

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Secrétariat général

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau de la synthèse organisationnelle
et financière

Direction des finances, des achats
et des services

Circulaire n° SG/2016/165 du 23 mai 2016 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2016

NOR : AFSZ1613871C

Validée par le CNP le 18 mars 2016. – Visa CNP 2016-43.

Date d'application : immédiate.

Résumé : cette circulaire précise les orientations nationales relatives au FIR pour 2016, 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 – 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;

Arrêté en cours de publication fixant pour l'année 2016 le montant des dotations des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional des ARS;

Arrêté en cours de publication fixant le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR pour l'année 2016.

Annexes :

Annexe 1. – Orientations par missions pour 2016.

Annexe 2. – Modalités de gestion du fonds dans le cadre du budget annexe.

Annexe 3. – Répartition par agences des crédits délégués.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames
et Messieurs les 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 de la stratégie régionale de santé. La réforme territoriale avec la nouvelle cartographie au premier janvier 2016 des nouvelles régions renforce cet enjeu et la nécessité de doter les agences de leviers financiers permettant la mise en œuvre de cette stratégie. La création à cette même date du budget annexe dédié à la gestion du fonds au sein des agences consécutivement à l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 participe de cet objectif d'efficacité et de simplification. Cette réforme permet de confier aux ARS la gestion budgétaire et comptable pleine et entière du fonds et de s'inscrire dans une gestion pluriannuelle des crédits.

Pour 2016, vous mobiliserez plus particulièrement les ressources du FIR (I) à la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé (II).

I. – LES RESSOURCES DU FIR ET LEUR RÉPARTITION RÉGIONALE POUR 2016

Les ressources du FIR en 2016 sont constituées par :

- une dotation de l'assurance maladie à hauteur de 3 086 M€ correspondant au sous-objectif ONDAM voté en LFSS en progression de 1 % par rapport aux crédits effectivement délégués en 2015 (y compris le montant issu de la fongibilité depuis la dotation annuelle de financement vers le FIR opérée par les ARS) ;
- une dotation de l'Etat à hauteur de 125 M€, stable par rapport à 2015 ;
- une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à hauteur de 115 M€, en progression de 14 %.

Le total des crédits FIR votés s'élève donc pour l'exercice 2016 à 3 326 M€ contre 3 278 M€ en 2015.

Le FIR fait en 2016 l'objet de gels au titre des mises en réserves pour la régulation de l'ONDAM d'un montant de 40 M€, contre 57 millions l'exercice précédent. La dotation de l'Etat fait par ailleurs l'objet d'une réserve prudentielle de 8 % soit 10 M€.

Le montant des crédits budgétés après mises en réserve s'élève donc à 3 276 M€ dont 3 254 M€ sont délégués dans le cadre de cette première circulaire et de son arrêté afférent. Un deuxième arrêté sera adopté en cours d'exercice notamment pour l'attribution des crédits relatifs à la sécurisation des emprunts structurés.

En termes de répartition régionale, conformément à ma demande et comme je m'y étais engagée auprès du Parlement dans le cadre des débats relatifs à la loi de financement pour 2015, le mécanisme de péréquation sur critères populationnel et de santé publique initié en 2015 va continuer à se déployer progressivement en 2016.

L'évolution de la dotation d'une région au titre de la péréquation est encadrée à plus ou moins 1%. Ce mécanisme repose sur 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, la péréquation s'appliquera à 60 % du total des crédits relevant du FIR. Une part de ces crédits continue à être exclue de ce périmètre de péréquation car devant prendre en compte d'autres critères tels 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. Comme l'année précédente, j'ai toutefois veillé, malgré le contexte budgétaire contraint, à ce qu'aucunes dotations régionales, après mesures nouvelles et neutralisation des effets de périmètre, ne diminuent par rapport à 2015. Par ailleurs, dans le cadre de la stratégie santé outre-mer, chacune des dotations des territoires concernés observent une progression *a minima* de 1 % à périmètres retraités.

II. – LES ORIENTATIONS NATIONALES POUR 2016

Le FIR doit vous permettre de disposer des leviers financiers pour soutenir les actions de transformation du système de santé. En ce sens, il repose sur une logique de résultats plutôt que sur une logique de moyens et 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.

Pour 2016, je vous demande de veiller à ce que les moyens alloués dans le cadre du FIR contribuent plus particulièrement à la mise en œuvre des dispositifs issus de la loi de modernisation de notre système de santé.

Le fonds aura notamment vocation à financer l'organisation et la structuration des parcours de santé. Il doit permettre de faciliter les initiatives de structuration du premier recours que vous pourrez être à même de favoriser notamment au regard du soutien des équipes de premier recours et de la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé. Il doit également favoriser en 2016 le déploiement de plateformes territoriales d'appui et des équipes de soins primaires, en tenant compte des initiatives des professionnels de santé. Le FIR financera également en 2016 la poursuite des expérimentations relatives aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) et leur généralisation à l'ensemble des régions.

L'une des missions du fonds est également de contribuer à une meilleure répartition des professionnels et structures de santé sur le territoire et la réduction des inégalités d'accès aux soins. Différents engagements relevant du « Pacte territoire santé 2 » sont financés dans le cadre du FIR dont le développement de la télémédecine, des contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) et de praticiens territoriaux de médecine ambulatoire (PTMA) et des 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 par ailleurs continuer à favoriser le développement de la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie. Il financera en 2016 les expérimentations prévues par l'article 92 de la loi de modernisation du système de santé dans le champ de l'accompagnement à l'autonomie en santé en direction des personnes souffrant d'une maladie chronique ainsi que des personnes handicapées.

Il vous est demandé de décliner à l'appui du fonds, au niveau territorial approprié, les plans et programmes nationaux de santé publique, notamment le plan cancer, en particulier la mesure visant à permettre « à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin » et le développement de programme d'éducation thérapeutique du patient et de leur proche relevant du plan maladie neuro-dégénérative. Dans le cadre de ce plan, le montant de la contribution de la CNSA au FIR est rehaussé par rapport à 2015 permettant le financement de 50 nouvelles MAIA.

Différentes mesures du plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 font l'objet d'un financement *via* le FIR pour compléter le maillage territorial en équipes mobiles de soins palliatifs et développer des programmes visant à faciliter l'accès aux prises en charge par les professionnels de premier recours mais également par les offres de soins coordonnés, telles que l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile *via*, le cas échéant, les plateformes territoriales d'appui.

Le FIR doit également participer en 2016 à la mise en œuvre des projets de restructuration de l'offre de soins dans le cadre de la deuxième année de mise en œuvre du plan triennal ONDAM 2015-2017. Il pourra également être utilisé pour accompagner la mise en place des groupements hospitaliers de territoires. 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 demeurent une priorité forte de l'exercice 2016.

*
* *

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

- les orientations par missions du FIR pour 2016 (annexe 1) ;
- les modalités de gestion des crédits par les ARS issues de la création au premier janvier 2016 du budget annexe dédié à la 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 2016

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. Depuis 2015, ces missions sont au nombre de cinq :

- 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: efficience 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 n° DGOS/R5/2011/315 du 1^{er} août 2011 et circulaire n° DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013) et dans le guide relatif à l'élaboration des CPOM (circulaire n° DGOS/PF3/2012/09 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.

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

Les dépenses engendrées par les urgences sanitaires ou les événements imprévus devront être financées sur les crédits de l'ARS. De même, les dépenses liées à des dispositifs prudeniels devront être intégrées dans la programmation budgétaire de l'ARS (Les dispositifs prudeniels 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).

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, notamment le plan cancer et le plan maladies neuro-dégénératives, ainsi que les expérimentations prévues par l'article 92 de la LMSS dans le champ de l'accompagnement à l'autonomie en santé

Votre action tiendra compte des priorités nationales de santé publique inscrites dans la loi modernisant notre système de santé et dans le projet annuel de performance (PAP) 2016 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.

Pour l'application de la mesure 1.1 du plan cancer « permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin *via* un programme national de dépistage organisé », il est prévu de préfigurer ce dépistage en s'appuyant sur les expérimentations menées par des structures de gestion des dépistages des cancers et en le déployant dans 7 nouvelles régions. À cette fin des crédits sont alloués aux régions accueillant les sites anciennement expérimentateurs financés par les ARS ainsi qu'à 7 nouvelles régions. Un cahier des charges viendra préciser d'ici la fin du premier semestre comment seront désignées les structures et les modalités de mise en œuvre de la préfiguration.

Dans le cadre du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019, la mesure 5 prévoit de « 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 ». Des crédits vous ont été alloués en 2015 en vue de susciter et financer des programmes d'ETP supplémentaires sur cette thématique et 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 complémentaires qui vous ont été délégués en 2015 sont renouvelés en 2016.

Par ailleurs, l'article 92 de la LMSS prévoit une expérimentation pour une durée de cinq ans de projets pilotes dans le champ de l'accompagnement à l'autonomie en santé en direction des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées. Chaque projet-pilote d'accompagnement sanitaire, social et administratif fera l'objet d'une convention, conforme au cahier des charges national qui sera établi par un arrêté pris par la ministre chargée de la santé. Des crédits vous sont alloués en 2016 en vue du financement de projets-pilotes. Une circulaire vous sera adressée d'ici la fin du premier trimestre pour préciser les modalités et le calendrier de sélection des projets conformément au cahier des charges. Les projets retenus seront financés pour une durée de 5 ans. Ces crédits proviennent de la dotation mentionnée au 1^o de l'article L.1435-9 du code de la santé publique. Par dérogation audit article, les crédits affectés aux projets par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

En outre, vous pourrez mobiliser des moyens dans le cadre de la construction des programmes coordonnés de financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie au sein des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie prévues par l'article 3 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

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).

Les crédits prévus à cet effet sont destinés aux établissements de santé autorisés aux activités de traitement du cancer suivantes : chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie. Elle 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 élaboré en concertation avec l'ensemble des acteurs, et ajusté en 2015), la surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie, et le coefficient géographique.

Comme les années précédentes, votre dotation intègre des crédits destinés à financer la participation des médecins libéraux des établissements de santé ex-OQN aux RCP de cancérologie. 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.

Par ailleurs, comme l'an dernier, sont également intégrés des financements destinés aux cabinets libéraux de radiothérapie et attribués à chaque région au prorata du nombre de cabinets de la région, afin de permettre aux ARS d'organiser le financement de la participation aux RCP de cancérologie des radiothérapeutes libéraux des cabinets libéraux de radiothérapie, en fonction des remontées d'activité sur les participations aux RCP au sein de la région.

Vous veillerez à ce que les bénéficiaires de cette dotation exercent bien dans le champ de la cancérologie les missions relatives au dispositif d'annonce, aux soins de support, et aux RCP.

Coordination des parcours de soins en cancérologie

La deuxième phase d'expérimentation d'un parcours coordonné en cancérologie, donnant lieu à la création de postes d'infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC), se poursuit en 2016, conformément aux 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.).

Pour rappel, l'expérimentation a été étendue en 2015 à dix équipes issues du premier recours, qui ont été retenues dans neuf régions à l'issue d'un processus de sélection nationale. Ces équipes du premier recours sont venues s'ajouter aux 35 équipes hospitalières sélectionnées pour cette deuxième phase d'expérimentation, portant à 45 le nombre total de sites expérimentateurs.

Le financement alloué pourra être renouvelé annuellement, et pour une durée maximale de deux ans, sous réserve du respect des objectifs d'activité et de qualité des prestations définis dans le cahier des charges de l'expérimentation.

Unités de consultations dédiées pour personnes handicapées

Des crédits vous sont alloués pour renforcer la mise en place dans les régions de dispositifs de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap. Comme en 2015, ces crédits sont attribués sur la base d'un critère de démographie des personnes en situation de handicap, en s'appuyant sur la répartition des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé, avec un socle de financement minimal par région.

L'instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap apporte des éléments de repères pour structurer sur les territoires ces dispositifs. En particulier, il convient de noter que ces dispositifs pourront être portés indifféremment par des établissements de santé ou par des structures d'exercice de soins coordonnés (comprenant notamment les maisons de santé pluri-professionnelles). Cette instruction contient également les éléments d'évaluation demandés pour le suivi de ces dispositifs.

Équipes de liaison et de soins en addictologie

Conformément au plan gouvernemental 2013-2017 de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, des crédits vous sont alloués depuis 2015 pour renforcer le dispositif des équipes de liaison et de soins en addictologie. Ils doivent vous permettre de compléter le maillage territorial des équipes de liaison et de soins, dont la fonction transversale est d'engager les patients dans un parcours de santé aussi précoce que possible et de sensibiliser les équipes soignantes confrontées à ces situations.

Expérimentation « maisons de naissance »

Au titre de l'année 2016, des crédits sont alloués aux six régions dans lesquelles se déroulera l'expérimentation « maisons de naissance », dont la liste a été arrêté le 23 novembre 2015. Cette dotation constitue une participation aux frais de fonctionnement des maisons de naissance.

Centres périnataux de proximité

Afin de garantir le maintien d'une offre de soins pour le suivi prénatal et post-natal de proximité, des financements complémentaires, destinés à la création de nouveaux CPP sont attribués à quatre régions.

Expérimentation de projets pilotes destinés à améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique (article 43 de la LFSS pour 2014)

Dans les conditions prévues par le décret n° 2015-881 du 17 juillet 2015, une expérimentation visant à améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique est menée, à compter de 2016, dans six régions retenues pour y participer¹.

Les crédits alloués visent à améliorer la prise en charge des patients atteints d'IRC aux stades de pré-suppléance et de suppléance.

Le premier segment concerne le stade de pré-suppléance et a pour finalité de préserver la fonction rénale des patients pour retarder ou éviter la survenue de l'entrée en suppléance, de réduire le nombre de patients dialysés en urgence ainsi que d'orienter les patients arrivant en suppléance vers des prises en charge plus efficaces (en dialyse hors centre pour les patients éligibles à ces modalités) et de les inscrire en liste d'attente de greffe (lorsque le bilan pré-greffe les rend éligibles à cette technique).

Le second segment est constitué du stade de suppléance et s'adresse aux patients dialysés. La finalité de ce segment est d'orienter les patients dialysés en centre vers le hors-centre (sous réserve d'éligibilité et d'accord des patients) et d'augmenter le nombre de ces patients dialysés accédant

¹ Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine, Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, Auvergne - Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, Pays de la Loire et La Réunion.

dans l'année à un bilan pré-greffe en vue d'une inscription en liste d'attente (sous réserve d'éligibilité). Il est prévu à titre optionnel de développer des actions pour les patients vivants avec un greffon fonctionnel en augmentant le nombre de patients greffés bénéficiant d'un suivi de greffe respectant les bonnes pratiques.

Télémédecine

Le Pacte territoire santé 2 prolonge l'engagement relatif au développement de la télémédecine au service des professionnels de santé s'installant dans les zones isolées. Essentiellement déployée ces dernières années dans le secteur hospitalier, vous veillerez à poursuivre le soutien aux projets de télémédecine impliquant le secteur ambulatoire et médico-social.

Le FIR peut être mobilisé pour des dépenses d'investissement et d'accompagnement en phase de conception des projets de télémédecine. Ils peuvent également servir à soutenir ponctuellement 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.

Le FIR peut également être utilisé pour la rémunération des structures de prise en charge du patient (structures d'exercice coordonné et structures médico-sociales) dans le cadre des téléconsultations. Ces ressources peuvent être allouées en fonction d'indicateurs d'efficacité organisationnelle interne selon une grille qui est renseignée annuellement par la structure et transmise à l'agence régionale de santé dont elle dépend. Cette grille comprend des indicateurs techniques, des indicateurs d'activité et des indicateurs organisationnels. Par un système d'indexation, cette rémunération peut être mise en œuvre en année $N + 1$ en fonction de l'activité déclarée pour l'année N par la structure de prise en charge du patient. Il est recommandé de ne pas allouer de rémunération pour la réalisation d'une activité inférieure à 160 téléconsultations par an et par structure.

Proposition de grille de rémunération de la structure de prise en charge du patient de téléconsultations (le maximum proposé est de 15 points et la valeur annuelle initiale du point proposée de 150 euros) :

| | AS ou personnel non soignant présent pendant la TLC | IDE présente pendant la TLC | SYNTHÈSE médicale traçable disponible avant la TLC | NBE de télé- consultations annuelles par structure accompagnant le patient > 300 | LOCAUX spécifiques dédiés à la TLC | TABLEAU de service concernant la personnel présent fourni | ACTIVITÉ de plus de 7 télé- consultations par demi- journée rapportée à l'année |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|---|---|--|--|
| Indicateurs techniques | X | X | X | | | | |
| Indicateurs d'activité | | | | X | | | X |
| Indicateurs organisa- tionnels | | | | | X | X | |
| Points | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 3 |

Il convient également de prioriser l'accompagnement des projets de télémédecine relatifs à la prise en charge des maladies rares, conformément au plan national maladies rares.

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, sont opérationnelles depuis 2015 s'agissant des plaies chroniques et complexes. 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 par les agences régionales de santé est soumis au respect des conditions prévues par les cahiers des charges relatifs à ces expérimentations parus en 2015 (arrêté du 17 avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes) et à paraître en 2016.

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

L'article 74 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit le déploiement des fonctions d'appui aux professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des personnes en situation complexe et confie aux agences régionales de santé la tâche d'organiser ces fonctions d'appui. Dans cette optique, des crédits sont alloués pour amorcer l'organisation de ces fonctions d'appui et déployer une ou plusieurs plateformes territoriales d'appui, en tenant compte des initiatives des professionnels.

Vous veillerez à programmer ces dispositifs en complémentarité de l'offre d'ores et déjà disponible en la matière (MAIA notamment).

Systèmes d'information des réseaux

L'objectif recherché est d'améliorer la coordination des parcours des personnes en situation complexe en mettant en place dans l'ensemble des réseaux de santé du territoire des systèmes d'informations (avec homogénéisation des systèmes au niveau régional). Ces systèmes d'informations doivent être conformes au cahier des charges produit par l'ASIP Santé, 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 doivent permettre le recueil de données exploitables pour les agences régionales de santé.

Nouveau plan soins palliatifs et accompagnement en fin de vie

Trois mesures du plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 font l'objet d'un financement *via* le FIR. Ainsi, des crédits vous sont alloués :

- pour compléter le maillage territorial en équipes mobiles de soins palliatifs (action 14-1) ;
- pour développer des programmes visant à repérer de manière précoce, au domicile, les besoins en soins palliatifs et faciliter l'accès aux prises en charge notamment par les professionnels de premier recours (action 12-1) mais également par les offres de soins coordonnées, telles que l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile ;
- pour faciliter la mise en œuvre des soins palliatifs à domicile par les professionnels de santé de ville (action 8-2), afin de favoriser les projets territoriaux de professionnels de ville coordonnés et de faciliter le recours aux expertises et aux coordinations *via*, le cas échéant, les plateformes territoriales d'appui.

Ces crédits vous sont alloués sur la base du critère du nombre total de décès par région (données 2013).

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

Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) et groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Le financement des dispositifs MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) prévus 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 2016, au titre des missions mentionnées au 2° de l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

En application de la loi de financement de sécurité sociale pour 2016, une décision de la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fixe le montant de la contribution à vos budgets à hauteur :

- de 85 millions d'euros au titre du financement des dispositifs MAIA (352 au total, dont 50 nouveaux alloués en 2016 dans le cadre du Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019) ;
- et de 30 millions d'euros au titre du financement des groupes d'entraide mutuelle. Pour les GEM, les montants attribués en 2016 correspondent à la stricte reconduction des montants alloués en 2015 (et, pour les nouvelles régions, à la somme des dotations 2015 des anciennes régions).

Les critères de répartition de ces crédits vous sont précisés par la CNSA en parallèle de la présente circulaire.

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

En 2016, le financement de 50 nouveaux dispositifs MAIA s'inscrit dans le Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 et s'ajoute au financement des 50 nouveaux dispositifs déployés en 2015. Une instruction à paraître précise les modalités de financement de ces dispositifs 2016.

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 ou de gestionnaires de cas supplémentaires 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 2016, 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.

En outre, de nombreuses ARS expriment un besoin en gestionnaires de cas supplémentaires, au-delà de la limite de trois gestionnaires de cas par dispositif qui figure dans le cahier des charges national. Les ARS ayant identifié ces besoins, sur la base d'une analyse approfondie et au regard notamment des spécificités territoriales, peuvent désormais utiliser le reliquat de leurs crédits MAIA de manière à satisfaire au mieux ces besoins. Ces recrutements d'éventuels gestionnaires de cas supplémentaires devront se faire dans les limites de l'enveloppe de 280 000 € par dispositif.

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 MAIA (plus rarement aux GEM), 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) dans le cadre des dispositions de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et du cahier des charges prévu par arrêté du 30 décembre 2015, dont les modalités ont été précisées par instruction n° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD ;
- la prise en charge des personnes dans une situation complexe, dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » pilotée par MS Desaulle, qui vise à une meilleure coordination des acteurs permettant notamment de trouver des solutions pragmatiques, y compris temporaires, pour accueillir ces personnes. Cet objectif peut nécessiter 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 d'adaptation et de recomposition de l'offre et en particulier, le développement des « pôles de compétences et de prestations externalisées » dont les objectifs et modalités de déploiement seront décrits dans un prochain texte ;
- 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, désormais travaillée dans le cadre des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et à la prévention des maladies.

PAERPA

Le FIR dédié aux parcours de santé PAERPA permet le financement des plans d'action PAERPA des ARS pilotes. Élaborés sur la base du cahier des charges national, du modèle médico-écono-

mique, 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, à ce jour 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.

Dans le cadre de l'extension des dispositifs Paerpa programmée en 2016, un nouveau cahier des charges « Extension Paerpa » a été élaboré précisant les modalités de mise en œuvre et le périmètre de financement (http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cdc_extension_paerpa.pdf).

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

Permanence des soins ambulatoires (PDSA)

Les missions financées par le FIR au titre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) concernent les rémunérations forfaitaires (effectif et régulation) versées aux médecins qui y participent. Le FIR a également vocation à financer les actions ou structures qui concourent à l'amélioration de la PDSA ; entrent notamment dans cette catégorie les dépenses relatives aux maisons médicales de garde et aux outils de régulation libérale.

Par ailleurs, il convient de préserver les financements existants engagés dans le cadre du FIR pour maintenir les systèmes d'information de régulation autonomes existants, et ce durant les phases de construction et déploiement de la solution nationale SI SAMU prévue jusqu'en 2023, celle-ci étant, pour mémoire, intégralement financée *via* le fonds de modernisation pour les établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Structures d'exercice coordonné

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.

Toutefois, il convient de veiller à ce que ces financements soient complémentaires et ne portent pas sur les mêmes engagements que ceux fixés dans les contrats prévus par le règlement arbitral applicables aux structures pluri-professionnelles (arrêté du 23 février 2015) dans le cadre desquels ces structures perçoivent déjà une rémunération de l'assurance maladie.

Pour les centres de santé, il est recommandé de soutenir plus particulièrement ceux au sein desquels exerce, de façon coordonnée, une équipe pluri-professionnelle (comportant des professionnels médicaux – dont deux médecins généralistes – et paramédicaux) et pluridisciplinaire (dispensant non seulement des soins de médecine générale mais également des soins relevant d'autres disciplines).

Toutefois, dans certains cas particuliers, notamment en zone rurale, il peut s'avérer opportun de soutenir des centres nouvellement créés ne pratiquant qu'une activité de médecine générale autour

d'un seul médecin généraliste s'ils s'engageant à évoluer vers la pluri-professionnalité et la pluri-disciplinarité. L'évolution vers la pluri-professionnalité des centres de soins infirmiers implantés en zone rurale fragilisée et souhaitant recruter des médecins généralistes pourra également être soutenue.

Des crédits sont par ailleurs prévus pour le déploiement de systèmes d'information dans l'ensemble de ces structures.

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. 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. Les ARS peuvent ainsi choisir de verser les forfaits à des réseaux, associations de MCS, centres de santé ou établissements siège de SAMU qui reversent ensuite aux médecins, salariés ou libéraux. Elles peuvent également privilégier un versement direct aux MCS libéraux par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) des forfaits prévus par les ARS. Dans ce dernier cas, 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).

Vous veillerez à informer les CPAM du ou des circuits de paiement mis en œuvre. Dans le cas où ceux-ci impliqueraient un paiement direct aux médecins par les CPAM, celles-ci devront être consultées en amont de la contractualisation du dispositif entre ARS et médecins.

Les dotations régionales sont reconduites sans changement par rapport aux dotations déléguées en 2015. Une évaluation du dispositif de MCS et de son financement sera conduite durant l'année 2016, à la fois dans le cadre des bilans du Pacte territoire santé (PTS) et du rapport d'activité FIR qui seront réalisés cette année. Cette évaluation servira de base, le cas échéant, à une révision de la ventilation des crédits entre régions pour l'exercice 2017. C'est pourquoi j'appelle votre attention sur le soin particulier qui devra en conséquence être apporté au renseignement de ces deux documents.

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).

Le FIR doit également participer à la création par les établissements de santé volontaires de plateformes centralisées de gestion des commandes de transports, conformes au cahier des charges national. Les plateformes centralisées de gestion des transports ont vocation à faciliter et améliorer le retour à domicile en privilégiant le mode de transport le plus adapté à l'état du patient. Elles participent ainsi à une meilleure gestion des dépenses de transports tout en améliorant les conditions de travail des professionnels de santé hospitaliers.

Le fonds a plus globalement vocation à être utilisé 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 transformation et de

modernisation de leur offre de soins. Ces aides devront être allouées en contrepartie des efforts d'efficience 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.

Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail

Il convient de mobiliser le FIR pour mettre en œuvre les projets d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé qui vous apparaîtront nécessaires et pertinents. Par ailleurs, vous voudrez bien veiller à ce que les projets de restructurations comportent systématiquement un volet ressources humaines, à l'échelle territoriale qui est la plus opportune. Je vous invite notamment à soutenir le développement de démarches de gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences centrées sur les organisations de travail et visant à promouvoir la qualité de vie au travail. Vous porterez également une attention particulière aux dispositifs de prévention notamment des risques psychosociaux et contre les atteintes aux personnes et aux biens exercées en milieu de soins. Conformément aux objectifs ayant conduit à la création du FIR, les projets les plus innovants, notamment ceux associant plusieurs structures, sont à promouvoir.

Appel à projet « clusters d'établissements pour le déploiement de démarches qualité de vie au travail »

La qualité de vie au travail s'impose comme une nouvelle voie offrant des marges de manœuvre pour améliorer le bien-être des personnels, la qualité des soins et la performance des établissements de santé. Toutefois, les travaux de la Haute autorité de santé (HAS) et de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) sur ce sujet ont montré la difficulté pour transformer le concept en démarches concrètes et pour y mettre un contenu réel. C'est pourquoi, dans le cadre d'un appel à projet commun diffusé le 20 novembre 2015, la DGOS, la HAS et l'ANACT ont proposé aux ARS et aux ARACT de nouer un partenariat et de s'inscrire, au sein d'un territoire, dans une expérimentation sur la qualité de vie au travail avec des établissements des secteurs public et privé réunis autour de ce projet (cluster d'établissements). Au-delà de l'expérimentation de la démarche par les établissements, l'un des enjeux est de capitaliser sur des expériences, au niveau régional *via* notamment les ARS et les ARACT, et au niveau national *via* un pilotage assuré par la HAS, l'ANACT et la DGOS, en concertation avec les partenaires sociaux.

Efficiences 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 contrepartie de cet élargissement du périmètre de cette mission. À 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'efficience 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

La mise en œuvre des textes d'applications de la loi de modernisation du système de santé, portant tant sur la formation des représentants d'usagers du système de santé que sur la future création de l'union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, et de ses délégations territoriales, se fera progressivement au cours de l'année 2016. Une instruction vous précisera à la fin du premier semestre les modalités de financement envisagées.

ANNEXE 2

MODALITÉS DE GESTION DU FONDS DANS LE CADRE DU BUDGET ANNEXE

a) Établissement d'un budget annexe dédié au FIR

L'article 56 LFSS 2015 précise que l'ensemble des crédits du FIR sont désormais gérés dans le cadre d'un budget annexe dédié à compter du 1^{er} janvier 2016.

(i) Modalités d'élaboration du budget annexe FIR

Le budget annexe FIR est adopté dans les mêmes formes et calendrier que le budget « propre » de l'ARS. Il est exécutoire dès le 1^{er} janvier 2016 dans la limite des autorisations de dépenses votées.

Compte tenu du calendrier d'adoption de l'arrêté fixant le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du FIR, il a été procédé pour le budget annexe initial FIR 2016, sauf exception, à une notification à hauteur de 90% des crédits délégués pour 2015 par l'arrêté du 8 mai 2015. Cette notification identifie les crédits réservés à la prévention, d'une part, et à la prise en charge des personnes âgées et handicapées d'autre part.

Pour 2016, le budget annexe initial dédié au FIR de chaque agence, outre les 90% des crédits délégués en 2015, intègre en recettes le cas échéant :

- les appels de fonds auprès des CPAM correspondant au dénouement des provisions relatives aux actions du FIR constatées au 31 décembre 2015 ;
- 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).

Les dotations de l'année 2016 seront ensuite notifiées sur la base des crédits délégués par l'arrêté fixant le montant du FIR pour l'année 2016 et seront intégrées en recettes et en dépenses dans le cadre d'un budget rectificatif.

(ii) Formalisation du budget annexe FIR

Comme le budget principal, le budget annexe FIR s'inscrit dans le cadre posé par la circulaire relative à la gestion budgétaire et comptable publique des opérateurs de l'Etat du 20 août 2015. À compter de 2016, et dans le cadre de la mise en œuvre du décret GBCP pour les opérateurs de l'Etat, la présentation du budget se fait en AE et CP.

Cependant, compte tenu de la spécificité du budget annexe ne retraçant que deux enveloppes : intervention et fonctionnement (pour les dépenses de fonctionnement directement rattachables aux dépenses d'intervention), le cadre de présentation a été allégé.

Cette présentation comprend :

- 2 tableaux soumis au vote de l'organe délibérant :
 - tableau présentant les autorisations budgétaires (AE/CP en dépenses, CP en recettes) ;
 - compte de résultat prévisionnel ;
- 2 tableaux pour information :
 - plan de trésorerie ;
 - tableau présentant les dépenses par destinations.

(iii) Vote du budget annexe FIR par l'organe délibérant

Le vote du conseil de surveillance de l'ARS s'effectue pour chacune des deux enveloppes d'intervention et de fonctionnement. Une présentation des budgets au niveau des cinq missions du FIR telles que prévues par la loi (article L. 1435-8 CSP) leur est toutefois faite.

b) Modalités d'allocation des ressources *via* HAPI (Harmonisation et partage d'information) et d'engagement de la dépense et articulation avec SIBC (système d'information budgétaire et comptable) des ARS.

Le 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 2016, comme en 2014 et 2015, 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.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les agences gèrent comptablement l'ensemble du FIR. L'applicatif SIBC, déployé dans la totalité des agences et utilisé pour le suivi budgétaire et comptable du budget propre des ARS, a donc été adapté pour accueillir les données du budget annexe FIR. A la demande des agences, et compte tenu des recouvrements en termes de données saisies entre HAPI et SIBC, des interfaces ont été développées depuis HAPI vers SIBC. Elles sont opérationnelles et déployées dans les agences.

La décision attributive de financement, qui fixe le montant des sommes à verser, est adressée au bénéficiaire.

(i) Sur le processus d'engagement et de paiement de la dépense

La saisie dans les SI des engagements suivent deux schémas distincts :

- les engagements liés à des dépenses d'intervention et les engagements saisis *a posteriori* sur la base des paiements réellement consentis par les CPAM (sur la PDSA notamment) sont saisis dans HAPI. Les données saisies relatives à ces engagements sont transmises automatiquement et en temps réel dans SIBC ;
- les engagements liés à des dépenses de fonctionnement sont saisis dans SIBC.

Quel que soit l'outil initial de saisie des engagements (HAPI ou SIBC), les contrôles sur les fonds disponibles se font automatiquement dans SIBC. Il n'est donc pas possible de saisir dans HAPI ou dans SIBC un engagement qui dépasserait l'enveloppe allouée et saisie dans l'outil budgétaire et comptable.

La saisie dans les SI des ordres de paiement s'effectue selon des schémas similaires aux engagements :

- concernant les dépenses d'intervention et les remboursements des CPAM, les services faits et les ordres de paiement sont saisis dans HAPI et automatiquement transmis, en temps réel, à SIBC. Le paiement est effectué par l'ARS grâce au SIBC ;
- concernant les dépenses de fonctionnement, l'ensemble de la chaîne de paiement est opérée dans SIBC.

(ii) Sur le reporting lié aux engagements

En 2016, l'ensemble des engagements de la dépense FIR de toutes les agences seront donc inscrits dans SIBC, permettant un reporting couvrant l'ensemble du périmètre du fonds.

Néanmoins, à l'image des pratiques des années précédentes, il est fortement recommandé de saisir dans HAPI l'ensemble des engagements du FIR. Ceci implique de saisir dans HAPI des extractions de SIBC sur les engagements liés à l'enveloppe de fonctionnement du FIR (sous forme d'agrégats, sans transmission *via* l'interface). Une telle rétro-saisie permettra de consolider la vue globale du FIR dans l'outil d'allocation de ressources.

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

Les ARS assurent désormais le paiement de l'ensemble des dépenses à l'exception de celles payables directement aux professionnels de santé qui restent confiées aux CPAM/CGSS. Les dispositifs directement payés par les organismes d'assurance maladie seront les suivants :

1^o Les rémunérations forfaitaires relatives à la permanence des soins ambulatoires mentionnée à l'article L.6314-1 et aux articles de R.6315-1 à R.6315-6 du code de la santé publique ainsi que, pour les agences régionales de santé se portant volontaires et autorisées par arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, les actes relatifs à cette mission.

2^o Les rémunérations forfaitaires relatives à la permanence des soins mentionnée à l'article R.6112-28 du code de la santé publique lorsqu'elle est organisée par des établissements de santé privés.

3^o Les contrats de praticien territorial de médecine général mentionné à l'article L.1435-4-2 et aux articles de R.1435-9-1 à R.1435-9-6 du code de la santé publique.

4^o Les contrats de praticien territorial de médecine ambulatoire mentionné à l'article L.1435-4-3 du code de la santé publique.

5° Les contrats de praticiens isolés à activité saisonnière mentionnés à l'article L. 1435-4-4 du code de la santé publique.

6° Les forfaits des médecins correspondants du SAMU mentionnés à l'article R. 6123-28 du code de la santé publique et à l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU).

7° Les actes et forfaits relatifs aux expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine mentionnées à l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

8° Les plans personnalisés de santé relevant, dans le cadre de projets pilotes de nouveaux modes de tarification et d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, mentionnées à l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité pour 2013.

Pour ces dépenses, les CPAM effectuent les paiements chaque mois et se font rembourser par l'ARS le mois suivant.

Une convention de mandat a été signée entre chaque CPAM du ressort territorial de l'ARS et l'ARS afin de permettre le paiement de ces paiements par les CPAM pour le compte des ARS. Cette convention de mandat précise notamment les pièces-justificatives à fournir par les CPAM et les délais de conservation de ces pièces. Elle précise également la date d'envoi de ces pièces à l'ARS, avant le 10 du mois $N + 1$ pour permettre un remboursement aux CPAM le 14 du même mois des dépenses du mois précédent. Elle fera l'objet d'un avenant type pour préciser les modalités de conservations et de contrôle des pièces justificatives de la dépense.

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 n° DGOS/R3-R5/2011 du 16 décembre 2011 et n° DSS/1B/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 applicables.

d) Précisions sur le traitement comptable des provisions relatives aux dispositifs financés par le FIR constituées au 31 décembre 2015 et les conséquences pour les ARS

Pour conserver une cohérence comptable du compte FIR 2015, les provisions relatives aux actions du FIR constatées au 31 décembre 2015 resteront inscrites dans les comptes de l'assurance maladie.

En conséquence, pour les ARS, ces dépenses et recettes donneront exclusivement lieu à un traitement budgétaire. Les provisions constatées au 31 décembre 2015 ne sont donc pas à reprendre en bilan d'entrée 2016 des ARS.

La prise en compte prévisionnelle du dénouement des provisions constatées au 31 décembre 2015:

- est neutre sur les AE, ces dernières ayant été consommées au moment de la signature de l'engagement juridique;
- a un impact en dépenses sur les besoins de CP (prévisions de décaissement) qui doivent donc être actualisés lors du prochain budget rectificatif au regard du montant arrêté conjointement avec l'assurance maladie au 31 décembre 2015;
- a un impact en recettes sur les CP (prévisions d'encaissement) puisque le besoin de CP consécutif au dénouement des provisions sera couvert par des recettes encaissées par appel de fonds auprès des caisses locales d'assurance maladie. Par convention, lors du prochain budget rectificatif, la prévision de recettes doit être strictement équivalente au montant des CP inscrits à ce titre en dépenses.

Dans le compte de résultat prévisionnel, le montant correspondant aux provisions constatées au 31 décembre 2015 devra être actualisé lors du prochain budget rectificatif en charges (classe 6) et en recettes (classe 7). Ces recettes seront à inscrire sur le compte 7 588 autres produits de gestion courante.

En gestion, l'impact du dénouement des provisions:

- a un impact en recettes et sur les CP (prévisions d'encaissement) puisque le besoin de CP consécutif au dénouement des provisions sera couvert par des recettes encaissées par appel de fonds auprès des caisses locales d'assurance maladie. Par convention, lors du prochain budget rectificatif, la prévision de recettes doit être strictement équivalente au montant des CP inscrits à ce titre en dépenses;
- génère en dépenses un mouvement sur un compte c/65xxx9 pour constater la charge sur exercice antérieur correspondant au dénouement de la provision et à rattacher à la destination correspondant au dispositif concerné;

– génère en recettes le constat d'un produit en compte 7 588 «autres produits de gestion courante»

Pour établir la consolidation du compte FIR, qui comprend également un bilan et une annexe, la CNAMTS fournira pour la clôture l'état du compte 15 qui permettra de suivre le stock des provisions constituées avant le 1^{er} janvier 2016.

L'instruction n° SG/DFAS/DSS/2015/334 du 6 novembre 2015 relative à la clôture des comptes de l'exercice 2015 du FIR et à la création au sein des ARS du budget annexe dédié à la gestion du fonds, a été modifiée en ce sens. Cette modification n'empêche aucunement le processus d'appels de fonds auprès des caisses locales de l'assurance maladie afin de couvrir le dénouement des charges provisionnées au 31 décembre 2015 pour des dispositifs payables par l'ARS en 2016 (c'est à dire tous les dispositifs à l'exception de ceux payables directement aux professionnels de santé).

e) 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.

f) 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.

g) 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 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 2016.

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, *via* l'application dédiée.

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.

h) Le suivi des dépenses et le reporting financier

a) Les échanges d'informations comptables entre ARS et CPAM en 2016

Le suivi financier du FIR étant désormais assuré dans le budget annexe dédié des ARS, seules les dépenses qui continuent à être portées par les CPAM feront l'objet d'échanges d'informations entre les ARS et les CPAM.

C'est la convention de mandat signé entre les deux qui précise la liste des pièces à fournir pour permettre à l'ARS de rembourser les dépenses prises en charge par les CPAM. Ces pièces sont les pièces justificatives qui ont permis aux CPAM de prendre en charge la dépense et une attestation de leur agent comptable précisant que les paiements ont bien été effectués.

b) Les modalités de suivi infra-annuel des dépenses en 2016

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'applicatif HAPI qui permettra de retracer pour toutes les ARS les dépenses du FIR (en engagements et en mises en paiement) ;
- le suivi budgétaire et comptable *via* l'applicatif SIBC qui permet également le suivi des dépenses.

Concernant les dépenses toujours payées par l'assurance maladie, les montants saisis dans HAPI et SIBC sont issus des informations mensuelles comptables transmises par les CPAM pour remboursement.

c) Le reporting financier ex-post

(i) 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 ajusté au périmètre 2013 ont été validées en CNP du 7 mars 2014 (visa CNP 2014-45) en vue du bilan à établir par les ARS d'ici le 31 mai 2014 au titre de 2013.

(ii) 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.

ANNEXE 3

RÉPARTITION PAR AGENCES DES CRÉDITS DÉLÉGUÉS

| ARS | CRÉDITS DÉLÉGUÉS |
|---|------------------|
| Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine | 305 796 440 |
| Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes | 292 999 225 |
| Auvergne - Rhône-Alpes | 369 952 170 |
| Bourgogne - Franche-Comté | 151 158 989 |
| Bretagne | 146 940 422 |
| Centre-Val de Loire | 114 022 212 |
| Corse | 18 366 338 |
| Île-de-France | 533 903 148 |
| Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées | 270 990 638 |
| Nord-Pas-de-Calais - Picardie | 285 119 316 |
| Normandie | 165 686 111 |
| Pays de la Loire | 170 142 974 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 236 158 098 |
| Guadeloupe | 42 633 279 |
| Guyane | 30 014 511 |
| Martinique | 45 913 763 |
| Océan Indien | 74 116 394 |
| Total | 3 253 914 029 |