociaux, les professionnels de santé et les associations. En 2018, les 3,5 Md€ du Fir ont été répartis entre 9 300 bénéficiaires environ : 6 700 associations, 1 800 établissements de santé, 670 ESMS et 170 professionnels de santé.

Les échanges avec les ARS ont montré qu'il pouvait être compliqué de cesser de subventionner brutalement une association qui, pour répondre à un appel à projet par exemple, aura étoffé ses effectifs et recruté tel ou tel profil spécialisé. Le risque à éviter est cependant un phénomène « d'abonnement » (reconduction automatique d'un opérateur) qui fige les dotations sans assurance quant aux résultats obtenus.

Par ailleurs, les décisions d'attribution appellent un contrôle renforcé de régularité. La Cour a analysé plus de 200 décisions sollicitées auprès de l'ensemble des ARS, dont près de 20 % apparaissent insuffisamment justifiées²⁹⁹.

²⁹⁸ À titre d'exemple, l'ARS de Bourgogne-Franche a communiqué un courrier du ministre chargé de la santé de novembre 2006 pour seule justification de l'allocation de 4,9 M€ par an au CHU de Besançon depuis 2010.

²⁹⁹ Certains échanges contradictoires avec les ARS ont cependant dû être interrompus par la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19.

Les financements destinés aux acteurs de prévention s'appuient globalement sur des documents appropriés. Un cadre commun national de contrôle interne selon un dispositif gradué mériterait cependant d'être élaboré : contrôle des pièces justificatives « minimales » (rapport d'activité, bilan financier), dialogue de gestion le cas échéant (pour approfondir l'analyse des informations des pièces justificatives) et enfin évaluation complète.

En revanche, les financements aux établissements de santé font l'objet d'un suivi moins rigoureux. La motivation de la dépense est moins bien documentée et, dans un certain nombre de cas, les pièces transmises par les agences ne suffisent pas à justifier le versement réalisé³⁰⁰.

Quelques constats généraux se dégagent des vérifications réalisées par la Cour :

- des crédits financent des actions pour lesquelles le Fir n'apparaît pas le vecteur à mobiliser prioritairement, par exemple des formations à destination de médecins libéraux pouvant relever de l'Agence nationale du développement professionnel continu créée par l'article 114 de la loi du 27 janvier 2016 ;
- des crédits financent des dépenses de personnel. Or, comme l'a rappelé en 2017 la circulaire sur la mise en œuvre du Fir, le Fir n'a pas vocation à supporter ce type de dépenses ;
- des crédits financent des dépenses de fonctionnement courant des ARS. Or, ces dépenses devraient être prises en charge par leur budget propre et non par le budget annexe du Fir.

Ces constats tendent à confirmer la persistance de certaines pratiques pouvant s'avérer irrégulières. À cet égard, il convient de rappeler la condamnation à l'amende par la Cour de discipline budgétaire et financière d'un ancien directeur général d'ARS pour des actions de coopération internationale financées par le Fir qui n'étaient pas d'intérêt régional³⁰¹.

³⁰⁰ Exemples : le financement sur le Fir, en 2016, du surcoût lié à l'intégration au sein d'un CHU des personnels issus d'établissements de santé privés non lucratifs, à hauteur de 900 000 euros, alors que le volume de l'enveloppe n'a été justifié par aucun décompte ou relevé relatif au nombre et à la qualification des personnels intégrés ; une ARS ne dispose pas des factures des équipements achetés par un CHU, *via* une subvention du Fir en 2018 de 1,2 M€, dans le cadre d'un appel à projet régional ; une autre n'a pu justifier le versement sur le Fir, en 2017, de 450 000 euros à un établissement en vue de l'acquisition de logiciels de dépenses-recettes-payé.

³⁰¹ Cour de discipline budgétaire et financière, arrêt du 23 avril 2019, *Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine*, n° 233-808.

C - Améliorer la transparence des financements

1 - Une logique évaluative à développer

Si l'évaluation en santé publique est un processus difficile à mettre en œuvre (coût, notamment au regard de la pluralité des opérateurs financés parfois pour de faibles montants, temporalité longue), les ARS disposent toutefois de plusieurs outils de contrôle de gestion permettant de rendre compte et d'évaluer le résultat de leurs actions, notamment pour les activités hospitalières.

Les outils d'évaluation à la disposition des ARS et des établissements

La base Piramig³⁰², gérée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), a pour objet d'« évaluer la pertinence de la dotation allouée au titre des Mig pour la réalisation des actions correspondantes ». Elle permet de disposer d'informations multiples.

Le retraitement comptable (RTC) des charges hospitalières peut également constituer une source d'informations pertinente pour les ARS. Il permet de rapprocher les charges totales et les financements reçus, de comparer les coûts de réalisation de la même mission par différents établissements, ou encore de mesurer le poids des charges indirectes, qui, amputant les crédits destinés aux soins, cristallisent régulièrement des tensions entre les équipes médicales et soignantes et les directions d'établissements. L'analyse est intéressante en ce qu'elle révèle une hétérogénéité importante selon les établissements.

L'exploitation effective des informations et des données disponibles est donc nécessaire pour accompagner les travaux d'harmonisation des financements engagés dans certaines ARS et faciliter le dialogue de gestion avec les établissements de santé pour ajuster le financement aux besoins et s'assurer de son « ruissellement » sur le terrain.

³⁰² Pilotage des rapports d'activité des missions d'intérêt général.

2 - Rendre publique la répartition des dotations Migac et Fir

L'information publique relative à l'octroi des crédits Migac et Fir est limitée et, en tout état de cause, complexe à analyser.

S'agissant des Migac, les circulaires budgétaires successives doivent être compilées pour connaître les montants délégués à une région pour une mission donnée. Hors Merri, seules les ARS connaissent les allocations individuelles des établissements de santé, la publication au recueil des actes administratifs des arrêtés – au demeurant de lecture difficile – n'étant pas systématique.

La transparence permettrait cependant de faire évoluer les organisations en conduisant, par des comparaisons, à s'interroger sur la pertinence de leur financement. Dans les établissements de santé, elle peut contribuer à une meilleure information des équipes soignantes sur les moyens mis à leur disposition pour financer leur activité.

La Cour note également que, depuis 2012, il n'existe plus de rapport spécifique au Parlement sur les Migac. Les dotations Migac et Fir sont abordées dans le rapport au Parlement sur le financement des établissements de santé³⁰³, en quelques pages permettant seulement d'appréhender les grandes masses et leurs évolutions. En outre, ce rapport – qui n'est plus produit depuis 2017 – ne permettait pas d'évaluer les résultats des politiques mises en œuvre dans ce cadre. Il serait donc souhaitable qu'il soit publié régulièrement et enrichi dans son contenu.

³⁰³ Article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le système des financements non tarifaires des établissements de santé présente d'importantes insuffisances. L'administration centrale et les agences régionales de santé doivent mieux assumer leurs rôles respectifs de régulateur global des enveloppes de financement et de gestionnaires pleinement responsables des politiques territoriales d'attribution des financements. Le dispositif des Migac doit faire l'objet d'un effort de simplification drastique, au profit du Fir dont le rôle d'accompagnement de la transformation du système de santé en faveur d'actions de prévention et de santé publique mérite d'être renforcé.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes au ministre chargé de la sécurité sociale, qui visent à simplifier, mieux suivre et améliorer la transparence de ces financements :

- 9. pour les Migac, réduire et réviser la liste des Mig ; basculer en Fir celles qui ne répondent à aucun enjeu national spécifique ainsi que les aides à la contractualisation régionales ;*
 - 10. pour le Fir, définir un référentiel de contrôle interne opposable pour s'assurer de l'efficacité des actions financées ;*
 - 11. assurer un suivi global et par opération des dépenses de soutien à l'investissement ;*
 - 12. s'assurer de la bonne affectation des crédits Migac destinés aux activités de soins et de leur visibilité pour les équipes médicales et soignantes concernées.*
-