



# Place des missions d'intérêt général (MIG) relatives à la recherche et à l'innovation dans le financement des établissements de santé en cancérologie<sup>☆</sup>

Harvey Wiernik<sup>1</sup>, Gregory Katz<sup>2</sup>, Hélène Coulonjou<sup>3</sup>, André Salagnac<sup>4,5</sup>, Frédéric Kletz<sup>5</sup>, Juliette Thariat<sup>6</sup>

Reçu le 13 janvier 2018  
Accepté le 29 mars 2018  
Disponible sur internet le :  
7 mai 2018

1. Ministère des Solidarités et de la Santé, direction générale de l'offre de soins, bureau PF4 innovation et recherche clinique, 14, avenue Duquesne, 75007 Paris, France
2. Université Paris-Descartes, école de médecine, chaire management de l'innovation et performance des soins, 15, rue de l'École de médecine, 75006 Paris, France
3. Ministère des Solidarités et de la Santé, direction générale de l'offre de soins, sous-direction PF Pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, 14, avenue Duquesne, 75007 Paris, France
4. CHU de Clermont-Ferrand, 58, rue Montalembert, 63003 Clermont-Ferrand, France
5. Mines ParisTech, centre de gestion scientifique, 60, boulevard St-Michel, 75006 Paris, France
6. Normandie université, centre François-Baclesse-Unicaen, département d'oncologie radiothérapie, 3, avenue Général-Harris, 14000 Caen, France

## Correspondance :

Juliette Thariat  
jthariat@gmail.com

## Mots clés

Politique de santé  
Financement public  
Recherche  
Innovation  
Établissement de santé  
Incitations

## ■ Résumé

**Introduction** > Cet article dresse un état des lieux des financements de l'assurance maladie alloués pour la recherche et l'innovation dans les établissements de santé en France, au titre des missions d'intérêt général relatives à l'enseignement, la recherche, la référence et l'innovation (MERRI), et plus particulièrement dans le domaine de la cancérologie. Leur organisation est expliquée dans une perspective historique, économique et scientifique.

**Résultats** > D'importantes réformes structurelles et conceptuelles (T2A en 2004, loi HPST en 2009, etc.) ont été réalisées. Celles-ci ont significativement impacté les modalités d'attribution des financements publics et modifié le paysage de la santé dans une logique incitative, visant à renforcer la compétitivité de tous les acteurs du soin. En 2016, la disparition de la part fixe des MERRI, cinq ans après la fin d'un financement réservé aux CHU et aux CLCC, a conduit à une redistribution budgétaire, y compris vers les établissements non universitaires ou privés à but lucratif. Aujourd'hui, la dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement

<sup>☆</sup> Les analyses figurant dans cet article sont celles des auteurs et ne préjugent pas du point de vue de leur organisation.  
<sup>◇</sup> Analyses are those of the authors and do not prejudice the point of view of their parent organization.

**Keywords**

Health policy  
Public grant  
Research  
Innovation  
Healthcare organizations  
Incentives

et d'innovation est répartie sur la base des indicateurs relatifs aux publications scientifiques (60 % de la dotation), à l'effort d'enseignement (25 %) et aux essais cliniques (15 %). La notification de ces financements aux établissements de santé est effectuée par les agences régionales de santé (ARS) et la redistribution en interne de ces fonds relève des directions d'établissements. D'autres financements, à l'instar de ceux des études sélectionnées dans le cadre des appels à projets de recherche ministériels, des centres et équipes mobiles de recherche, ou des tumorothèques (centres de ressources biologiques) se font également au titre des MERRI.

**Conclusion** > Les modifications du système de financement de la recherche et de l'innovation en santé ont un objectif incitatif. L'évaluation des résultats de cette incitation budgétaire permettra de vérifier si elle aura permis de renforcer la dynamique de recherche et d'innovation.

**Summary****The French health care funding system for research and innovation in oncology**

**Introduction** > This article provides an overview of the French health system with respect to allocation of public resources to hospitals, to encourage research and innovation, particularly in the field of oncology. It is explained in a historical, economic and scientific perspective.

**Results** > Important structural and conceptual reforms (T2A, HPST law, etc.) have been carried out. These have significantly impacted the way public funding is allocated. Funding of innovation and research has been modified into a more incentive logic, aimed at strengthening competitiveness between all health care actors. The funding allocation system has evolved towards a more ubiquitous redistribution, including non-academic and private institutions. The baseline endowment includes indicators relating to scientific publications (60% of the endowment), teaching (25%) and clinical trials (15%). Research funding is then redistributed by regional health agencies, and used in health care institutions at the discretion of the directorates. Other funding sources such as calls for grants, funding for mobile research centers and teams, tumor banks and temporary user licenses are also part of the funding by the French Ministry of health.

**Conclusion** > Changes in the health research funding system have an incentive purpose. They have significantly modified the global healthcare landscape. Feedback on these changes will be necessary to assess the success of the reinforcement of the dynamics of research and innovation.

**Introduction**

L'allocation de crédits d'assurance maladie, pilotés par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé, est la principale source de financement public de la recherche dans les établissements de santé. Elle s'inscrit dans la perspective d'une meilleure maîtrise des dépenses, qui sous-tend le système de protection sociale français depuis un peu plus de vingt ans (*figure 1*). En 2004 a été introduite la réforme du financement des établissements hospitaliers, dite T2A (tarification à l'activité), qui a considérablement modifié non seulement les modalités de calcul des dotations financières des établissements, mais également l'ensemble du paysage hospitalier. La T2A étant un système qui crée, pour la partie médecine chirurgie obstétrique (MCO), une relation directe entre les recettes d'un établissement et son activité, les hôpitaux ont été incités à revoir leurs modalités de fonctionnement et de prise en charge des

patients. Cette réforme a également eu des conséquences importantes sur l'activité de recherche et d'innovation des établissements, sujet auquel le présent article est consacré.

Ainsi, la loi constitutionnelle<sup>1</sup>, du 22 février 1996<sup>2</sup>, et la loi organique<sup>3</sup>, du 22 juillet 1996<sup>4</sup> instituent un vote du budget de la sécurité sociale par le Parlement dans le cadre de l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). La LFSS fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) (*figure 2*), commun à l'ensemble des régimes

<sup>1</sup> Définies à l'article 89 de la Constitution, les lois constitutionnelles sont des lois qui modifient la Constitution, via une procédure législative spécifique (vote du Congrès ou référendum).

<sup>2</sup> Loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996.

<sup>3</sup> Définies à l'article 46 de la Constitution, les lois organiques précisent et appliquent des articles de la Constitution qui y renvoient expressément.

<sup>4</sup> Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8785509>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8785509>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)