

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Secrétariat général des ministères
chargés des affaires sociales

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau de la synthèse
organisationnelle et financière

Circulaire SG n° 2015-152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015

NOR : AFSZ1510675C

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 6 mars 2015. – Visa CNP 2015-45.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : cette circulaire précise les missions financées par le FIR article 56 LFSS 2015, les orientations nationales pour 2015, les ressources du FIR, les règles d'attribution et de gestion des crédits par les ARS, les modalités de suivi des dépenses, les principes d'évaluation des missions financées.

Mots clés : FIR – fongibilité – permanence des soins – qualité et coordination des soins – modernisation, adaptation et restructuration de l'offre de soins – accompagnement social – prévention et promotion de la santé – prévention et prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie – FMESPP – fonds de prévention de l'assurance maladie – circuits de liquidation et de paiement.

Références :

Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1435-8 à L. 1435-11 et R. 1435-16 à R. 1435-36 ;

Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 relative au financement de la sécurité sociale pour 2015, notamment son article 56 ;

Arrêté du 27 février 2012 fixant la liste et les conditions de versement des aides individuelles, des prestations et des compléments de rémunération financés par le fonds d'intervention régional ;

Arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional ;

Arrêté du 1^{er} mars 2012 fixant les conditions de versement à la CNAMTS de la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional ;

Arrêté du 4 juin 2013 déterminant les conditions de financement par le fonds d'intervention régional des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé et de leurs groupements comportant des dépenses d'investissement ;

Arrêtés en cours de publication fixant pour l'année 2015 le montant des dotations des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional des ARS ;

Arrêtés en cours de publication fixant le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR pour l'année 2015.

Annexes : annexes et fiches techniques.

Annexe 1. – Orientations par missions pour 2015.

Annexe 2. – Rappels et précisions quant aux modalités de gestion du fonds.

Fiche technique 1: Document-type de demande d'appel de fonds auprès de la CNAMTS.

Fiche technique 2: Répartition par agences des crédits délégués et mises en réserves opérées sur le FIR.

Fiche technique 3: EPRD-type.

Fiche technique 4: Modèle de décision attributive de financement au titre des missions du FIR.

Fiche technique 5: Modèle de décision attributive de financement au titre des missions du FIR mentionnées à l'article L. 1435-8 du CSP lorsque le bénéficiaire est un établissement de santé.

Fiche technique 6: Modèle d'attestation de contrôle de service fait et d'ordre de paiement.

Fiche technique 7: Nouvelle table de transposition entre missions, catégories de dépenses et comptes du PCUOSS consécutivement aux nouvelles missions adoptées en LFSS 2015.

Fiche technique 8: Précisions relatives au circuit de liquidation et de paiement des forfaits de médecins correspondants de SAMU.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directrices et directeurs généraux des agences régionales de santé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (article 65) a créé le fonds d'intervention régional (FIR), qui vise à donner aux agences régionales de santé (ARS) une plus grande souplesse dans la gestion de certains de leurs crédits au service d'une stratégie régionale de santé transversale.

Afin de donner toute la visibilité nécessaire au pilotage du FIR, un 7^e sous-objectif ONDAM relatif aux dépenses d'assurance maladie allouées au fonds avait pour la première fois été identifié dans le cadre de la LFSS 2014. Le Parlement avait ainsi voté ce nouveau sous-objectif en augmentation de 2,4 % par rapport à 2013. Pour la deuxième année consécutive, le Parlement a voté ce sous-objectif en augmentation de 2,1 % au regard des crédits effectivement délégués en 2014, après mesures de périmètre.

En outre, dans un objectif de simplification, je vous informe que la réforme du FIR portant création d'un budget annexe au sein des agences au 1^{er} janvier 2016 est actuellement en cours de préparation, consécutivement à l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Cette réforme vise à confier aux ARS la gestion budgétaire et comptable du fonds, à l'exclusion des paiements directement versés aux professionnels de santé, et permettre une gestion pluriannuelle des crédits conformément à l'objectif du fonds de mener à bien des opérations de transformation du système de santé.

I. – LES RESSOURCES DU FIR ET LEUR RÉPARTITION RÉGIONALE POUR 2015

Les ressources du FIR en 2015 sont constituées par :

- une dotation de l'assurance maladie à hauteur de 3 053 M€ correspondant au sous-objectif ONDAM voté en LFSS ;
- une dotation de l'État à hauteur de 124 M€ ;
- une dotation de la CNSA à hauteur de 101 M€.

Le total des crédits FIR votés s'élève donc pour l'exercice 2015 à 3,278 Md€.

Compte tenu du contexte budgétaire contraint, le FIR fait en 2015 l'objet de gels au titre des mises en réserves pour la régulation de l'ONDAM d'un montant de 30 M€, contre 75 millions l'exercice précédent. La dotation de l'État fait par ailleurs l'objet d'une réserve prudentielle de 10 M€ appliquée à l'enveloppe votée en loi de finances de 124 M€.

Depuis la création du FIR en 2012, les crédits relatifs à la prévention inscrits dans les budgets des agences font l'objet d'une péréquation entre régions qui repose, d'une part, sur un indice populationnel pondéré par des facteurs de précarité et de mortalité prématurée évitable et, d'autre part, sur un indice qui tenait compte du poids des dépenses structurelles de prévention gérées et financées ou non au sein de chaque agence (actions dites recentralisées). Cette péréquation avait également été appliquée aux crédits venant nouvellement abonder la part prévention du fonds ne relevant pas des enveloppes historiques constitutives du FIR portant ainsi la péréquation en 2014 à près de 10 % des crédits du FIR délégués dans le cadre de cet exercice sur critères de santé publique.

Conformément à ma demande, et comme je m’y étais engagée auprès du Parlement, la réflexion sur la détermination de principes et de clés de répartition entre régions a été poursuivie afin de renforcer, dès 2015, l’adéquation des moyens aux besoins de santé régionaux.

Ces travaux ont conduit à retenir trois critères permettant de pondérer la répartition des dotations en fonction de la population : la mortalité brute, un indice synthétique de précarité et le taux d’ALD standardisé pour tenir compte des maladies chroniques. Au total, en prenant en compte les crédits de prévention, dont l’allocation continuera quant à elle à reposer sur des critères de santé publique spécifiques définis pour les actions de prévention (mortalité prématurée évitable et actions recentralisées), la péréquation s’appliquera à 60 % du total des crédits relevant du FIR. Une part des crédits du FIR continuera à être exclue de ce périmètre de péréquation car devant prendre en compte d’autres impératifs, notamment la répartition territoriale de l’offre de soins. Il s’agit notamment des dispositifs relatifs à la permanence des soins et les mesures relatives au pacte territoire santé.

Ce mécanisme de péréquation va s’appliquer dès l’année 2015 en anticipant la future carte territoriale des régions de 2016. Cette péréquation sera mise en place progressivement en encadrant l’évolution des dotations de chaque région de sorte que l’évolution de la dotation d’une région au titre de la péréquation ne puisse observer une baisse supérieure à 1 % au titre de la péréquation. Par ailleurs, malgré le contexte budgétaire difficile, j’ai veillé à ce qu’aucune dotation régionale, après mesures nouvelles et neutralisation des effets de périmètre, ne diminue par rapport à 2014.

J’appelle votre attention sur la nécessité du respect absolu de l’enveloppe globale qui vous est allouée au titre du FIR.

II. – LES ORIENTATIONS NATIONALES POUR 2015

Le FIR doit vous permettre de disposer des leviers financiers pour soutenir les actions de transformations du système de santé. En ce sens, il repose sur une logique de résultats mesurés dans le cadre d’un reporting plutôt que sur une logique de moyens sur des lignes fléchées. Le FIR est ainsi destiné à vous donner une plus grande souplesse de gestion budgétaire en régions, sous réserve du respect du principe de fongibilité asymétrique en faveur des actions de prévention et du champ médico-social.

Dans le cadre du vote de l’article 56 de la LFSS pour 2015, le FIR voit ses missions réorganisées en cinq axes stratégiques qui s’inscrivent pleinement dans le cadre de la stratégie nationale de la santé :

- promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d’autonomie ;
- organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l’offre sanitaire et médico-sociale ;
- permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l’amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- développement de la démocratie sanitaire.

Les moyens dédiés dans le cadre du FIR en 2015 doivent plus particulièrement concourir aux projets de restructuration de l’offre de soins dans le cadre du plan triennal ONDAM 2015-2017 que je vous ai présenté le 2 février dernier. Le renforcement de l’efficacité du système de soins, ainsi que sa transformation progressive afin de le rendre encore plus adapté aux besoins du patient par le développement des prises en charge ambulatoires constitue une priorité de l’exercice 2015. Vous veillerez dans le cadre de ces projets à la prise en compte de l’amélioration des conditions de travail des personnels, le fonds ayant également vocation à accompagner ce type de projets, y compris pour les structures médico-sociales.

Je vous demande de veiller à ce que les moyens alloués dans le cadre du FIR contribuent également en 2015 à l’organisation et la structuration des parcours de santé par les professionnels de santé du premier recours, conformément aux orientations qui sont en cours de discussion dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Ces moyens doivent aussi favoriser une meilleure répartition des professionnels et structures de santé sur le territoire et la réduction des inégalités d’accès aux soins. Divers engagements relevant du « Pacte territoire santé » sont financés dans le cadre du FIR dont le développement de la télémédecine, les contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) et les structures d’exercice coordonné afin de favoriser le travail en équipe. Ces structures comme les maisons et pôles de santé participent activement au renforcement de l’attractivité des territoires pour les professionnels de santé. Le FIR

doit contribuer activement à leurs développements. Au-delà de ces dispositifs le FIR doit permettre de faciliter les initiatives de structuration du premier recours que vous pourrez être à même de favoriser notamment au regard de la création des communautés professionnelles territoriales de santé votée en première lecture à l'Assemblée nationale dans le cadre du projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé.

Enfin, le FIR doit favoriser le développement de l'offre de prévention. La promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie constituent désormais la première mission du fonds. Il vous est demandé de décliner, au niveau territorial approprié, les plans et programmes nationaux de santé publique, notamment le plan cancer et le plan maladie neuro-dégénérative.

*
* *

Les annexes à la présente instruction ont pour objet de préciser :

- les orientations par missions pour 2015 (annexe 1) ;
- les règles d'attribution et de gestion des crédits par les ARS ainsi que les modalités de suivi des dépenses et de reporting financier dans l'attente de la réforme des modalités de gestion du FIR pour 2016 (annexe 2).

Je vous remercie de nous faire connaître les difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire. Mes services sont à votre disposition pour de plus amples informations.

MARISOL TOURAINE

ANNEXE 1

ORIENTATIONS PAR MISSIONS POUR 2015

L'article L. 1435-8 du code de la santé publique précise les missions pour lesquelles vous pouvez mobiliser les crédits du fonds d'intervention régional. Ces missions sont modifiées, à compter de l'exercice 2015, comme suit :

- mission 1 : promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- mission 2 : organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- mission 3 : permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- mission 4 : efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- mission 5 : développement de la démocratie sanitaire.

Les crédits du FIR répondent aux mêmes exigences de respect du droit national et du droit communautaire que l'ensemble des financements publics attribués dans le domaine de la santé. Ainsi, les principes généraux d'allocation, définis notamment dans les guides de contractualisation des dotations finançant les AC et les MIG (circulaire DGOS/R5 n° 2011-315 du 1^{er} août 2011 et circulaire DGOS/R5 n° 2013-57 du 19 février 2013) et dans le guide relatif à l'élaboration des CPOM (circulaire DGOS/PF3 n° 2012-09 du 10 janvier 2012) doivent être respectés, quelles que soient les actions, missions ou structures financées par le FIR.

À ce titre, les référentiels relatifs aux missions d'intérêt général transférées vers le FIR peuvent être utilement employés pour s'assurer du respect des principes sus mentionnés.

Les crédits sont alloués aux bénéficiaires dans le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux différentes missions financées par le FIR, des règles d'attribution des crédits citées *supra*, et dans le cadre des orientations définies par le CNP.

J'appelle votre attention sur les changements de périmètre intervenus au cours de la constitution de la dotation FIR pour 2015. En effet, outre les orientations nouvelles détaillées ci-après, des mesures jusque-là financées par le FIR ont été transférées vers d'autres enveloppes :

- le financement des CAQCS VSL relève désormais du sous-objectif de l'ONDAM consacré aux soins de ville ;
- le financement du Plan national maladie rare (qui recouvrait, dans le FIR, les mesures « PNMR – mise en place de filières » et « plateformes de laboratoire ») relève désormais de votre dotation MIGAC.

Les financements correspondants ont en conséquence été débasés de vos dotations respectives, et ont intégrés les enveloppes susmentionnées à due concurrence. Ces mouvements ont été opérés sur la base des dotations indicatives permettant la constitution de votre dotation FIR ; elles ne prennent pas en compte les éventuels redéploiements que vous auriez pu effectuer pour accroître ou diminuer le montant consacré à chacune de ces mesures.

Sauf mention contraire, les orientations définies les exercices précédents restent valables. Les orientations qui composent la présente annexe viennent les compléter.

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

J'appelle votre attention sur le fait qu'une réserve pour aléa de gestion a été constituée en 2015 sur les crédits du programme 204 à hauteur de 1 M€ pour faire face notamment à certaines dépenses engendrées par les urgences sanitaires ou les événements imprévus. Toutefois, les dépenses liées à des dispositifs prudentiels restant à la charge des ARS devront être intégrées dans la programmation budgétaire de l'ARS (les dispositifs prudentiels sont des dispositifs préventifs mis en place lors d'événements programmés susceptibles de rassembler un grand nombre de personnes par ex. : manifestations sportives, culturelles, politiques de grande ampleur).

Comme l'a précisé l'instruction DGS/RI2 n° 2015-31 du 30 janvier 2015 relative au financement par l'assurance maladie, pour l'année 2015, des activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles, et en référence à l'article 47 de la loi n° 2014-1154 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale, le financement de

l'ensemble des CIDDIST est intégralement assuré par l'assurance maladie dès 2015. Aussi, à compter du 1^{er} janvier 2015, les CIDDIST gérés par les structures habilitées par les ARS (établissement de santé, centre de santé, structure associative...) sont désormais pris en charge, à hauteur de 7 M€, par les dotations régionales du FIR pour 2015, *via* la mission 1 « promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ».

En ce qui concerne la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la veille et la sécurité sanitaire, il vous est demandé, comme les années passées, de décliner au niveau territorial approprié les plans et programmes nationaux de santé publique.

Votre action tiendra compte des priorités nationales de santé publique inscrites dans le projet annuel de performance (PAP) 2015 du programme 204 (prévention, sécurité sanitaire et offre de soins), ainsi que des enjeux stratégiques définis dans votre projet régional de santé. Elle privilégiera des approches territoriales intersectorielles et intégrées et la prise en compte des parcours individuels de santé. Elle s'appuiera sur les instructions de mise en œuvre des politiques de santé publique.

Dans ce cadre, le plan national maladies neuro-dégénératives 2014-2019 a été lancé le 18 novembre 2014. Ce plan contient une mesure 5 « Développer l'éducation thérapeutique, dans le cadre des recommandations de la Haute Autorité de santé, en prenant en compte les besoins du patient et ceux de ses proches. » La première action consiste à « favoriser le développement de programmes d'ETP prenant en compte les besoins des malades et de leurs proches ». Il vous est demandé de susciter et financer des programmes d'ETP supplémentaires sur cette thématique afin d'en permettre une évaluation au niveau national. Ces programmes doivent durer au moins 3 ans pour tenir compte du temps de leur construction, autorisation et montée en charge. À cette fin, les crédits FIR qui vous sont délégués comprennent une dotation complémentaire.

b) Mission 2: organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale

Actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie

Comme les années précédentes, vous veillerez à financer les missions relatives au dispositif d'annonce, aux soins de support, et à la participation des médecins aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).

La dotation prévue à cet effet a été modélisée en 2011 et se fonde sur le nombre d'activités autorisées au traitement du cancer, la file active de patients (issue de l'algorithme cancer de l'INCa réajusté cette année pour mieux cibler les missions relatives au dispositif d'annonce, aux RCP et aux soins de support), la surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie, et prend en compte le coefficient géographique.

Par ailleurs, votre dotation inclut un montant forfaitaire indicatif permettant le financement de la participation aux RCP de cancérologie des radiothérapeutes exerçant au sein de cabinets libéraux de radiothérapie.

Concernant le financement de la participation aux RCP des médecins libéraux des établissements de santé ex-OQN et des cabinets libéraux de radiothérapie, et comme précisé dans la circulaire FIR du 31 mars 2014, il vous appartient de structurer, en fonction de l'organisation régionale et des circuits disponibles au sein de votre région, la ventilation et la délégation de ces crédits de façon optimale, de valider les montants de délégation et de vous assurer de leur réallocation effective à destination des acteurs concernés.

Coordination des parcours de soins en cancérologie

Une deuxième phase d'expérimentation d'un parcours coordonné en cancérologie, donnant lieu à la création de postes d'infirmier de coordination en cancérologie, s'engage autour de nouveaux objectifs fixés par l'instruction DGOS du 24 juillet 2014. Ceux-ci conduisent à travailler plus particulièrement, au bénéfice des parcours complexes, sur la coordination ville-hôpital et l'accompagnement des évolutions thérapeutiques en cours (chimiothérapie orale, éducation thérapeutique, etc.).

Les crédits FIR qui vous sont délégués vous permettent de soutenir l'extension de l'expérimentation aux équipes issues du 1^{er} recours qui ont été retenues à l'issue du processus de sélection nationale. Ces équipes constituent l'un des deux volets indissociables de l'expérimentation, le financement des équipes hospitalières vous étant octroyé parallèlement en 1^{re} circulaire budgétaire et tarifaire.

Installation d'équipements IRM supplémentaires

Le plan Cancer 2014-2019 a fixé l'objectif de réduire à un maximum de 20 jours le délai moyen d'accès à un examen par IRM. Pour atteindre cet objectif, un accompagnement à l'investissement a été prévu pour les régions les plus sous-équipées en appareils IRM. Cette dotation se répartit entre secteur de ville (FIR) et secteur hospitalier (FMESPP). Elle est attribuée aux huit régions¹ pour lesquelles le taux d'équipement actuel est inférieur à 12 IRM par million d'habitants et dont le SROS prévoit des implantations supplémentaires par rapport au nombre d'équipements autorisés à ce jour.

Je vous invite à utiliser en priorité ce financement complémentaire pour corriger les inégalités d'accès et les situations territoriales identifiées comme les plus critiques, notamment en privilégiant l'accompagnement de projets de coopération public/privé. Ces financements devront s'accompagner d'une vigilance particulière à l'égard de l'efficacité organisationnelle des structures concernées, condition nécessaire à une réduction des délais d'accès.

Unités de consultations dédiées pour personnes handicapées

Une dotation est attribuée pour engager dans les régions la mise en place d'unités de consultations dédiées afin d'offrir un accès aux soins courants aux personnes handicapées en échec de soins en milieu ordinaire. Elle est allouée sur la base d'un critère de démographie des personnes handicapées, en s'appuyant sur la répartition des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé, avec un socle de financement minimal par région.

Cette première tranche de financement, qui sera complétée en 2016 et 2017, vise à mettre en œuvre des réponses spécifiquement organisées sur les territoires. Un cahier des charges sera élaboré d'ici l'été 2015 par le groupe de travail mentionné dans l'instruction du 25 juillet 2014, qui vous a demandé le recensement des dispositifs existants et de décrire leur activité.

Équipes de liaison et de soins en addictologie

Des crédits complémentaires vous sont alloués pour renforcer le dispositif des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) conformément au plan Gouvernemental 2013-2017 de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Une ELSA doit être créée dans les régions qui n'en sont pas encore pourvues, en Guadeloupe et Guyane. Les autres régions voient leur financement abondé sur la base d'un critère démographique, modulé en considération du niveau de financement actuel et des indicateurs épidémiologiques concernant les usages de substances psychoactives. Je vous rappelle à cette occasion que l'objectif du plan à cet égard est d'améliorer la prise en charge des conduites addictives en particulier pour certaines populations : personnes sous main de justice, personnes hospitalisées en psychiatrie, personnes accueillies dans les services d'urgence.

Structures de prise en charge des adolescents

Une dotation complémentaire est attribuée à quatre régions² afin de mettre en œuvre des projets de maisons des adolescents (MDA) dans des départements non pourvus. Elle vise à financer la participation des établissements de santé partenaires aux activités des MDA, conformément au cahier des charges national annexé à la lettre circulaire du 4 janvier 2005 relative à la création des MDA.

Déploiement des méthodes d'amélioration des pratiques (CREX)

Je vous invite à maintenir les efforts engagés en termes d'amélioration des pratiques, qui se traduisent déjà par la mise en œuvre de retour d'expérience, qui doit être poursuivie. Il convient désormais d'impulser les pratiques de conciliation médicamenteuse.

La conciliation médicamenteuse est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. De nombreuses études soulignant que les erreurs médicamenteuses surviennent principalement aux étapes de

¹ Auvergne, Bretagne, Franche-Comté, Pays de la Loire, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion.

² Les régions Bourgogne, Languedoc-Roussillon et Lorraine disposent d'une dotation pour la création d'une MDA dans la Nièvre, les Pyrénées-Orientales et les Vosges. La région Midi-Pyrénées dispose d'une dotation permettant la création de MDA dans deux départements ainsi que l'engagement d'un projet de MDA dans un troisième département (pour une durée de huit mois), dont le financement sera complété en 2016.

transition du parcours de soins du patient (entrée, sortie, transferts), vous voudrez bien porter une attention particulière à la mise en place de formations et de mesures de déploiement de la conciliation médicamenteuse à ces points de transition.

Actions de coordination ville-hôpital pour la prise en charge médicamenteuse des patients

Conformément au plan national d'alerte 2011-2016 sur les antibiotiques, qui fixe un objectif de réduction des consommations des antibiotiques en ville et à l'hôpital de 25 % en 5 ans, vous voudrez bien veiller à accompagner prioritairement les initiatives régionales, dans tous les secteurs de soins, visant à lutter contre l'antibiorésistance. Sont entendus comme initiatives régionales: les outils de suivi de consommation et de résistance des antibiotiques et formations afférentes, la mise en place du conseil en antibiothérapie, les programmes d'accompagnement, les actions de communication et d'information destinées aux professionnels hospitaliers et libéraux.

Télémédecine

Je vous invite à poursuivre l'effort de déploiement de la télémédecine, et notamment les projets impliquant le secteur ambulatoire et médico-social. Une attention particulière devra également être portée aux projets au service des professionnels de santé s'installant dans les zones isolées et à ceux relatifs à la prise en charge des maladies rares.

Ces crédits peuvent être mobilisés pour des dépenses d'investissement et d'accompagnement en phase de conception des projets de télémédecine. Ils peuvent également servir à soutenir ponctuellement, par voie de dotation, des activités s'inscrivant dans le programme régional de télémédecine et présentant un potentiel de développement en termes de volume d'actes et de patients pris en charge.

En complément, les expérimentations de tarification pour les patients pris en charge par télémédecine en ville et en structures médico-sociales, introduites par l'article 36 de la LFSS 2014, seront opérationnelles cette année. Les crédits relatifs à ces expérimentations sont fléchés. Ils sont délégués à chacune des neuf ARS pilotes désignées par l'arrêté du 10 juin 2014 et ne peuvent être utilisés pour couvrir d'autres besoins de financement. L'octroi de ces crédits aux professionnels de santé est soumis au respect des conditions prévues par les cahiers des charges relatifs à ces expérimentations qui paraîtront courant 2015.

SI des réseaux

L'objectif recherché est d'améliorer la coordination des parcours de santé des patients complexes en mettant en place dans l'ensemble des réseaux de santé du territoire des systèmes d'informations (avec homogénéisation des systèmes au niveau régional) conformes au cahier des charges ASIP Santé et adaptés aux besoins de coordination des parcours (élaboration et suivi des Plans Personnalités de Santé, messagerie sécurisée, lien avec le DMP, interopérabilité avec les partenaires quotidiens) et permettant la recueil de données exploitables dans le cadre d'un processus d'évaluation médico-économique.

Plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de soins

Vous voudrez bien amorcer le déploiement des plateformes territoriales d'appui sur le territoire, qui vous permet de constituer, par convention, avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

Ces plateformes ont vocation à mettre en cohérence les dispositifs d'appui à la coordination du premier recours. Elles viendront en appui du médecin de 1^{er} recours pour assurer le suivi des patients relevant de parcours de santé complexes.

Prise en charge des infections ostéo-articulaires

La prise en charge des infections ostéo-articulaires (IOA) complexes doit faire l'objet de réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) afin de permettre au patient de bénéficier d'une stratégie de traitement définie sur la base d'un avis pluridisciplinaire et de référentiels validés et régulièrement actualisés. Depuis 2013, un nouveau système d'information (SI) national est déployé à cet effet dans l'ensemble des 24 centres IOA labellisés. Ce SI vise à harmoniser les pratiques en matière de RCP, à assurer leur qualité, à permettre la gestion informatique des comptes-rendus et à constituer une base de données nationale pour les études épidémiologiques ou prospectives et le renseignement d'indicateurs d'activité et de qualité. Des crédits vous sont délégués afin d'aider les quinze centres IOA correspondants à la tenue régulière de RCP et à l'utilisation du SI dédié.

*Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins
et des prises en charge de l'offre médico-sociale*

Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)
et groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) prévues à l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles et des groupes d'entraide mutuelle (GEM) prévus aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code continue à être assuré *via* le FIR en 2015, au titre des missions mentionnées au 2° de l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

En application de l'article 74-V de la loi de financement de sécurité sociale pour 2015, une décision de la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a fixé le montant de la contribution à vos budgets à hauteur de 71,14 M€ au titre du financement des dispositifs MAIA et à hauteur de 30 M€ au titre du financement des groupes d'entraide mutuelle. Les critères de répartition de ces crédits vous seront précisés par la CNSA très prochainement.

Les crédits consacrés aux MAIA portés par les réseaux de santé (3 080 000 €) sont reconduits et ne sont pas modifiés.

En 2015, le financement des 50 nouveaux dispositifs MAIA s'inscrit dans le Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. Les crédits supplémentaires affectés aux GEM correspondent à la mise en œuvre d'une des priorités de la conférence nationale du handicap. Ces deux priorités doivent donc structurer l'utilisation des crédits supplémentaires qui vous sont délégués.

Financement de nouveaux dispositifs MAIA sur les marges pérennes dégagées
dans le cadre de l'enveloppe dévolue aux dispositifs MAIA

Conformément à l'instruction à paraître relative aux appels à candidatures pour le déploiement des dispositifs MAIA au titre de l'année 2015, dès lors que l'ARS identifie une marge pérenne sur son enveloppe dévolue aux dispositifs MAIA, en raison en particulier de coûts de fonctionnement des MAIA inférieurs à ceux financés *via* le forfait national, il lui est possible de financer un dispositif supplémentaire à partir de cette marge pérenne. Le dispositif ainsi créé devra être conforme au cahier des charges national et sa création devra respecter les formalités de l'appel à candidatures définies dans l'instruction à paraître précitée. Ce dispositif ne donnera pas lieu à abondement supplémentaire par les crédits de la CNSA les années suivantes, d'où la nécessité de s'assurer de la pérennité de la marge dégagée sur les crédits MAIA.

Orientations préconisées pour l'utilisation des reliquats non pérennes non affectés aux GEM
et MAIA ou des autres marges dégagées sur le FIR

Il est constaté chaque année des reliquats non pérennes, non affectés aux GEM et MAIA, en raison notamment de la montée en charge progressive de ces dispositifs. Il vous est demandé, dans le respect du principe de fongibilité asymétrique, d'utiliser les reliquats qui pourraient apparaître dans l'objectif de favoriser la continuité des parcours des personnes en situation de handicap et/ou en perte d'autonomie de manière à lutter contre la fragmentation des services d'aide et de soins, qui se traduit par une accumulation de dispositifs formant un paysage peu lisible et inefficace et parfois par une absence de réponse aux besoins de la personne

Il est donc recommandé d'utiliser prioritairement ces reliquats pour financer :

- la création de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) : le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit, dans son article 34, une expérimentation des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) afin d'inciter les gestionnaires à créer des SPASAD. Dans ce cadre, des SPASAD ayant une organisation intégrée des soins, des aides et de l'accompagnement pourront être créés. Ces SPASAD donneront lieu à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui déterminera notamment les modalités de la coordination et les financements.

Ceux-ci seront assurés :

- pour les activités de soins, par la dotation globale de soins infirmiers déterminée par le directeur général de l'ARS ;
- pour les activités d'aide et d'accompagnement, par des tarifs horaires, une dotation globale ou un forfait global déterminé par le président du conseil général ;
- pour les activités de prévention par les financements mobilisés dans le cadre de la conférence des financeurs.

Un cahier des charges de l'expérimentation est en cours d'élaboration dans le cadre d'une concertation avec les représentants du secteur. Il sera publié par arrêté pour une mise en application au 1^{er} janvier 2016.

Dans l'attente de la promulgation de la loi et de la mise en œuvre des conférences de financeurs, les ARS peuvent d'ores et déjà favoriser l'expérimentation de cette organisation en mobilisant les crédits du fonds d'intervention régional.

La prise en charge des cas complexes : le relevé de conclusions de la conférence nationale du handicap du 11 décembre dernier contient un axe dédié aux personnes sans solutions proposant une évolution profonde des pratiques professionnelles de tous les acteurs en charge du handicap pour un meilleur suivi des situations complexes. Ceci doit conduire à une meilleure coordination de ces acteurs, mais également à trouver des solutions pragmatiques, y compris temporaires, pour accueillir ces personnes. C'est pourquoi, il vous est demandé de mobiliser les crédits du fonds d'intervention régional pour permettre d'accueillir de façon transitoire, en attendant la mise en œuvre de solutions pérennes, les personnes qui, en raison de leur situation particulièrement complexe, nécessitent un accompagnement renforcé (mobilisation de ressources ponctuelles en appui des équipes, accueil de transition pour affiner le bilan des personnes concernées en termes de soins et d'accompagnement médico-social).

Des actions de coordination visant à promouvoir le principe d'intégration des acteurs et services des champs sanitaire, médico-social, social et de la prévention ; à développer une information partagée ; à soutenir une ingénierie et une animation des réseaux d'acteurs ; à encourager une évaluation multidimensionnelle et partagée des situations des personnes.

Des actions de prévention, visant la préservation de l'autonomie ou favorisant l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et/ou en perte d'autonomie, qu'elles soient à domicile et/ou accompagnées par un service d'aide à domicile et/ou un SPASAD et/ou en établissement. Le volet « prévention » de cette orientation renvoie à la fois à la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie et à la prévention des maladies.

Des actions d'adaptation et de recomposition de l'offre.

Des actions s'intégrant dans le cadre de la mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous dans le champ du handicap.

PAERPA

Le FIR dédié aux parcours de santé PAERPA finance les plans d'action PAERPA des neuf ARS pilotes. Élaborés sur la base du cahier des charges national, du modèle médico-économique, de diagnostics territoriaux, et de groupes de travail avec les acteurs de terrain, ces plans d'action formalisent plusieurs dizaines d'actions mises en œuvre dans chaque territoire pilote. Ils concernent 190 000 personnes âgées de 75 ans et plus de 7 000 professionnels.

Les financements sont axés prioritairement sur la prise en charge à domicile :

- la rémunération des professionnels de santé libéraux pour la coordination autour de la personne bénéficiant de plans personnalisés de santé (PPS) ;
- les coordinations territoriales d'appui aux professionnels et aux personnes âgées, qui reposent sur les systèmes de coordination et d'intégration existant déjà sur le territoire (par exemple les centres locaux d'information et de coordination-CLIC, réseaux, filières, le cas échéant en lien avec les MAIA) et ont pour but le rapprochement et la mise en cohérence des approches sanitaires, médico-sociales et sociales ;
- l'extension des horaires des SSIAD, les interventions d'équipes mobiles de gériatrie en ville ;
- le financement de systèmes d'information de coordination facilitant l'échange et le partage d'information (accompagnement à l'installation de messageries sécurisées et à l'ouverture de DMP, plateforme, outils de mobilité) ;
- la prise en charge des personnes en sortie d'hospitalisation par un SPASAD ou par un SAAD pendant une période de 15 jours maximum.

La prise en charge financière de l'hébergement temporaire en sortie de court séjour est également prévue pour réduire la durée moyenne de séjour des personnes dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation prolongée, mais qui ne peuvent rentrer à domicile pour diverses raisons (absence de l'aidant, adaptation du logement...).

À l'hôpital, les EMG peuvent être renforcées pour améliorer la prise en charge des personnes âgées. Des actions de conciliation médicamenteuse permettant le « nettoyage » des ordonnances en

sortie d'hôpital sont menées dans certains territoires, assurant un lien entre professionnels hospitaliers et professionnels de ville pour limiter la consommation de médicaments inutiles et le risque iatrogénique.

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

Maisons et centres de santé

Afin de favoriser un exercice pluri-professionnel et regroupé des professionnels de santé, je vous invite à poursuivre le soutien au développement des maisons et centres de santé, notamment dans les régions où l'offre de soins est fragilisée.

Des crédits sont par ailleurs dédiés au déploiement de systèmes d'information dans ces structures d'exercice coordonné.

Médecins correspondants de SAMU

L'accès à des soins urgents en moins de trente minutes constitue une priorité. Pour cela, j'ai rappelé le rôle que doivent jouer les médecins correspondants du SAMU (MCS), médecins formés à l'urgence, qui interviennent sur sollicitation du SAMU, en avant-coureurs des SMUR pour réduire les délais de prise en charge.

L'instruction du 17 mai 2013 relative au cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS), ainsi qu'un guide de déploiement, diffusé par instruction du 12 juillet 2013, vous ont été transmis afin de promouvoir le dispositif des MCS dans les territoires isolés, en respectant les organisations en place (et notamment sans déstabilisation de la PDSA), la souplesse du dispositif et le mode d'exercice souhaité par les médecins.

Ces crédits sont délégués en compléments des crédits déjà délégués en 2014, afin de soutenir les ARS dont la population située à plus de trente minutes d'un SMUR ou d'un SU est supérieure à 35 000 habitants (selon les données DREES 2012), et qui ont déjà déployé des MCS sur leurs territoires. Ces crédits sont délégués dans le cadre du FIR pour vous permettre de financer tous les acteurs contribuant au dispositif (MCS, le cas échéant réseau de MCS, Établissement de santé siège du SAMU).

La fiche technique 8 de la présente instruction vous fournit des éléments d'information complémentaires quant aux modalités de liquidation et de paiement des forfaits de MCS.

Projets de recherche MSP et centres de santé (Pacte territoire santé)

Des crédits vous sont délégués afin de financer les projets de recherche sélectionnés dans le cadre des programmes pilotés par la DGOS (PHRC, PRME, PREPS et PHRIIP) et portés par des maisons ou des centres de santé.

d) Mission 4: efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels

Appui à la performance hospitalière

Dans le cadre de la promotion de la performance hospitalière, je vous invite à accompagner la mise en œuvre d'actions à fort impact en termes d'efficacité. Ces actions sont déclinées à partir des priorités nationales. Sont particulièrement concernées les mesures suivantes :

- l'appui aux démarches de fiabilisation et certification des comptes, notamment pour les établissements dont les comptes seront certifiés ;
- l'accompagnement au déploiement de la comptabilité analytique dans les établissements de santé ;
- le soutien au déploiement du programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables) ;
- la généralisation du projet FIDES relatif à la facturation directe des établissements de santé auprès des CPAM ;
- le déploiement de l'outil OPHELIE relatif à la gestion du patrimoine des établissements de santé ;
- la dématérialisation de la chaîne d'achat et de dépense (projet PESV2 notamment).

La dotation régionale au titre du FIR pourra également être utilisée pour soutenir de nouveaux projets de coopération en complément de l'accompagnement des projets assuré par les équipes de l'ARS, et plus largement pour accompagner les établissements dans leur dynamique de transfor-

mation et de modernisation de leur offre de soins. Ces aides devront être allouées en contrepartie des efforts d'efficacité engagés par ces établissements pour restaurer leurs équilibres financiers, et une attention particulière sera portée à l'organisation de l'évaluation des projets et à la production d'un rapport d'activité.

Efficacité et conditions de travail des structures et services médico-sociaux.

Nous appelons votre attention sur le fait que les établissements et services médico-sociaux publics et privés sont désormais inclus dans le périmètre de la mission 4 du FIR.

Il convient en conséquence de mobiliser le FIR pour mettre en œuvre les projets d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et médico-sociaux qui vous apparaîtront nécessaires et pertinents en fonction des spécificités régionales. Une enveloppe complémentaire a été allouée en contre partie de cet élargissement du périmètre de cette mission. A l'échelle nationale, la prévention des risques psycho-sociaux et des troubles musculo-squelettiques sont les deux problématiques les plus fréquemment mises en avant par les partenaires sociaux et qui nous semblent prioritaires.

Le FIR pourra également être mobilisé pour participer au financement d'actions en faveur de l'efficacité des structures médico-sociales, notamment des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements.

e) Mission 5: développement de la démocratie sanitaire

Comme les années précédentes, des crédits abondent le FIR pour financer la démocratie sanitaire. Ces crédits sont protégés par le principe de fongibilité asymétrique.

Ces crédits pourront notamment être consacrés à des actions visant à contribuer :

- à la formation des représentants des usagers organisés notamment par le collectif interassociatif sur la santé (CISS) national, par les CISS régionaux ou par d'autres associations en région ;
- au processus de recueil de l'expression des attentes et besoins de tous les acteurs de santé, et en particulier des usagers et des citoyens. Le recueil de la parole des usagers peut notamment s'effectuer *via* les associations qui les représentent.

Il vous est rappelé par ailleurs que ces crédits dédiés à la démocratie sanitaire dans le cadre du FIR ne doivent pas être utilisés pour financer le fonctionnement des CRSA qui est couvert par des crédits du programme 124 du budget de l'État (hors FIR par conséquent).

ANNEXE 2

RAPPELS ET PRÉCISIONS QUANT AUX MODALITÉS DE GESTION DU FONDS

a) Établissement d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses

Le directeur général de l'ARS établit chaque année un état prévisionnel des recettes et des dépenses du fonds dans la région, qu'il transmet au conseil national de pilotage. Chaque ARS enregistre son EPRD dans l'applicatif HAPI, permettant ainsi au Secrétariat général d'en établir une consolidation nationale pour transmission au CNP.

Cet EPRD-type a été révisé par rapport aux nouvelles missions prévues par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 modifiant l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Ces nouvelles missions sont :

- 1° La promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- 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 ;
- 3° La permanence des soins à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- 4° L'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- 5° Le développement de la démocratie sanitaire.

J'appelle votre attention sur les possibles modifications de libellés des nouvelles missions pouvant intervenir à l'occasion de l'examen du décret en Conseil d'État, et qui vous seront le cas échéant communiquées, concernant à la fois l'EPRD et la table de transposition (*cf.* fiches techniques 3 et 8).

À la parution du décret en Conseil d'État, une instruction complémentaire vous sera adressée pour vous préciser la maquette détaillée de cet EPRD-type.

Il vous est demandé de le transmettre cet EPRD pour information, consolidation et respect des montants notifiés dans le cadre des arrêtés au secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et à la DFAS, bureau des ARS, avant le 29 mai 2015.

Pour 2015, l'EPRD (initial ou modifié) de chaque agence intégrera en recette :

- les crédits 2015 alloués à chaque ARS par arrêté à paraître prochainement ;
- les reprises sur provisions 2014 (le montant définitif sera fourni par la CNAMTS pour chaque ARS) ;
- les éventuels versements de sommes indument perçues sur exercices précédent ou antérieurs ;
- le cas échéant, le fonds de roulement de l'ARS au titre de la prévention et des actions concernant les prises en charge et accompagnement en direction des personnes âgées ou handicapées.
- le cas échéant, l'abondement au titre de la DAF en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale (*cf.* infra pour les modalités de mise en œuvre DAF/FIR).

Aucune procédure n'est prescrite par les textes législatifs ou réglementaires quant à l'adoption de cet état prévisionnel. Il vous est néanmoins recommandé de le présenter au Conseil de surveillance et à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, dans le calendrier de votre choix. Un échange sur le FIR avec les fédérations régionales représentatives des établissements de santé et avec l'union régionale des professionnels de santé est recommandé à l'occasion de la présentation de cet EPRD. L'EPRD initial peut être modifié en cours d'année et devra dans cette hypothèse faire l'objet d'une modification dans HAPI et d'une information du Secrétariat général et de la DFAS (bureau des ARS) accompagnée le cas échéant d'une copie de la demande de fongibilité asymétrique adressée à la CNAMTS (*cf.* fiche technique 1).

b) Modalités d'allocation des ressources *via* HAPI (harmonisation et partage d'information) et d'engagement de la dépense

Pour mémoire, un SI d'allocation de ressources dénommé HAPI est déployé dans la totalité des agences. Il couvre l'ensemble des dépenses du FIR ainsi que les autres enveloppes financières allouées par les agences permettant de disposer d'une vision consolidée des décisions d'attribution et ordres de paiements par bénéficiaires sur l'ensemble des champs d'intervention des ARS.

Cet applicatif permet de retracer l'engagement juridique de la dépense, d'éditer les arrêtés et les décisions attributives de financement à destination des bénéficiaires et des payeurs de façon automatisée, de saisir le service fait et d'éditer les ordres de paiement. Les documents produits par cet applicatif ont été validés juridiquement par la DAJ et par l'assurance maladie. Ils doivent donc être utilisés de façon obligatoire. Ils sont annexés à la présente circulaire.

En 2015, comme en 2014, l'ensemble des engagements de la dépense FIR de toutes les agences devront être inscrits dans HAPI pour permettre un reporting couvrant l'ensemble du périmètre du fonds. Les engagements relatifs aux dépenses payées par l'assurance maladie seront obligatoirement saisis dans cet applicatif. À titre transitoire, dans l'attente de travaux informatiques portant sur la mise en place d'un flux d'interfaçage, les engagements relatifs aux dépenses payées par les agences continueront à être saisis impérativement dans le SIBC des agences et seront périodiquement repris dans le logiciel HAPI. (L'extraction de SIBC devra être validée par les agences en amont de l'import dans HAPI).

Il est rappelé que le directeur général de l'ARS est l'ordonnateur de toute dépense engagée et exécutée au titre du FIR. Ce principe général implique que, même pour les dépenses dont les éléments de liquidation sont connus et déterminés par les CPAM (provisions et charges à payer notamment), celles-ci ne peuvent être exécutées et comptabilisées dans les comptes du FIR qu'après accord préalable et expresse du directeur général de l'ARS.

La décision attributive de financement, qui fixe le montant des sommes à verser, est adressée au bénéficiaire et une copie à la CPAM lorsque celle-ci aura vocation à en assurer le paiement. Les modèles produits par l'applicatif HAPI vous sont présentés dans la fiche-technique 4 de la présente instruction.

c) L'organisation générale des circuits de liquidation et de paiement

Les décisions d'attribution de financement relèvent de l'entière responsabilité du directeur général de l'ARS, de même que les attestations de contrôle de service fait et ordre de paiement adressés aux caisses.

Ainsi, pour obtenir le paiement par la caisse compétente des sommes qu'elle alloue aux structures, l'ARS transmet à la caisse les trois documents suivants :

- la décision attributive de financement (cf. modèle fiche-technique 4 et 5) ;
- attestation de contrôle du service fait et ordre de paiement (modèle fiche-technique 6) ;
- pour un premier paiement, le RIB de la structure ou de la personne bénéficiaire.

Le tableau ci-dessous définit l'organisation des liquidations et des paiements par mission :

MISSIONS	ATTRIBUTIONS ARS - CPAM		
	Engagement	Liquidation (service fait, calcul exact du montant)	Paiement
Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	ARS	ARS	ARS
Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés Qualité et sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale		ARS	CPAM
Permanence des soins		CPAM (pour la PDSES) ARS/CPAM* (pour la PDSA)	CPAM
Répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire		ARS	CPAM (pour les structures sanitaires) ARS (pour le médico-social)
Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels		ARS	CPAM (pour les structures sanitaires) ARS (pour le médico-social)
Développement de la démocratie sanitaire		ARS	ARS

* L'ARS valide les derniers tableaux de garde transmis par le conseil de l'ordre, afin de s'assurer du respect du cahier des charges régional et donc de l'enveloppe financière avant de les transmettre à la CPAM.

Les ARS demeurent donc compétentes en matière d'engagement, de liquidation, de paiement et de comptabilisation des dépenses médico-sociales, ainsi que des dépenses de prévention, santé publique et sécurité sanitaire qui sont financées – *via* le FIR – et qui font l'objet d'un double suivi au titre du FIR d'une part et du budget et des comptes des ARS d'autre part.

Les CPAM assurent le paiement et la comptabilisation des dépenses relatives aux missions du FIR autres que celles évoquées ci-dessus.

Les dépenses relevant de PAERPA sont payées par les CPAM s'agissant des paiements directement effectués aux professionnels de santé (PPS notamment), les autres dépenses étant payées par les ARS.

S'agissant de la permanence des soins, vous voudrez bien noter que les modalités de contractualisation, de liquidation et de paiement précisées par les instructions DGOS/R3-R5 n° 2011 du 16 décembre 2011 et DSS/1B n° 2012 du 7 janvier 2012 et, plus largement, les dispositions, notamment du code de la santé publique, qui établissent le cadre réglementaire de mise en œuvre de la PDES et de la PDSA sont toujours applicables.

d) Les bénéficiaires du FIR

Il est rappelé que les sommes engagées par les ARS au titre des missions du FIR peuvent être attribuées aux professionnels, aux personnes publiques et aux organismes, quel que soit leur statut, chargés de leur mise en œuvre, ou, le cas échéant, aux personnels de ces derniers.

Peuvent donc être bénéficiaires, quel que soit le type de dépenses du fonds, les établissements de santé publics et privés, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les réseaux de santé, les maisons de santé, les centres de santé, les pôles de santé, les professionnels de santé, des associations œuvrant dans le secteur ainsi que des personnes publiques, notamment des collectivités territoriales ou des établissements publics de coopération intercommunale. En conséquence, les crédits attribués au titre de l'adaptation des établissements à l'offre de soins sont éligibles à l'ensemble des établissements de santé et ce quel que soit leur statut juridique.

Des prestataires extérieurs qui contribuent aux missions du FIR, et avec lesquels l'ARS aura conclu un contrat selon les règles de la commande publique, pourront également être rémunérés par des crédits du FIR, dans le cadre des règles de la commande publique.

e) Précisions relatives au principe de fongibilité asymétrique

Il est rappelé que les redéploiements de crédits au titre de la fongibilité asymétrique sont effectués dans les conditions précisées dans le tableau ci-dessous :

CRÉDITS EN PROVENANCE DE : À destination de :	PRÉVENTION	MÉDICO-SOCIAL	SOINS	PAERPA (article 48 LFSS 2013)	TÉLÉMÉDECINE (article 36 LFSS 2014)
Prévention	-	Oui	Oui	Non	Non
Médico-social	Non	-	Oui	Non	Non
Soins	Non	Non	-	Non	Non
PAERPA (article 48 LFSS 2013)	Non	Oui*	Oui	-	Non
Télémédecine (article 36 LFSS 2014)	Non	Non	Oui	Non	-

*Uniquement pour les dépenses présentant un caractère médico-social.

Afin d'effectuer les redéploiements de crédits au titre de la fongibilité asymétrique, le directeur général de l'ARS procède à un appel de fonds auprès de la direction des finances et de la comptabilité de la CNAMTS, par transmission d'un document normé signé, dont un modèle figure dans la Fiche-technique 1 de la présente instruction.

f) Fongibilité DAF/FIR

La LFSS pour 2014 a créé l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale, qui vous donne la possibilité de transférer une part de votre dotation DAF vers le FIR, et inversement. Les montants potentiellement transférables, qui ne pourront représenter plus de 1 % de chacune des dotations, seront précisés en annexe de chacun des arrêtés vous déléguant une de ces deux dotations. En 2014, 6 régions ont eu recours à cette possibilité pour un montant global de 18,6 M€, intégré à la base des dotations régionales FIR 2015. En cas de situation contrainte dans vos régions, notamment vis-à-vis de vos engagements pluriannuels, vous pourrez si nécessaire recourir à cet outil de fongibilité en 2015.

S'agissant du FIR, il est entendu que ne pourront être concernés par cette fongibilité les crédits protégés au titre de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique.

La saisie et la validation des transferts se fait *via* l'outil HAPI à compter de l'exercice 2015, *via* l'appliquet dédié.

Chaque mouvement de fongibilité DAF/FIR devra faire l'objet d'un EPRD rectificatif qui sera transmis par le directeur général de l'ARS à la DFAS.

Je vous remercie de communiquer au bureau R1 de la DGOS les difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de ce dispositif.

g) Cas particuliers et rappels

i. Prévention

Au titre de l'exercice 2015, l'ensemble des crédits alloués par l'ARS au titre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), quel que soit son champ (programme hospitalier; dispositifs ambulatoires type réseau de santé) sont liquidés et payés par les ARS.

Les ex-MIG CDAG, COREVIH ainsi, comme indiqué supra, que l'ETP issue des programmes hospitaliers sont payées par les CPAM. Toutefois, conformément à l'option proposée pour la campagne 2014, et dans la perspective de la création en 2016 de la création des budgets annexes FIR au sein des agences, celles-ci peuvent assurer le paiement de tout ou partie des dépenses relatives à la prévention relevant de la mission 1 en ayant recours le cas échéant au dispositif d'appel de fonds.

À cette fin, les ARS procéderont à une demande de fongibilité asymétrique pour les dépenses relatives à la prévention auprès des CPAM.

Par mesure de simplification, l'ensemble des dépenses d'ETP est comptabilisé sur un compte d'imputation unique.

Les crédits prévention-santé publique, sécurité sanitaire – issus du BOP 204 du budget de l'État, des fonds de prévention de l'assurance maladie et des mouvements de fongibilité asymétrique – sont retracés à la fois dans le budget et les comptes des ARS d'une part et dans l'EPRD et les comptes du FIR d'autre part.

ii. Les actions en faveur du secteur médico-social

Comme pour 2014, l'ensemble des crédits médico-sociaux dont ceux finançant les GEM et les MAIA est liquidé, engagé et exécuté dans le budget propre de l'ARS.

iii. PAERPA

Le circuit de paiement des dépenses PAERPA se décline de celui applicable plus généralement pour le FIR.

Le paiement des dépenses relatives à PAERPA est effectué par les ARS sauf pour les plans personnalisés de santé (paiement par les caisses d'assurance maladie d'affiliation aux professionnels de santé de la coordination clinique de proximité après cotation des professionnels de santé selon les codes acte établis par la CNAMTS).

L'éducation thérapeutique du patient PAERPA relève également d'un paiement par les ARS aux équipes pluri professionnelles identifiées en qualité de dispensateurs conformément à la grille d'appréciation d'éligibilité de la HAS.

Les montants payés par les agences (budget des ARS) font l'objet d'un appel de fonds auprès de la CNAMTS (référénts FIR en lien avec l'agence comptable de la CNAMTS).

iv. Autres attributions de financement et dépenses de fonctionnement relevant des missions du FIR

Dans l'attente de l'entrée en vigueur d'un budget annexe au 1^{er} janvier 2016, toute autre attribution de financement au titre du FIR qui ne relèverait pas des cas mentionnés supra est soumise aux modalités de liquidation et de paiement de droit commun: engagement, liquidation, contrôle du service fait par l'ARS, de la décision attributive de financement, du document d'attestation de contrôle du service fait et d'ordre de paiement.

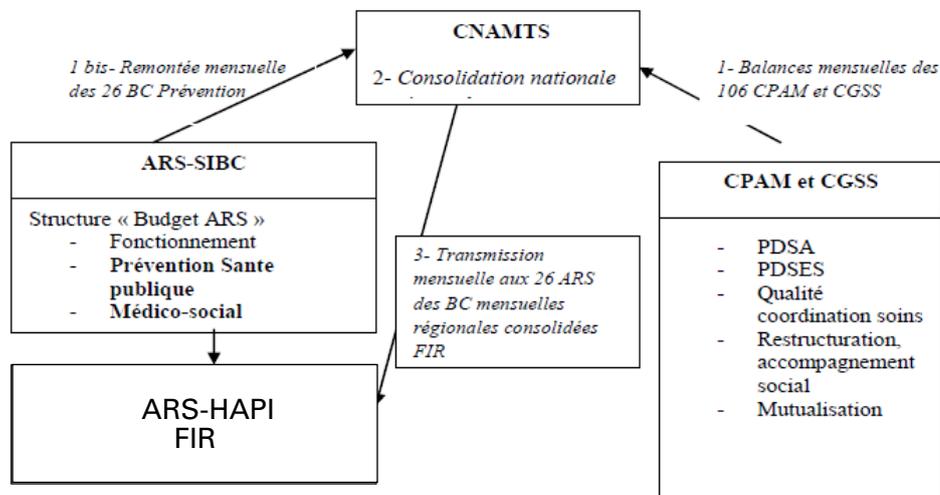
h) Le suivi des dépenses et le reporting financier

i. Les échanges d'informations comptables entre ARS et CPAM 2015

Les comptes du FIR sont établis par la CNAMTS par consolidation :

- d'une part, des balances comptables en provenance des ARS relatives aux opérations de prévention-santé publique et aux dépenses de politiques médico-sociales qui retracent les flux (charges et produits) et les soldes du bilan (à nouveaux, comptes de tiers...);
- d'autre part, des balances comptables en provenance des CPAM relatives à l'ensemble des autres dépenses du FIR que celles mentionnées ci-dessus.

Les échanges mensuels des balances entre CNAMTS, CPAM et ARS sont schématisés ci-dessous :



Les modalités opérationnelles sont les suivantes :

- l'ARS transmet à la CNAMTS (à l'adresse suivante: arretedescomptes@cnamts.fr) le 5 du mois suivant la balance comptable des opérations relatives au FIR dont elle assure le paiement;
- la CNAMTS combine mensuellement, pour chaque région, les balances transmises par les ARS et celles transmises par l'ensemble des CPAM qui payent les autres dépenses du FIR. Elle consolide nationalement une balance mensuelle qu'elle transmet pour information aux membres du CNP en répartissant les dépenses par mission (cf. table de transposition en fiche-technique 7).

ii. Les modalités de suivi infra-annuel des dépenses en 2015

Le dispositif de reporting et de suivi infra-annuel des dépenses pour chaque région repose principalement sur :

- le suivi des allocations de ressources *via* l'appli HAPI qui permettra de retracer pour toutes les ARS les dépenses du FIR (en engagements et en mises en paiement), à la fois pour ce qui relève de leur budget propre ainsi que pour suivre et consolider l'ensemble des engagements des dépenses du FIR dans son périmètre 2014;
- les informations issues des balances mensuelles comptables combinées transmises par la CNAMTS.

Les ARS et les CPAM devront procéder au moins trimestriellement et au moment de la clôture des comptes du FIR à un rapprochement des données de la comptabilité budgétaire tenue par l'ARS et de la comptabilité générale tenue par les CPAM de la région considérée, afin de s'assurer de la cohérence des données.

Lors de ces échanges, il convient que les acteurs s'appuient sur des documents normalisés, tels qu'un état des dépenses prises en charge par CPAM au titre du FIR, ainsi qu'un état des paiements par bénéficiaires par CPAM au titre du FIR, mis à jour trimestriellement par la CNAMTS sauf demande spécifique d'une ARS.

iii. Le reporting financier ex-post

Rappel des dispositions législatives et réglementaires

Au niveau régional, le directeur général de l'ARS transmet chaque année au CNP, avant le 31 mai, un rapport financier et un rapport relatif aux actions financées par le fonds dans la région (art. R. 1435-34 et R. 1435.35 du CSP) qui comportent à la fois un compte rendu d'exécution budgétaire et financière et une analyse qualitative des actions menées au titre du FIR lors de l'année précédente. Les modalités du reporting simplifiées ont été définies par l'instruction SG en vue du bilan à établir par les ARS d'ici le 31 mai 2015 au titre de 2014. Au niveau national, la CNAMTS produit un rapport financier relatif à l'exercice antérieur à l'attention du CNP des ARS.

Les états financiers du FIR

Comme le prévoit l'article R. 1435-27 du CSP, « les comptes du fonds d'intervention régional sont constitués d'un compte de résultat, de comptes de bilan et d'une annexe, qui retracent l'ensemble de l'activité du fonds au niveau national. Ils détaillent l'activité du fonds dans chaque région ».

Le plan de comptabilité générale du FIR reprend également le détail des comptes de destination relatifs à la prévention – sécurité sanitaire, nécessaires au reporting LOLF.

FICHE TECHNIQUE 1

DOCUMENT TYPE – DEMANDE D'APPEL DE FONDS À LA CNAMTS
AU TITRE DE LA FONGIBILITÉ ASYMÉTRIQUE.

Direction/ service	XXXX, le XX/ 2015 Le directeur général de l'Agence régionale de santé de XXXXX
Affaire suivie par :	à
Courriel :	XXX Direction déléguée des finances et de la comptabilité (DFC) CNAMTS 26-50, avenue du Professeur-André-Lemierre 75986 Paris Cedex 20.

Objet: demande de crédits au titre de la fongibilité asymétrique mise en œuvre dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR)

En application des dispositions générales relatives au fonds d'intervention régional (FIR), notamment les articles L. 1435-9, L. 1435-10, R. 1435-26 et R. 1435-32 du code de la santé publique, et de la circulaire n° XX du XX 2015 relatif aux modalités de mise en œuvre du FIR, je vous informe que je souhaite mettre en œuvre le principe de fongibilité asymétrique en faveur des crédits destinés à des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire ou des actions tendant à la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes

Aussi, je vous demande de verser sur le compte bancaire de l'ARS des crédits d'un montant de XXXX €, qui financeront des actions de promotion de la santé, éducation à la santé et prévention des maladies et sécurité sanitaire ou des actions tendant à la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, en plus des crédits notifiés à l'agence par l'arrêté interministériel du XXX au titre de la dotation de l'État, des fonds de prévention de l'assurance maladie mentionnés au 2^e alinéa de l'article L. 1434-6 du CSP et au titre des crédits de l'assurance maladie mentionnés au 2^o de l'article R. 1435-24 du CSP.

*Le directeur général de l'Agence régionale
de santé de XXXXX,*

FICHE TECHNIQUE 2
 RÉPARTITION PAR AGENCES DES CRÉDITS DÉLÉGUÉS
 (montants en euros)

ARS	CRÉDITS DÉLÉGUÉS
Alsace	98 022 911
Aquitaine	150 822 621
Auvergne	73 057 800
Bourgogne	86 469 079
Bretagne	142 806 011
Centre-Val de Loire	111 595 295
Champagne-Ardenne	67 257 005
Corse	17 678 973
Franche-Comté	60 501 308
Île-de-France	566 700 743
Languedoc-Roussillon	119 186 681
Limousin	56 138 617
Lorraine	136 645 655
Midi-Pyrénées	143 575 748
Nord - Pas-de-Calais	184 441 945
Basse-Normandie	77 840 139
Haute-Normandie	85 274 145
Pays de la Loire	168 424 342
Picardie	95 575 535
Poitou-Charentes	82 828 044
PACA	225 149 977
Rhône-Alpes	291 737 090
Guadeloupe	41 389 120
Guyane	29 497 990
Martinique	43 402 943
Océan Indien	73 070 257
Total	3 229 089 975

FICHE TECHNIQUE 3
 EPRD-TYPE

DÉPENSES				RECETTES					
Mission	Sous-mission	Exécution 2013	EPRD 2014	EPRD rectificatif n°...	Intitulé	Plan de compte 2014	Exécution 2013	EPRD primitif 2014	EPRD rectificatif no...
Mission 1 : Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	Des actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé, de l'évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques				Dotations assurance maladie au titre des fonds de prévention de l'AM ART.R1435-23 1 du CSP-FIR	75721611			
	Des actions en matière d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux, en particulier d'éducation thérapeutique des patients				Dotations assurance maladie au titre des fonds de prévention au titre des autres crédits de l'assurance maladie ART.R. 1435-23 2 CSP-FIR	75721612			
	Des actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles				Dotation de l'État art. L.1435-9 2o du CSP - FIR	7572162			
	Des actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles				Dotation de la CNSA art. L1435-9 3o du CSP - FIR	7572163			
	Des actions tendant à la prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils généraux				Autre Dotation 1434-9.4	7572164			
Mission 2: Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale	Le développement des parcours de santé coordonnés et des nouveaux modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre les structures sanitaires et médico-sociales et les professionnels de santé en particulier et les systèmes d'information en santé				Dotation du FMESPP 65-V	7572165			
	Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire				Dotation FIQCS 65-V	7572166			
	Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale				Produits exceptionnels	77			
	Les centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R.6123-50				Dotations reçues gestion des risques	758111			
	Des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé				Produit technique pour annulation ODP - EXER. ANTERIEURS - Prestations diverses	75858			

FICHE TECHNIQUE 4

MODÈLE DE DÉCISION ATTRIBUTIVE DE FINANCEMENT
AU TITRE DES MISSIONS DU FIR MENTIONNÉES À L. 1435-8 DU CSP

[Le directeur général ou la directrice générale] de l'Agence régionale de santé
[INTITULE_REGION]
le [DATE_DU_JOUR],
à
Bénéficiaire: [NATURE_CODE_BENEF] –[CODE_BENEF]
[RAISON_SOCIALE_BENEF]

Objet: décision [modificative] n° [ANNEE_EN_COURS-CODE BENEF-D] [Uniquement si numérotation interne complétée] [NUMEROTATION_INTERNE] attributive de financement FIR au titre de l'année [ANNEE_EN_COURS]

Vous avez déposé un projet au titre de l'année [ANNEE_EN_COURS].

Dans le cadre des missions financées par le fonds d'intervention régional (FIR) en application de l'article L. 1435-8 et des articles R. 1435-16 à 22 du code de la santé publique, j'ai l'honneur de vous attribuer la somme de :

- [MONTANT_ATTRIB_FIR] euros, à imputer sur le compte [LIBELLE_COMPTE_IMPUT_BUDG_FIR] et la mission [LIBELLE_MISSION] au titre de l'action [INTITULE_ACTION], au titre de l'année [ANNEE_EN_COURS];

Soit un montant total de [TOTAL_MONTANT_ATTRIB_ACTION_FIR] euros au titre de l'année [ANNEE_EN_COURS].

[Sauf financement relatif à la permanence des soins] Le contrat mentionné à l'article R. 1435-30 du code de la santé publique précise l'objet du financement, les conditions de sa prise en charge financière et de son évaluation, ainsi que les engagements qui vous lient en tant que bénéficiaire.

[Le payeur sélectionné], procédera aux opérations de paiements suivantes :

- [MONTANT_ATTRIB_FIR] euros, à imputer sur le compte [CODE_LIBELLE_COMPTE_IMPUT_BUDG_FIR] [si action], au titre de l'action [INTITULE_ACTION].
- [Si 12^e] : le versement de cette subvention s'effectuera par 12^e.

[Si échancier] :

- le versement de cette subvention respectera l'échéancier suivant : × % en [mois sélectionné], × % en [mois sélectionné]...
- la dépense sera ordonnancée par la DG de l'ARS conformément à l'échéancier;

[Si justificatifs]

- après réception des justificatifs et validation de service fait, la dépense sera ordonnancée par la DG de l'ARS.

[Si droit de tirage] : le versement de cette subvention correspond à un droit de tirage.

Pour obtenir le versement de cette subvention le bénéficiaire s'engage à rendre compte de l'avancement et/ ou de la réalisation de l'action à l'Agence régionale de santé par la présentation des pièces justificatives suivantes : [Liste des pièces à fournir].

[Uniquement si option cochée pour l'un des engagements]

A compter du 1^{er} janvier [ANNEE_N + 1], dans l'attente de la fixation du montant des crédits FIR pour l'année [ANNEE_N + 1], des acomptes mensuels égaux à un douzième du montant des crédits FIR pour [ANNEE_EN_COURS] seront versés à l'établissement :

- montant du douzième pour le compte [CODE_LIBELLE_COMPTE_IMPUT_BUDG_FIR] : [12^e_MONTANT_ATTRIB_FIR] euros ;
-

Soit un montant total de [12^e_TOTAL_MONTANT_ATTRIB_FIR] euros.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de sa notification.

La personne désignée par [Le directeur général ou la directrice générale] de l'Agence régionale de santé [INTITULE_REGION], est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Le [DATE_DU_JOUR],
Le(a) directeur(trice) général(e)
de l'Agence régionale de santé XX,
NOM ET PRÉNOM
OU
P/O [CIVILITÉ] [PRÉNOM] [NOM]

FICHE TECHNIQUE 5

MODÈLE DE DÉCISION ATTRIBUTIVE DE FINANCEMENT AU TITRE DES MISSIONS DU FIR MENTIONNÉES À L'ARTICLE L. 1435-8 DU CSP LORSQUE LE BÉNÉFICIAIRE EST UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Arrêté [modificatif] n° [ANNEE_EN_COURS-CODE_BENEF-AF] [Uniquement si numérotation interne complétée] [NUMEROTATION_INTERNE] attribuant des crédits FIR au titre de l'année [ANNEE_EN_COURS]

[Le directeur général ou la directrice générale] de l'Agence régionale de santé [INTITULE_REGION]

Bénéficiaire: [NATURE_CODE_BENEF] – [CODE_BENEF]

Raison sociale: [...]

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1435-8 et R. 1435-16 à 22;

Vu l'arrêté du [DATE_ARRETE_PRS] portant adoption du projet régional de santé de la région [INTITULE_REGION];

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la liste et les conditions de versement des aides individuelles, des prestations et des compléments de rémunération financés par le fonds d'intervention régional en application du 3o de l'article R. 1435-19 du code de la santé publique;

Vu l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en Établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique;

[Uniquement lorsque le DG n'est pas le signataire de l'arrêté]

Vu l'arrêté de délégation de signature du [DATE_DELEG_SIGNATURE];

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens;

[Uniquement si renseignée par l'ARS];

Considérant le [libellé saisis],

Arrête

Article 1^{er}

Le montant de la somme attribuée au bénéficiaire [RAISON SOCIALE] au titre du fonds d'intervention régional, en application de l'article L1435-8 et des articles R1435-16 à R1435-22 du code de la santé publique, est de:

- [MONTANT_ATTRIB_FIR] euros, à imputer sur le compte [CODE_LIBELLE_COMPTE_IMPUT_BUDG_FIR] et la mission [LIBELLE_MISSION] [si action], au titre de l'action [INTITULE_ACTION], au titre de l'année [ANNEE_EN_COURS];

Soit un montant total cumulé de [TOTAL_MONTANT_ATTRIB_ACTION_FIR] euros au titre de l'année [ANNEE_EN_COURS].

Article 2 [sauf financement relatif à la permanence des soins]

L'objet du financement, les conditions de sa prise en charge financière et de son évaluation, ainsi que les engagements qui lient le bénéficiaire sont inscrits et précisés dans le contrat mentionné à l'article R. 1435-30 du code de la santé publique.

Article 3

[Le payeur sélectionné], procédera aux opérations de paiements suivantes:

- [MONTANT_ATTRIB_FIR] euros, à imputer sur le compte [CODE_LIBELLE_COMPTE_IMPUT_BUDG_FIR] [si action], au titre de l'action [INTITULE_ACTION].
- [Si 12^e]: le versement de cette subvention s'effectuera par 12^e.

[Si échéancier]:

- le versement de cette subvention respectera l'échéancier suivant: × % en [mois sélectionné], × % en [mois sélectionné],...
- la dépense sera ordonnancée par la DG de l'ARS conformément à l'échéancier;

[Si justificatifs]

– après réception des justificatifs et validation de service fait, la dépense sera ordonnancée par la DG de l'ARS;

[Si droit de tirage]: le versement de cette subvention correspond à un droit de tirage.

Pour obtenir le versement de cette subvention le bénéficiaire s'engage à rendre compte de l'avancement et/ ou de la réalisation de l'action à l'Agence régionale de santé par la présentation des pièces justificatives suivantes: [Liste des pièces à fournir].

Article 4

[Uniquement si option cochée pour l'un des engagements]

À compter du 1^{er} janvier [ANNEE_N + 1], dans l'attente de la fixation du montant des crédits FIR pour l'année [ANNEE_N + 1], des acomptes mensuels égaux à un douzième du montant des crédits FIR pour [ANNEE_EN_COURS] seront versés à l'établissement:

Montant du douzième pour le compte [CODE_LIBELLE_COMPTE_IMPUT_BUDG_FIR]: [12^e_MONTANT_ATTRIB_FIR] euros ;

.....

Soit un montant total de [12^e_TOTAL_MONTANT_ATTRIB_FIR] euros.

Article 5

La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de sa notification.

Article 6

La personne désignée par [Le directeur général ou la directrice générale] de l'Agence régionale de santé [INTITULE_REGION], est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Fait le [DATE_DU_JOUR],

*[Le directeur général ou la directrice générale]
de l'Agence régionale de santé XX,*

NOM ET PRÉNOM

ou

P/O [CIVILITÉ] [PRÉNOM] [NOM]

FICHE-TECHNIQUE 6
ATTESTATION DE CONTRÔLE DE SERVICE FAIT ET ORDRE DE PAIEMENT.

Le directeur général ou la directrice générale]
de l'Agence régionale de santé
[INTITULE_REGION]
le [DATE_DU_JOUR],
M./ Mme l'agent comptable de [payeur sélectionné]

Objet: attestation de contrôle du service fait et ordre de paiement no[NUM ARRETE/DECISION – OP-NUM INCREMENTAL] au titre du FIR pour [RAISON SOCIALE_BENEF_LIQUIDATION] ([NATURE_CODE_BENEF_LIQUIDATION] – [CODE_BENEF_LIQUIDATION])

[RAISON SOCIALE_BENEF_LIQUIDATION] bénéficie d'un/plusieurs financement(s) au titre du FIR pour l'exercice [ANNEE_EN_COURS], qui lui est (sont) attribué(s) par la décision de financement jointe au présent courrier.

Le montant total du financement:

- imputé au titre du compte [[CODE_LIBELLE_COMPTE_IMPUT_BUDG_FIR_LIQUIDATION] [si action], et de l'action [INTITULE_ACTION_LIQUIDATION], s'élève au titre de l'exercice [ANNEE_EN_COURS] à [TOTAL_CAMPAGNE_MONTANT_ATTRIB_FIR] euros.
- [...]

J'atteste que mes services ont procédé au contrôle du service fait, conformément aux dispositions de l'alinéa 3 de l'article L. 1435-10 et de l'article R. 1435-32 du code de la santé publique (CSP), et à la délégation par la CNAMTS aux ARS de certaines opérations de liquidation, de contrôle de la validité de la créance et de paiement au titre du fonds d'intervention régional (FIR) dans le cadre des orientations définies par le CNP des ARS du 15 mars 2013.

Vous voudrez bien ainsi effectuer le paiement:

- de [MONTANT_A_LIQUIDER] euros au titre du compte [CODE_LIBELLE_COMPTE_IMPUT_BUDG_FIR_LIQUIDATION] pour l'exercice [ANNEE_EN_COURS]
- [...]

[Le directeur général ou la directrice générale]
de l'Agence régionale de santé XX,
[DG_ARS_NOM_PRENOM]
[Si nécessaire] P/O [Civilité] [Prénom] [Nom]

FICHE-TECHNIQUE 7
 NOUVELLE TABLE DE TRANSCRIPTION ENTRE MISSIONS, CATÉGORIES DE DÉPENSES ET COMPTES DU PCUOSS
 CONSÉCUTIVEMENT AUX NOUVELLES MISSIONS ADOPTÉES EN LFSS 2015

Mission 1 : promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie		
Des actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé, de l'évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques	Des actions en matière d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux, en particulier d'éducation thérapeutique des patients	Des actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles
6572133410 -AUT. ACT.POLIT. SANT PUB.-FIR-EX CRT	65721331110 -VACC FI.DISPO.MISE EN OEUV-FIR-EX CRT	65721341110 -CDAG - EXERCICE COURANT
6572133420 -AUT.ACT SOUT.ET PARTEN.(C PER)-FIR-EX CRT	65721331120 -VACC FINANCEM.AUT.ACTIVIT. -FIR- EX CRT	65721331210 -SIDA,IST,HEPATIT FI.DISPO.SAN.-FIR-EX CRT
6572133430 -VEILLE-SURVEILLANCE-FIR - EX COURANT	65721331250 -INFECT.ASSO.SOINS EV.IND.FIR-EX CRT	65721331220 -SIDA,IST,HEPAT,FIN.AUT-ACTIVI-FIR-EX CRT
6572133440 -EVAL, EXPERT.ETUDE et RECHERCHES-EX CRT	65721331260 -DISPO LUTTE ANTI VECTORIELLE-FIR-EX CRT	65721331230 -TUBERCUL FI.DISPO.SAN.RECENT-FIR-EX CRT
	65721331310 -MALADIE DALZHEIMER-FIR-EX COURANT	65721331240 -TUBERCULOSE:FI.AUT.ACTIVIT.-FIR-EX CRT
	65721331380 -AUT.MALAD.LIEES AU VIEILLISS.-FIR-EX CRT	657213411240 -COREVIH - EX COUR
	65721331410 -CANCER STRUCT.ASSUR.GEST.DEP.FIR-EX CRT	
	65721331420 -CANCERS:FI.DES AUT.ACTIVIT.-FIR-EX CRT	
	65721331430 -PRATIQUES ADDICTIVES-FIR-EX COURANT	
	65721331440 -SANTÉ MENTALE - FIR - EX COURANT	
	65721331450 -PATHOLOGIES CARDIO-VASC-FIR-EX CRT	
	65721331460 -NUT.SANTÉ,HORS LUTT CONT.OBES-FIR-EX CRT	
	65721331470 -LUTTE CONTRE LOBESITE -FIR-EX COURANT	
	65721331480 -AUT.MALADIES CHRONIQ.-FIR-EX COURANT	
	65721331510 -PREV.RISQ. ENV.PROTECT.EAUX-FIR-EX CRT	

		65721331520	-PREV.RISQ.ENV.HABIT, MIL.INTE-FIR-EX CRT	
		65721331530	-PREV.RISQ.ENV.A.RISQ, ENV.EXT.FIR-EX CRT	
		65721331540	-PREV.RISQUES LIES AU TRAVAIL-FIR-EX CRT	
		657213411230	-COORDINATION DEPST.NEONAT.SURDITE-EX COUR	
		6572133210	-SANTE POPULATION EN DIFFICULTE-FIR-EX CRT	
		6572133220	-PERINAT. ET PETITE ENFANCE-FIR-EX CRT	
		6572133230	-TRAUMATISMES ET VIOLENCES-FIR-EX CRT	
		6572133240	-EDUCATION THERAPEUTIQ.DU PATIENT-FIR-EX CRT	
			Des actions tendant à la prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils généraux	
657213330	-FI.ACT.GEST.URG.EVEN.SANIT.IMP-FIR-EX CR		656111330	-EXPERIMENTATION MEDICAMENTS EHPAD-EX COUR
			65721341230	-CONSULTATION MEMOIRE - EX COUR
			657213710	-PREV.PRISE CHARG PERS TGEES-FIR-EX CRT

Mission 2 : Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale				
Le développement des parcours de santé coordonnés et des nouveaux modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre les structures sanitaires et médico-sociales et les professionnels de santé en particulier et les systèmes d'information en santé	Les réseaux de santé	Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre sanitaire		
657213450 -TELEMEDECINE - FIR - EX COURANT	657213481110 -RSR-CANCEROLOGIE-FONCTIONN.-FIR-EX CRT	657213411210 -EQUIPES MOBILES SOINS PALLIATIFS-EX COUR		
	657213481120 -RSR-CANCEROLO-PREST.DEROGAT.-FIR-EX CRT	657213411212 -EQUIP.RES.REGION.SOINS PAL.PEDIATRIQUES		
	657213481130 -RSR-CANCEROLOGIE-AUTRES FRAIS-FIR-EX CRT	657213411310 -PRATIQ.SOINS CANCEROLOGIE-EX COUR		
	657213481210 -RSR-PERINATALITE-FONCTI.-FIR-EX CRT	657213411320 -PSYCHO-ASSIST.SOC.HP CANCER-EX COUR		
	657213481220 -RSR-PERINAT.-PREST.DEROGAT-FIR-EX CRT	657213411380 -AUTRES - EXERCICE COURANT		
	657213481230 -RSR-PERINATALITE-AUT. FRAIS-FIR-EX CRT	65721341310 -CREDITS ONDAM - EXERCICE COURANT		
	657213481610 -RSR-AUTRES-FONCT.-FIR-EX COURANT	65721341380 -AUTRES - EXERCICE COURANT		
	657213481620 -RSR-AUT.-PREST.DEROGAT.-FIR-EX CRT	657213460 -GROUPE QUALITE PAIRS - FIR- EX COURANT		
	657213481630 -RSR-AUT.-AUT. FRAIS-FIR-EX COURANT	6572134710 -ACTIONS COOP. INTERNATION.(DOM)-EX CRT		
	657213482110 -RSIR-SOINS PALLIAT.FONCT.-FIR-EX CRT	6572134720 -MEDECINS CORRESPONDANTS SAMU-EX CRT		
	657213482120 -RSIR-SOINS PAL.PREST.DEROG.-FIR-EX CRT	6572134780 -AUTRES - EX COURANT		
	657213482130 -RSIR-SOINS PALLIAT.AUT. FRAIS-FIR-EX CRT	657213411130 -STUCT.PRISES EN CHARGE DES ADO.- EX COUR		
	657213482210 -RSIR-GERONT.FONCT.-FIR-EX COURANT	657213411180 -AUTRES - EXERCICE COURANT		
	657213482220 -RSIR-GERONT.PREST. DEROGAT.FIR-EX CRT	657213411220 -EQUIPES LIAISON ADDICTOLOGIE- EX COUR		
	657213482230 -RSIR-GERONT.-AUTRES FRAIS-FIR-EX CRT	657213411280 -AUTRES - EXERCICE COURANT		
	657213482310 -RSIR-HANDICAP-FONCT.-FIR- EX CRT	65721341210 -EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE - EX COUR		
	657213482320 -RSIR-HANDICAP-PREST.DEROGAT.-FIR-EX CRT	65721342380 -AUTRES - EXERCICE COURANT – PAERPA		
	657213482330 -RSIR-HANDICAP-AUTRES FRAIS-FIR- EX CRT			

Mission 3 : Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire					
Des rémunérations forfaitaires versées en application de l'article R. 6315-6 aux médecins qui participent à la permanence des soins		De la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1, conformément aux dispositions de l'article R. 6112-28		Des actions tendant à assurer une meilleure répartition géographique des professionnels de santé	
6561113110	-ASTREINT.EN VILLE - FIR - EX COURA	65611132110	-GARDES EN ETABLISS PRIVES - FIR- EX COUR	656111340	-P.T.M.G. - EXERCICE EN COURS
6561113120	-PARTIC.AM AU FINANC .REGUL- FIR EX.COURA	65611132120	-ASTREIN ETABLIS PRIVES - FIR-EX.COURANT	6572134310	-EX REGROUPES-CTR DE SANTE-FIR-EX CRT
6561113130	-ACTES EXPERIM PDSA - FIR - EX COUR	65611132130	-HORS MEDECINS LIBERAUX - EX COUR	6572134320	-EX REGROUPES-MS PLURIPROF-FIR-EX CRT
6572134410	-MMG - EX COURANT	65611132210	-PDS EN ETABLIS PUB FIR - EX COUR	6572134330	-EX REGROUPES-POLE DE SANTE-FIR-EX CRT
6572134420	-REGULATION LIBERALE - EX COURANT				
6572134480	-AUTRES - EX COURANT				

Mission 4 : efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels				
Frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance des structures sanitaires	Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ou de leurs groupements	Actions permettant la mutualisation des moyens de plusieurs ou de la totalité des professionnels et structures sanitaires de la région, notamment en matière de systèmes d'information, de groupement d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projets	657213111	-CONSEIL, PILOT, ACCOMPAG PERF HOSP
			657213120	-REORGANISATIONS HOSPITALIÈRES-EX COURANT
			6572131220	-GESTION DES RISQUES - EX COURANT
			6572131230	-ACCORDS BONNES PRATIQUES HOSPITAL-EX CRT
			6572131260	-AUT.ACTIONS MODERNIS RESTRUCT-FIR-EX CRT
			65721341410	-DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE-FIR-EX CR
			65721341420	-AC MAINTIEN ACTIVITE DEFICIT.-FIR-EX CRT
			65721341430	-AC AMELIORATION DE L'OFFRE-FIR-EX CRT
			65721341440	-AC RESTRUCTURATION SOUTIEN FI.-FIR-EX CRT
			65721341450	-AC INVESTISMTS HORS PLANS NAT.-FIR-EX CR
Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ayant préalablement fait l'objet d'un diagnostic de situation réalisé par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ainsi que d'un accord négocié entre les responsables des structures et les organisations syndicales représentatives	Actions de gestion prévisionnelle des métiers, emplois et compétences	Aides individuelles, prestations et compléments de rémunération destinés à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des structures engagées dans des opérations de modernisation et de restructuration. La liste et les conditions de versement de ces mesures sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale	657213220	-RH-AMELIOR CONDIT TRAV CLACT-FIR-EX CRT
			657213230	-RH-GEST PREV METIERS & COMPET-FIR-EX CRT
			6572132120	-RH-AI-ACCOMP SOCIAL CLASMO-FIR-EX CRT
			6572132130	-RH-AI-INDEMNITE DEPART VOLONT-FIR-EX CRT
			6572132140	-RH-AI-REMBR DIFF. REMUNERAT-FIR-EX CRT
			6572132150	-RH-AI-ACT CONVERS PROFESSIONN-FIR-EX CRT
			6572132110	-RH-AI-AIDE L LA MOBILITE-FIR-EX COURANT
			6572132120	-RH-AI-ACCOMP SOCIAL CLASMO-FIR-EX CRT
			6572132130	-RH-AI-INDEMNITE DEPART VOLONT-FIR-EX CRT
			6572132140	-RH-AI-REMBR DIFF. REMUNERAT-FIR-EX CRT
6572132150	-RH-AI-ACT CONVERS PROFESSIONN-FIR-EX CRT			

			657213280-	RH- AUTRES - EX COURANT
Des actions visées du 1° au 3° du présent article en faveur de l'efficacité des structures médico-sociales. Concernant les opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration visées au 2°, celles-ci peuvent comprendre des dépenses d'investissement dans les conditions et dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget, des personnes âgées et des personnes handicapées	Des actions visées du 4° au 6° du présent article en faveur de l'amélioration des conditions de travail des personnels des structures médico-sociales. La liste et les conditions de versement des aides individuelles, prestations et compléments de rémunération visés au 6° sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées			
657213130	Efficacité des structures MS	657213240		Amélioration des conditions de travail des structures MS

Mission 5 : Développement de la démocratie sanitaire				
Développement de la démocratie sanitaire				
6572133450				-CONTRIB-A LA DEMOCRATIE SANITAIRE-EX CRT
Autre				
657213880				-AUTRES - EX COURANT

FICHE TECHNIQUE 8

PRÉCISIONS RELATIVES AU CIRCUIT DE LIQUIDATION ET DE PAIEMENT DES FORFAITS DE MÉDECINS CORRESPONDANTS DE SAMU

L'instruction DGOS/R2 n° 2013-228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU, indique que les crédits destinés au dispositif des MCS sont intégrés dans le FIR afin de permettre aux agences régionales de santé (ARS) de financer, au plus proche des besoins, les organisations mises en place.

Les ARS sont les acteurs centraux du dispositif des MCS. Elles définissent, d'une part, les modalités de son organisation et déterminent, d'autre part, les montants des forfaits d'intervention et d'astreinte s'il y a lieu.

La définition précise des organisations et des montants des forfaits emporte des conséquences sur le circuit de paiement des forfaits MCS. Actuellement plusieurs organisations sont possibles comme par exemple le versement, par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) des forfaits prévus par les ARS, sur la base d'un fonctionnement temporaire, soit directement aux médecins, soit au réseau de MCS ou à une association de MCS faisant l'intermédiaire entre la CPAM et le MCS. Dans d'autres cas, les rémunérations sont assurées par les centres de santé.

Afin de faciliter les modalités de paiement auprès des médecins libéraux qui interviennent en tant que médecins correspondants de SAMU, il est proposé, pour les ARS qui le souhaitent, de mettre en place des circuits de liquidation des forfaits par les CPAM, proches de ce qui a été fait pour la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

En accord avec la CNAMTS, cette fiche-technique précise les conditions dans lesquelles des modalités de liquidation peuvent être mises en place et explicite le rôle de chaque acteur dans le circuit de paiement des forfaits de MCS (I), ainsi que le circuit et les modalités de liquidation des forfaits du dispositif des MCS (II).

1. Définition et organisation du dispositif MCS

Il est rappelé, comme le prévoient le décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence, l'arrêté du 12 février 2007 et l'instruction DGOS/R2 n° 2013-228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des MCS, que le MCS est :

- un médecin formé à l'urgence ;
- qui agit sur demande de la régulation médicale des SAMU-Centre 15 ;
- pour prendre en charge des patients en situation d'urgence médicale ;
- dans une zone préalablement identifiée, en priorité située à plus de 30 minutes d'accès d'un effecteur de médecine d'urgence (structure des urgences ou SMUR).

Le mode d'organisation du dispositif des MCS doit être détaillé par l'ARS dans un document type cahier des charges qui servira de référence pour les organismes locaux d'assurance maladie pour procéder au paiement des forfaits. Dès lors, ce document devra être le plus précis possible afin de garantir la fluidité du paiement des forfaits par les organismes locaux d'assurance maladie. Il comprendra notamment le détail du modèle économique (les montants des forfaits et les montants des astreintes, s'il y a lieu) et du mode d'organisation sur les territoires.

L'ARS détermine notamment la rémunération forfaitaire des MCS. Cette rémunération forfaitaire peut varier en fonction des contraintes géographiques, locales et d'organisation.

Afin de permettre aux organismes locaux d'assurance maladie d'assurer le paiement et le suivi des forfaits dans des conditions satisfaisantes, il vous est demandé de préciser très clairement le(s) mode(s) d'organisation du dispositif MCS sur votre territoire et notamment les montants des forfaits d'intervention et les montants des forfaits d'astreinte, s'il y a lieu, pour chaque plage horaire, s'il y a distinction.

Les montants des forfaits peuvent bien entendu être identiques pour différentes zones géographiques, différentes plages horaires.

Les organismes locaux d'assurance maladie de votre région peuvent utilement être associés à la rédaction du mode d'organisation ou être consultés parallèlement afin de s'assurer qu'aucune difficulté n'interviendra lors du paiement des nouveaux forfaits.

Ces éléments concernant les différents types de forfaits permettront à la CNAMTS d'adapter son système d'information afin de pouvoir procéder au règlement des forfaits sur la base des montants définis. Pour chaque type de forfaits (forfaits d'intervention et forfaits d'astreinte) un code prestation est affecté dans le système d'information pour régler les forfaits afférents. La mise en place

des organisations régionales avec des tarifs distincts par région implique de modifier le système d'information de l'Assurance maladie au niveau national pour permettre de procéder au paiement des forfaits sur la base des montants retenus. Les CPAM seront informées de ces éléments par lettre réseau.

2. Circuit de liquidation et de paiement des forfaits du dispositif des MCS

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires relatives au FIR, il est rappelé que les décisions d'attribution de financement relèvent de l'entière responsabilité du directeur général de l'ARS, de même que les ordres de paiement adressés aux caisses. Au même titre que les modalités de paiements prévues pour la permanence de soins ambulatoires (PDSA), il est précisé que l'engagement de la dépense relève de l'ARS, la liquidation conjointement de l'ARS et de la CPAM de rattachement du professionnel de santé dans les conditions définies ci-après et le paiement des CPAM.

Afin de préciser les modalités de liquidation et de paiement des forfaits d'intervention et d'astreinte, s'il y a lieu pour le dispositif MCS, il est fortement conseillé de décrire ce circuit dans son mode d'organisation en lien avec les organismes d'assurance maladie.

Dans chaque territoire qualifié comme situé à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents, les médecins qui sont volontaires pour participer au dispositif MCS et les associations de MCS, le cas échéant, sont identifiés par l'ARS.

2.1. Contrôle des interventions et astreintes par les ARS et transmission des ordres de paiement aux organismes locaux d'assurance maladie (cf. schémas en annexe)

L'ARS transmettra à l'organisme local d'assurance maladie, l'ordre de paiement, qui peut être par exemple un tableau des interventions réalisées, et déclenchera ainsi le processus de paiement des forfaits d'intervention et d'astreinte aux MCS. Il est précisé que l'ARS transmettra l'ordre de paiement à l'organisme local de rattachement du MCS.

2.2. Contrôle du service fait et paiement des forfaits par les organismes locaux d'assurance maladie

Sur la base de l'ordre de paiement transmis par l'ARS et des attestations d'intervention transmises par les MCS, l'organisme local d'assurance maladie de rattachement du médecin procédera au contrôle du « service fait », puis au paiement des forfaits d'intervention et d'astreinte.

Il est précisé que dans le cas où les organismes locaux rencontreraient une difficulté lors du contrôle du service fait ou du paiement des forfaits, ces derniers devront immédiatement en informer les ARS qui devront alors prendre les mesures adéquates pour y apporter un résolution.

2.3. Suivi de la consommation de l'enveloppe allouée au dispositif MCS

Les organismes locaux d'assurance maladie communiqueront aux ARS un état trimestriel des forfaits d'intervention et d'astreinte versés aux médecins, ainsi que les actes et majorations d'actes.

En résumé, afin d'assurer l'opérationnalité du dispositif MCS, il vous est demandé de bien vouloir :

1. Transmettre les éléments détaillant les types de forfaits et leurs montants aux CPAM concernées ainsi qu'à la CNAM-TS, copie à la DGOS ;

2. Transmettre les documents d'organisation du dispositif MCS (type cahier des charges) à la Direction DGOS à l'adresse suivante: DGOS-R2@sante.gouv.fr.

Il vous est recommandé de détailler les forfaits d'intervention et d'astreinte, s'il y a lieu, ainsi que la procédure de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des forfaits telle qu'explicitée dans la présente instruction.

Vous voudrez bien nous faire connaître les difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente instruction. Mes services sont à votre disposition pour de plus amples informations.

ANNEXE : EXEMPLE DE CIRCUIT DE PAIEMENT DU DISPOSITIF DES MCS LIBERAUX

