

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Secrétariat général des ministères
chargés des affaires sociales

Circulaire SG n° 2013-195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013

NOR : AFSZ1312184C

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 15 mars 2013. – Visa CNP 2013-67.

Résumé : cette circulaire précise les missions financées par le FIR, les orientations nationales pour 2013, 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 : action sociale, santé, sécurité sociale – FIR – fongibilité – permanence des soins ambulatoires – PDSSES – 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 – FIQCS-FMESPP – fonds de prévention de l'assurance maladie; circuits de liquidation et de paiement.

Références :

Article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 créant les articles L. 1435-8 à L. 1435-11 du code de la santé publique;

Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé (articles R. 1435-16 à R. 1435-36 du code de la santé publique);

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 3 mars 2013 en cours de publication fixant pour l'année 2013 le montant des dotations des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional des ARS;

Arrêté du 3 mars 2013 en cours de publication fixant le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR pour l'année 2013;

Arrêté en cours de publication déterminant, en application du 2° de l'article R. 1435-18 du code de la santé publique, 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;

Circulaire DGOS/RH3/MEIMS n° 2012-228 du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012;

Circulaire DGOS/R1 n° 2013-144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé;

Instruction DGOS/R3-R5 n° 2011-501 du 16 décembre 2011 relative aux modalités d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES);

Instruction DSS/1B n° 2012-60 du 27 janvier 2012 portant sur le circuit de liquidation et de paiement des forfaits de régulation et d'astreintes de permanence des soins ambulatoires.

Annexes :

- Annexe I. – Document type de demande d'appel de fonds auprès de la CNAMTS.
- Annexe II. – Répartition par région des mises en réserves opérées sur le FIR.
- Annexe III. – EPRD type.
- Annexe IV. – Modèle de décision attributive de financement au titre des missions du FIR.
- Annexe V. – Modèle possible de décision attributive de financement au titre des missions du FIR.
- Annexe VI. – Attestation de contrôle de service fait et ordre de paiement.

*La ministre des affaires sociales et de la santé 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. Le FIR s'inscrit donc pleinement dans les objectifs de la stratégie nationale de santé.

À sa création en 2012, il regroupait au sein d'une même enveloppe globale des crédits antérieurement fléchés qui répondaient à des objectifs complémentaires de politique de santé comme la permanence des soins, l'amélioration de la coordination des soins et des prises en charge, ou les actions de prévention-santé publique.

En 2013, cette dynamique est confortée par un élargissement important des missions et des crédits alloués au FIR. Le périmètre du fonds est complété des aides à la contractualisation destinées à favoriser la performance et les restructurations hospitalières, de certaines missions d'intérêt général dont l'objectif est de favoriser une approche transversale des prises en charge et des crédits en faveur de l'amélioration des parcours des personnes âgées (dans ce cadre, une enveloppe spécifique est dédiée aux prototypes PAERPA), ainsi que des crédits GEM, MAIA. Le FIR comporte donc à la fois des crédits d'assurance maladie, des crédits de l'État, ainsi que des crédits médico-sociaux au service d'une même politique régionale.

Le fonds, ainsi conforté, doit permettre aux ARS d'améliorer la performance du système de santé et d'optimiser la dépense. En ce sens, il repose sur une logique de résultats mesurés dans le cadre d'un reporting organisé plutôt que sur une logique de moyens sur des lignes fléchées.

Cette extension des missions du FIR doit vous permettre de disposer des marges de manœuvres plus importantes pour la conduite de vos opérations quotidiennes. Elle s'inscrit dans le cadre d'un respect absolu de l'ONDAM dont les ARS sont des acteurs essentiels. Les autres mesures visant au respect de cet objectif comme les gels ou retenues de délégation hors gels pourront, le cas échéant, être également mobilisées.

La présente circulaire a pour objet de préciser :

- les missions financées par le FIR ;
- les orientations nationales pour 2013 ;
- les ressources du FIR et les dotations régionales en 2013 ;
- les règles générales d'attribution et de gestion des crédits par les ARS ;
- les modalités de suivi des dépenses et de reporting financier ;
- l'évaluation qualitative des missions financées par le FIR.

I. – LES MISSIONS FINANÇÉES PAR LE FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL

Les textes législatifs et réglementaires¹ précisent les actions, expérimentations ou structures qui sont susceptibles d'être financées par le FIR.

(1) Articles L. 1435-8 et R. 1435-16 à R. 1435-22 du CSP.

Pour rappel, en 2012, le FIR comprenait les crédits suivants :

PÉRIMÈTRE	CRÉDITS
Enveloppe 2012	PDSA
	PDSSES
	FIQCS régional
	FMESPP (hors invest informatiques et immobiliers)
	Programme 204 État
	Fonds de prévention AM
	MIG CDAG
	MIG centres périnataux
	MIG éducation thérapeutique

Des crédits ont également été intégrés en 2012 au titre des contreparties financières prévues aux contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins signés avec les transporteurs sanitaires (« CACQS VSL »).

En 2013, en sus des crédits déjà intégrés en 2012, le FIR est complété en abondement des crédits suivants :

CRÉDITS
AC issues des marges de manœuvre régionales hors crédits H 2007/H 2012 et aides nationales spécifiques
MIG emplois de psychologues ou assistants sociaux hors plan cancer
MIG équipes mobiles de soins palliatifs
MIG équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques
MIG relatifs aux structures de prises en charge des adolescents
MIG équipes de liaison en addictologie
MIG COREVIH
MIG actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie
MIG télé santé
GEM
MIG équipes mobiles de gériatrie
MIG consultations mémoires
MAIA (CSA hors OGD et FIQCS)
Démocratie sanitaire
Crédits de prévention assurance maladie complémentaires (hors FNPEIS)
PAERPA

II. – LES ORIENTATIONS NATIONALES POUR 2013

Le FIR est destiné à vous donner une plus grande souplesse de gestion financière. Ainsi l'attribution des crédits qui vous sont alloués au titre du FIR est laissée à votre appréciation, sous réserve du respect du principe de fongibilité asymétrique et du fléchage des crédits dédiés aux prototypes PAERPA (*cf. infra*). Vous disposez ainsi de la latitude nécessaire à la réallocation de ces crédits selon vos priorités régionales, ceci sous condition de satisfaire aux exigences de reporting organisées.

Les principes d'allocation définis 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) demeurent applicables à l'ensemble des MIGAC financées au titre du FIR. En effet, ces guides rappellent les principes qui doivent être suivis pour tout financement public dans le domaine de la santé, afin de respecter le droit communautaire.

En particulier, les modélisations de financement appliquées à certaines dotations (les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie) ainsi que les référentiels qui en

déterminent d'autres (les COREVIH ou les équipes mobiles de gériatrie) devront être respectés, dès lors que les crédits FIR sont affectés au financement des actions, missions ou structures auxquelles ces modélisations et référentiels s'appliquent.

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.

Ces orientations sont les suivantes :

a) La permanence des soins

i. La permanence des soins en établissement de santé

Il vous est demandé de poursuivre la mise en œuvre en 2013 des schémas cibles d'organisation territoriale de la mission de service public de PDSSES.

Il est à noter la création, dans le plan comptable du FIR, d'une ligne : « PDSSES en établissements privés – hors médecins libéraux », pour permettre une meilleure traçabilité de l'utilisation des crédits destinés :

- au financement des lignes de gardes et d'astreintes au titre de la PDSSES des médecins salariés dans les cliniques privées ;
- pour les régions concernées, au financement des établissements ex-POSU (plateaux techniques hautement spécialisés d'accès direct dans le cadre du réseau des urgences), dont la dotation historique est intégrée dans le FIR.

Pour les régions concernées, il est précisé que le service de santé des armées perçoit une dotation MIG au titre de la PDSSES, qui n'a pas été intégrée au sein du FIR compte-tenu de sa gestion nationale, mais que, en revanche, les hôpitaux militaires ont vocation à intégrer, en tant que de besoin, les schémas cibles régionaux.

Par ailleurs et pour rappel, eu égard aux articles L.6112-1 et L.6112-2 du code de la santé publique, l'éligibilité d'une structure à ces crédits est subordonnée à l'attribution d'une mission de service public (telle que définie dans le cadre du décret du 24 avril 2012 relatif à l'attribution des missions de service public).

ii. La permanence des soins ambulatoires

En ce qui concerne la permanence des soins en médecine ambulatoire, il vous appartient de veiller à la bonne mise en œuvre de votre cahier des charges régional, conformément aux dispositions du code de la santé publique (articles R.6315-1 et suivants). Il vous est demandé de procéder à l'évaluation de l'organisation de votre dispositif de PDSA, et de son impact sur l'ensemble des coûts de PDSA, tout particulièrement en termes de dépenses forfaitaires et de dépenses d'activité.

b) La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins

Dans le cadre de la promotion de la performance hospitalière, il vous est demandé d'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 quatre mesures suivantes :

- l'appui aux démarches de fiabilisation et certification des comptes, notamment pour les établissements dont les comptes de 2014 seront certifiés ;
- le soutien au déploiement du programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables) par la création et/ou le renforcement de groupements de commandes et par la mise en place de plan d'actions d'achat annuel porté par un responsable achats unique ;
- le déploiement de la comptabilité analytique ;
- le déploiement et la généralisation du projet FIDES de facturation directe auprès des CPAM.

La dotation régionale au titre du FIR pourra également être utilisée de manière subsidiaire pour soutenir de nouveaux projets de coopération, sous forme de GCS ou de CHT, en complément de l'accompagnement des projets assuré par les équipes de l'ARS. Une attention particulière devra être portée à l'organisation de l'évaluation des projets et à la production d'un rapport d'activité.

c) L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé

Concernant l'accompagnement social des restructurations, votre attention est appelée sur l'importance de veiller à ce que les projets de restructuration comportent systématiquement un

volet ressources humaines. En effet, ces opérations, qui revêtent une complexité toute particulière et impliquent des changements pouvant être choisis, mais aussi parfois subis par les agents, nécessitent dans les deux cas un accompagnement spécifique. L'accompagnement social pourra utilement privilégier les aides individuelles visant au maintien de l'emploi (aides à la mobilité, aides à la reconversion professionnelle) au sein de l'établissement, mais également sur une échelle territoriale ou régionale. Cet accompagnement s'appuiera sur les démarches de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) en cours ou à développer (cf. l'annexe III de la circulaire DGOS du 8 juin 2012 précitée). Cette démarche est déterminante pour la conduite et la réussite des opérations. Elle permet en effet de définir la durée optimale des opérations de modernisation eu égard aux caractéristiques des personnels concernés (démographie, taux de rotation des effectifs, évolution des qualifications...), ainsi que la nature des mesures à mettre en œuvre. Lorsque l'opération revêt une certaine importance et concerne un nombre significatif d'agents (plus d'une vingtaine), il peut être conseillé de créer une CLASMO spécifique pour accompagner les personnels dans de bonnes conditions.

Concernant les CLACT, ceux-ci peuvent s'inscrire dans deux grands axes : d'une part, le soutien aux projets de prévention des risques psychosociaux dans le cadre de la politique nationale de sensibilisation (instruction DGOS/RH3 n° 2012-300 du 31 juillet 2012 relative à l'appel à candidatures auprès des agences régionales de santé pour l'accompagnement de projets sur l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux dans les établissements publics ou privés de santé); d'autre part, le soutien aux projets innovants, notamment ceux pouvant associer plusieurs structures ou établissements. Cet axe devra permettre de démultiplier l'impact des actions d'amélioration des conditions de travail en encourageant les actions collectives et en exploitant les possibilités de coopérations locales ou régionales.

Dans ce cadre, trois types d'actions peuvent être priorisés :

- le développement d'une politique de prévention active des risques psychosociaux (RPS) et des troubles musculo-squelettiques (TMS). Plusieurs types d'actions pourront être retenus, parmi lesquelles le diagnostic des RPS (recensement des facteurs de risques propres à l'établissement, identification des leviers d'action au regard de la singularité du contexte...) et l'accompagnement à la mise en œuvre d'un plan d'actions préventif (apport d'outils méthodologiques et d'appuis opérationnels...). Les actions à privilégier seront ciblées sur le repérage et la prévention des facteurs de RPS et organisationnels afin d'améliorer les relations et les conditions de travail dans les unités et les pôles de travail. Les actions pourront se combiner entre elles pour intégrer un plan large de prévention du risque psychosocial. Il pourra notamment être fait appel à des prestations d'assistance-conseil, d'audits, de formation-action en ergonomie, en psychologie du travail ainsi qu'à des actions d'ingénierie;
- la mise en place de processus expérimentaux d'organisation susceptibles d'améliorer les rythmes de travail et les relations de travail. Les actions à privilégier devront contribuer à améliorer les rythmes d'activité et les relations professionnelles dans les unités et les pôles de travail (aménagement des rythmes de travail et des postes de travail, amélioration de la qualité de vie au travail...);
- l'accompagnement des mobilités fonctionnelles et professionnelles. S'appuyant sur une analyse des compétences détenues et requises, les actions à conduire en priorité en ce domaine porteront, d'une part, sur le soutien aux mobilités fonctionnelles et aux reconversions internes (accompagnement des agents vers une seconde partie de carrière) et, d'autre part, sur le maintien et le retour dans l'emploi.

d) L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins

i. Structures d'exercice coordonné

Afin de favoriser un exercice pluriprofessionnel et regrouper des professionnels de santé, il est recommandé :

- de poursuivre le soutien au développement des maisons de santé, notamment dans les régions où l'offre de soins est fragilisée et en particulier dans les zones rurales et les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Les modalités d'accompagnement financier préconisées dans le cadre du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural¹ continuent de s'appliquer, pour la dernière année, en 2013;

(1) Circulaire n° EATV1018866C du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.

- de conforter les centres de santé dans les zones fragiles, et notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, dans le cadre de la mise en œuvre de l'engagement du « pacte territoire-santé » annoncé par la ministre des affaires sociales et de la santé le 13 décembre 2012.

Ce soutien aux structures d'exercice coordonné pourra également s'appuyer sur le dispositif d'appui par des facilitateurs prévu par l'instruction DGOS/SG-CIV/PF3 n° 2012-351 du 28 septembre 2012.

La dotation régionale au titre du FIR a été calculée de façon à prendre en compte le financement de l'expérimentation sur le système d'information des maisons et centres de santé pour les quatre régions n'ayant pas bénéficié de ces crédits en 2012.

ii. Réseaux de santé

Afin de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, il vous est recommandé :

- de poursuivre les évolutions relatives à l'organisation et au positionnement des réseaux de santé territoriaux dans l'offre de soins afin de renforcer leur efficacité ainsi que leur contribution à la coordination des soins en appui des professionnels de premiers recours. Ces évolutions, en cohérence avec les travaux en cours sur les parcours de soins, s'appuieront sur les orientations du guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? »¹. Elles devront se traduire par la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec chaque réseau, garant d'une plus grande lisibilité de leurs missions (coordination, formation, expertise, éducation thérapeutique, etc.) et de leur articulation avec les autres acteurs du territoire. Ces évolutions s'appuieront enfin sur un dispositif d'évaluation du service rendu par les réseaux². À noter que ces préconisations n'ont pas vocation à être appliquées aux réseaux régionaux (périnatalité, cancérologie), qui font actuellement l'objet de travaux spécifiques sur la définition de leurs missions et de leur modèle de financement ;
- de réserver le financement de prestations dérogatoires aux seuls professionnels dont les actes ne sont pas pris en charge à ce jour par l'assurance maladie du fait de la non-identification de l'acte dans la nomenclature ou de l'absence de convention avec l'assurance maladie.

iii. Télémédecine

En ce qui concerne la télémédecine, essentiellement déployée jusqu'à présent dans le secteur hospitalier, il convient désormais de soutenir les projets impliquant le secteur ambulatoire. Le « pacte territoire-santé » pour lutter contre les déserts médicaux comporte d'ailleurs un engagement relatif au développement de la télémédecine au service des professionnels de santé s'installant dans les zones isolées.

C'est dans ce cadre que, au second semestre 2013, une expérimentation va être lancée au niveau national sur la base d'un appel à candidatures auprès des ARS de projets de télémédecine s'inscrivant dans le secteur ambulatoire. 15 M€ seront ainsi attribués ultérieurement aux ARS concernées par les projets ainsi sélectionnés.

C'est également dans cette optique que l'enveloppe FIR, consacrée à la télémédecine en 2013, est répartie entre les régions en fonction non seulement de leur population, mais également de la proportion de celle-ci se trouvant dans des zones déficitaires en matière d'offre de soins.

Par ailleurs, cette enveloppe a été augmentée en 2013 par transfert vers le FIR d'enveloppes hospitalières (MIG « télésanté » et AC « SI coopération »).

Il est rappelé que, dans l'attente d'une consolidation des modalités de tarification des actes de télémédecine visés au décret du 19 octobre 2010, le FIR peut être mobilisé pour 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.

(1) Instruction DGOS/PF3 n° 2012-349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la condition des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ».

(2) Instruction DGOS/PF3/CNAMTS n° 2012-393 du 21 novembre 2012 relative à la mise en œuvre d'une méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé.

iv. Médecins correspondants de SAMU

L'accès à des soins urgents en moins de trente minutes est l'une des priorités du Gouvernement. La ministre a rappelé que seules des solutions médicales devaient être prises en compte, et parmi elles 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.

Il vous est demandé 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. Un groupe de travail piloté par la DGOS est en place et des orientations pour la mise en place de ce dispositif vous seront adressées à la fin du premier trimestre.

Dans l'intervalle, des crédits sont délégués dans le FIR, ce qui permet le financement des acteurs contribuant au dispositif (MCS, le cas échéant, réseau de MCS, établissement de santé siège du SAMU).

Une première tranche de crédit est ainsi déléguée afin de soutenir les ARS qui sont d'ores et déjà engagées dans des projets de déploiement de MCS, ainsi que celles dont la population située à plus de trente minutes d'un SMUR ou d'un SU est supérieure à 100 000 habitants (selon les données DREES 2012).

Il s'agit d'une première tranche de délégation de crédits, le complément sera délégué au deuxième semestre en fonction des projets effectivement engagés au cours de l'année 2013, selon des modalités à préciser.

v. Accords d'améliorations des pratiques hospitalières

Les sommes intégrées au sein de la dotation FIR 2013 sont calculées au prorata des économies réalisées en matière de bon usage des antibiotiques et de transports sanitaires.

Elles visent à couvrir le solde des anciens contrats qui n'ont pu être couverts par les crédits délégués en 2012, d'une part, et, d'autre part, les contrats arrivant à échéance en 2012.

vi. Coordination du dépistage néonatal de la surdité

L'arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale pose le principe d'un « examen de repérage des troubles de l'audition, proposé systématiquement, avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ». S'il n'a pu être réalisé dans la période néonatale, cet examen est proposé avant les trois mois de l'enfant, afin de permettre, le cas échéant, une prise en charge précoce. Ce dépistage ne donne pas lieu à une participation de l'assuré.

Il vous est demandé de mettre en œuvre cette mesure sur la base du cahier des charges national prévu par l'arrêté du 23 avril 2012, actuellement en cours d'élaboration.

En 2013, outre la majoration des tarifs de séjours de nouveau-nés réalisée pour financer la mise en œuvre par les établissements de ce dépistage généralisé, des crédits à hauteur de 1,8 M€ sont intégrés dans le FIR pour financer les frais de coordination du dépistage. Il vous revient d'identifier et de financer l'opérateur le plus pertinent qui sera chargé de l'évaluation/contrôle de la mise en œuvre du dépistage. Le cahier des charges susmentionné précisera les modalités d'attribution des crédits (ex. : formation des professionnels, contrôle de l'exhaustivité, orientation de l'enfant dépisté positif en vue d'une confirmation de diagnostic et de prise en charge...). Cet opérateur peut être un réseau de périnatalité ou une association (ARDPHE).

vii. Maison des adolescents (MDA)

Les maisons des adolescents sont des structures d'accueil et d'accompagnement des adolescents en difficulté. Elles leur fournissent des réponses rapides et adaptées en mobilisant les acteurs du territoire concernés, auxquels elles ne se substituent pas. Le FIR participe au financement du fonctionnement de ces structures. Sont éligibles les établissements respectant les critères du cahier des charges des maisons des adolescents et ayant été retenus suite aux appels à projets régionaux lancés par les ARS. La présente circulaire prend en compte, au-delà des MDA financées les années antérieures, le financement du projet de maison des adolescents du Cher à hauteur de 156 000 € destiné au centre hospitalier Jacques-Cœur de Bourges (18020).

viii. Équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)

Une équipe de liaison et de soins en addictologie est une structure identifiée dans le dispositif de prise en charge des addictions (circulaire DHOS/O2 n° 299 du 28 septembre 2008 relative à la filière

hospitalière de soins en addictologie). Elle doit être pluridisciplinaire et composée de professionnels ayant reçu une formation spécifique. Afin d'objectiver le choix des établissements attributaires du FIR pour le financement d'une ELSA, les critères d'éligibilité définis sont: établissements de santé autorisés en médecin d'urgence et/ou établissements impliqués dans la filière de prise en charge des addictions.

Le choix des opérateurs éligibles devra se baser notamment sur l'institution (ou non) par ces opérateurs de partenariats intra et extrahospitaliers avec:

- l'ensemble des équipes soignantes (sensibilisation, formation en réunions ou au lit des patients) et notamment dans les services de gastro-entérologie, neurologie, infectiologie, médecine interne, obstétrique et psychiatrie;
- les équipes de psychiatrie de liaison;
- les services de consultations externes;
- les services sociaux auprès des malades et les PASS;
- les pharmacies de l'hôpital et de la ville;
- les centres de soins spécialisés en ville (CSST, CCAA...);
- les médecins et les sages-femmes libéraux;
- les services de médecine préventive et du travail, les services du conseil général (PMI et ASE) et les centres de santé.

La place de l'équipe de liaison devra être particulièrement renforcée auprès:

- des buveurs excessifs: doivent être organisées des consultations en interne;
- du service d'urgence: l'équipe de liaison aura pour rôle de sensibiliser et de former les équipes des urgences pour les aider dans l'accueil, le dépistage, les moyens thérapeutiques disponibles, mais aussi l'identification des problèmes sociaux. En outre, elle participera à l'élaboration de protocoles de prise en charge suivant les situations cliniques;
- de la maternité: l'équipe de liaison en addictologie aura pour rôle de former et informer les équipes de maternité et de néonatalogie, d'œuvrer au rapprochement des équipes hospitalières, de rencontrer le personnel d'accueil de la consultation de maternité, et de coordonner les différents professionnels médico-psycho-sociaux des services de maternité de néonatalogie, de médecine des centres de soins spécialisés, du secteur de protection maternelle et infantile et de la petite enfance, les professionnels libéraux (médecins généralistes, obstétriciens, sages-femmes) des centres d'hébergement en ville.

À noter, par ailleurs, que le calibrage type de ces équipes est défini dans le guide MIG mentionné *supra*.

ix. Équipe mobile de gériatrie

L'équipe mobile de gériatrie permet de dispenser un avis et une expertise gériatriques à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée. L'équipe mobile de gériatrie intervient à la demande des services d'urgences et de l'ensemble des services de l'hôpital. Elle joue un rôle important dans l'évaluation des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et dans la formation des personnels à la spécificité de la prise en charge de la personne âgée.

Dans l'allocation des crédits FIR pour l'année 2013, devra être priorisé le financement des équipes intervenant dans des structures externes (EHPAD) et participant à la prise en charge oncogériatrique organisée par les unités de coordination en oncogériatrie (UCOG).

À noter par ailleurs que le calibrage type de ces équipes est défini dans le guide MIG mentionné *supra*.

x. Équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et équipes ressources régionales en soins palliatifs pédiatriques

Les EMSP ont été renforcées par le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 pour accompagner les équipes de soins confrontées à des décisions complexes et à des prises en charge délicates d'un point de vue éthique et contribuer à la diffusion de la culture palliative, grâce à leurs interventions auprès des services et aux actions de formation qu'elles réalisent, non seulement au sein des établissements de santé, mais également des établissements médico-sociaux.

Concernant les équipes ressources régionales en soins palliatifs pédiatriques (ERRSP), celles-ci sont rattachées à des établissements de santé. Leur objectif principal est d'intégrer la démarche palliative dans la pratique de l'ensemble des professionnels de santé confrontés à la fin de vie en pédiatrie.

À l'instar des EMSP et sur la base du même référentiel (situé en annexe II de la circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs), les ERRSPP exercent un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes. Elles apportent leur expertise en matière de prise en charge des nouveau-nés, enfants et adolescents et de leurs proches ainsi qu'en matière de gestion des symptômes en collaboration avec les équipes référentes. Les ERRSPP interviennent à l'échelle régionale et exercent une activité inter et extrahospitalière, incluant les structures médico-sociales et les interventions à domicile.

En ce sens, dans le cadre de l'allocation des crédits FIR pour l'année 2013, la contractualisation avec les opérateurs devra inclure la nécessaire intervention des équipes intervenant « hors établissements ».

Eu égard aux articles L.6112-1 et L.6112-2 du code de la santé publique, l'éligibilité d'une structure à ces crédits est subordonnée à l'attribution d'une mission de service public (telle que définie dans le cadre du décret du 24 avril 2012 relatif à l'attribution des missions de service public) pour ce qui concerne les EMSP répondant à l'annexe II de la circulaire du 25 mars 2008, ce qui n'est pas le cas pour les ERRSPP.

À noter, par ailleurs, que le rapport final du programme 2008-2012 sera rendu en juin 2013 et devra permettre d'identifier si certaines disparités sont encore notables en termes de maillage territorial et d'éclairer l'apport des EMSP en termes de diffusion de la culture palliative au sein des établissements de santé et des EHPAD.

Le calibrage type de ces équipes est défini dans le guide MIG mentionné *supra*.

xi. Actions de qualité transversale des pratiques de soins en oncologie

Ces crédits ont vocation à financer l'accès pour tous les patients atteints de cancer au dispositif d'annonce, à la pluridisciplinarité et aux soins de support au sein de tous les établissements de santé autorisés aux pratiques de traitement du cancer suivantes : chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie.

Les actions financées au titre de cette mission sont les suivantes :

- le développement des dispositifs d'annonce ;
- les réunions de coordination pluridisciplinaire ;
- les soins de supports.

La répartition interrégionale des crédits est calculée sur la base d'un modèle défini dans le guide MIG mentionné *supra*. Il revient à la région de redistribuer les crédits en fonction du modèle ou de tout autre critère permettant le développement des dispositifs d'annonce, des réunions de coordination pluridisciplinaire et des soins de supports. Pour être éligible au financement de cette mission, un établissement doit être autorisé pour au moins une des trois modalités de traitement du cancer (il est fortement conseillé d'allouer ces financements aux établissements ayant traité au moins 100 patients au cours de l'année de référence).

xii. Consultations mémoire

Les consultations mémoire créées par le premier plan Alzheimer 2001-2004 sont des consultations pluridisciplinaires dont les missions principales consistent à affirmer le trouble amnésique, diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence et proposer un suivi aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Ces consultations sont tenues d'exporter régulièrement l'intégralité des quinze items du corpus minimum d'information de la maladie d'Alzheimer (CIMA) de la consultation mémoire vers la Banque nationale Alzheimer (BNA).

Il vous est demandé d'être attentifs à l'activité des consultations mémoire : un nombre de 150 nouveaux patients par an constitue une cible à atteindre qui conditionne une prise en charge de qualité.

xiii. Les contreparties financières des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) prévus à l'article L. 1435-4 du CSP

L'instruction DSS/1A/SG/DGOS/R2 n° 2013-65 du 21 février 2013 relative au contrat type pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins portant sur les véhicules sanitaires légers (CAQCS VSL) a précisé les modalités de contractualisation pour 2013.

Comme pour l'année 2012, la contrepartie financière à verser en 2013 au titre des CAQCS VSL sera financée sur le FIR.

e) La prévention

En ce qui concerne la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et à la veille et la sécurité sanitaire, il vous est demandé 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) 2013 du programme 204 (prévention, sécurité sanitaire et offre de soins), des objectifs des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés pour la période 2010-2013, 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.

Les priorités nationales de santé publique concernent notamment :

- la santé des jeunes ;
- la santé mentale ;
- le dépistage des cancers ;
- la réduction des inégalités de santé.

Ces priorités sont complétées par les objectifs du PAP 2013 du programme 204 relatifs aux thématiques suivantes :

- développer la participation des usagers ;
- améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé ;
- développer les bonnes pratiques alimentaires et la pratique d'une activité physique ;
- réduire les risques liés à des facteurs environnementaux ;
- améliorer le système de défense sanitaire en vue de faire face aux menaces.

Elles sont à articuler avec les orientations fixées dans le cadre de votre contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (soit l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé et la promotion de l'égalité devant la santé) et les quatre objectifs correspondant, en tout ou partie, aux politiques de santé publique :

- la réduction de la mortalité prématurée évitable ;
- le développement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies ;
- le renforcement de l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaire ;
- la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

Enfin, s'agissant de la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, vous veillerez à prendre en compte les engagements de l'État en faveur des habitants des quartiers prioritaires au titre de la politique de la ville (qui donneront lieu cette année à une convention bilatérale entre le ministre délégué chargé de la ville et la ministre des affaires sociales et de la santé).

À ce titre, les contrats locaux de santé, signés au titre de l'article L. 1434 du code de la santé publique, constituent un outil essentiel pour la déclinaison territoriale de votre projet régional de santé au niveau des territoires prioritaires urbains ou ruraux isolés.

i. Emplois de psychologues ou d'assistants sociaux dans les services de soins prévus par les plans nationaux de santé publique (hors plan Cancer)

Ces crédits visent à prévenir les troubles psychoaffectifs du développement des enfants par une prise en charge psychologique et sociale des mères dès la grossesse. Ils financent donc des établissements autorisés en obstétrique.

ii. Éducation thérapeutique

Il vous est demandé d'accompagner le déploiement de l'éducation thérapeutique, en cohérence tant avec les orientations s'y rapportant au sein des plans nationaux de santé publique qu'avec les schémas régionaux de prévention (SRP) et les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

À ce titre, les programmes d'éducation thérapeutique autorisés (conformément au décret du 2 août 2010) sont prioritairement visés, quelle que soit la structure promoteur du programme (établissement de santé, réseau, association...). En corollaire, toute autre forme d'action d'éducation thérapeutique du patient peut également faire l'objet d'un financement au titre du FIR.

Cette mission concerne autant les établissements de santé que d'autres structures. Elle regroupe l'ensemble des actions qui étaient auparavant financées par les ex-MIG ETP et les crédits prévention du programme 204.

iii. Centre de dépistages anonymes et gratuits (CDAG)

Dans le cadre du plan national de lutte contre le sida, le montant total du FIR 2013 tient compte d'une enveloppe supplémentaire de 684 000 € initialement destiné à l'augmentation des moyens des CDAG. Aussi, il vous est demandé de renforcer les moyens des CDAG sur trois axes principaux :

- permettre aux CDAG hospitalières de continuer à recourir à l'interprétariat ;
- permettre l'acquisition et l'utilisation des TROD (tests rapides d'orientation diagnostique) ;
- soutenir des actions hors les murs d'incitation au dépistage VIH et IST pour aller au devant des publics les plus vulnérables.

iv. COREVIH

Pour rappel, le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 a fait évoluer les CISIH en comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) ; les 28 COREVIH doivent remplir les missions qui leur sont dévolues dans le cadre de ce décret, précisé par la circulaire du 19 décembre 2005. Il vous est demandé de favoriser la coordination de l'ensemble des professionnels, de participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge, à leur évaluation, à l'harmonisation des pratiques et d'assurer le recueil exhaustif des données médico-épidémiologiques.

Des crédits supplémentaires ont été alloués aux COREVIH, à hauteur de 100 000 €, afin de vous permettre d'améliorer l'efficacité du dispositif post annonce jusqu'à l'entrée dans le soin. Ces moyens nouveaux ont été ciblés sur des zones à forte prévalence : Île-de-France, Rhône-Alpes, PACA, Languedoc-Roussillon, Guyane.

Il est prévu la mise en place d'un observatoire des COREVIH, afin de permettre un suivi précis de leur activité.

f) La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie et la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes

En ce qui concerne les missions mentionnées au 8° de l'article L. 1435-8 et à l'article R. 1435-22 du code de la santé publique, il vous appartient de procéder à la répartition des crédits qui vous ont été délégués avec l'objectif de favoriser la continuité des parcours des personnes handicapées 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.

Dès lors, il est recommandé de financer prioritairement :

- des actions de coordination interprofessionnelle visant à promouvoir le principe de l'intégration fonctionnelle et clinique des acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux et issus du champ de la prévention :
 - développement d'une information partagée ;
 - ingénierie et animation des réseaux d'acteurs ;
 - promotion d'une évaluation multidimensionnelle et partagée des situations.

Cette priorité concerne les deux champs, personnes âgées et personnes handicapées. Dans le champ des personnes âgées, le financement des MAIA relève du FIR à compter de 2013. Pour atteindre l'objectif de continuité des parcours, les MAIA constituent une méthode au service du décloisonnement de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale décrite dans le cahier des charges national (CCN), publié au BO n° 2011-10 du 15 novembre 2011, validé par le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011.

Votre dotation régionale au titre du FIR a été calculée de façon à prendre en compte le financement des MAIA, y compris celui des mesures nouvelles de 2013, conformément à la circulaire DGCS/DGOS/CNSA n° 2013-10 du 10 janvier 2013 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du plan Alzheimer : déploiement des MAIA.

Il convient de continuer leur déploiement, leur suivi et leur validation sur la base du CCN et des outils associés diffusés par l'équipe projet nationale MAIA.

Des actions de prévention et visant à favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie, qu'elles soient à domicile 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.

Le financement des groupes d'entraide mutuelle, structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société prévues aux articles L.114-1-1 et L.114-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF), introduits par la loi « handicap » du 11 février 2005, devra être assuré *via* le FIR. Ces groupes sont organisés sous forme associative de type loi 1901 ; ils ne constituent pas des structures médico-sociales au sens de l'article L.312-1 du même code dans la mesure où ils ne sont pas chargés d'assurer des prestations mises en œuvre par des professionnels et n'ont pas pour mission la prise en charge de personnes.

L'arrêté du 13 juillet 2011 a fixé le cahier des charges des GEM, précisé par une instruction en date du 26 juillet 2011. Si ce cahier des charges revêt un caractère généraliste en ne faisant référence à aucun type de handicap en particulier, conformément aux dispositions de la loi du 11 février 2005 (art. L 114-1-1 et L 114-3 du CASF), seuls, à ce jour, les GEM dont les adhérents sont concernés par un handicap résultant de troubles psychiques, d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise sont éligibles à un conventionnement, dans la mesure où le GEM apparaît comme une démarche particulièrement adaptée à leur situation et à leurs besoins.

- des actions d'adaptation de l'offre, par exemple, les travaux d'appui au changement et d'ingénierie de la transformation.

g) Expérimentation sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)

L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a prévu la mise en place d'expérimentations de « projets pilotes » afin « d'optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ». À la suite des travaux menés en 2012 dans le cadre d'un comité national spécifique, je vous ai communiqué un cahier des charges et vous ai demandé de m'adresser, le cas échéant, une lettre d'intention pour participer à ces expérimentations.

Conformément aux dispositions de l'article 48 précité, une dotation spécifique du FIR sera attribuée aux ARS retenues afin de financer les dépenses nouvelles occasionnées par les expérimentations. Cette dotation, qui fera l'objet d'une circulaire spécifique ultérieure, ne pourra être utilisée pour d'autres projets, mais pourra être abondée par d'autres crédits FIR en application du principe de fongibilité.

Les ARS non sélectionnées pourront mettre en œuvre, à partir de leurs crédits FIR, les éléments du cahier des charges qui ne reposent pas spécifiquement sur les dérogations législatives prévues par l'article 48 de la LFSS 2013.

h) La démocratie sanitaire

Dans son discours lors de l'assemblée plénière de la Conférence nationale de santé le 29 novembre 2012, j'ai annoncé l'allocation de 5 M€ supplémentaires au financement de la démocratie sanitaire.

Conformément à cette annonce, ces crédits supplémentaires, issus de l'extension de l'assiette de la taxe promotion des médicaments (art. 28 PLFSS), abondent le FIR, de façon uniforme entre les 26 régions. Ces crédits sont protégés par le principe de fongibilité asymétrique.

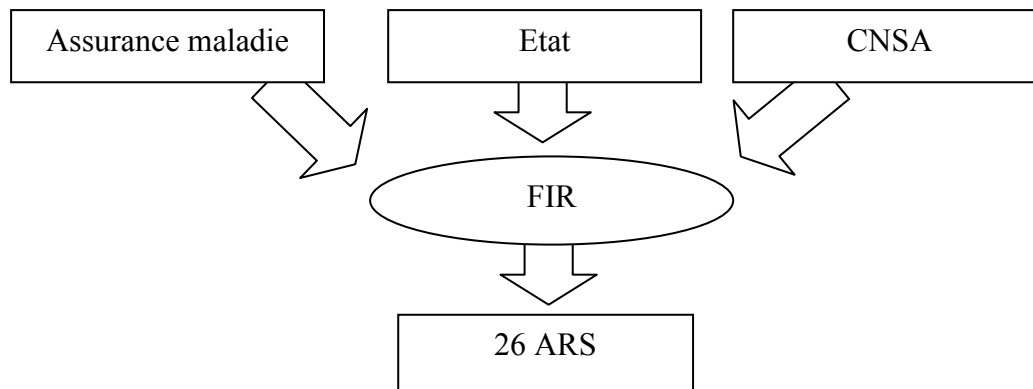
Ces crédits pourront notamment être consacrés à des actions visant à contribuer au recueil des besoins des acteurs de santé, en particulier par des débats publics initiés par les instances régionales de démocratie sanitaire, ainsi qu'à des actions de formation des représentants des usagers.

III. – LES RESSOURCES DU FIR ET LES DOTATIONS RÉGIONALES POUR 2013

a) Les ressources du FIR

L'article L.1435-9 du CSP précise que les ressources du FIR sont constituées par :

- une dotation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie ;
- une dotation de l'État ;
- une dotation de la CNSA ;
- le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.



Les crédits notifiés aux ARS au titre du FIR sont réputés être versés pour l'année calendaire, du 1^{er} janvier au 31 décembre, y compris pour les dotations relatives à l'extension du périmètre du fonds.

Les ressources du FIR en 2013 sont constituées par :

- une dotation de l'assurance maladie à hauteur de 3,1 Md€ (dont 75,6 M€ de crédits prévention) ;
- une dotation de l'État à hauteur de 139,4 M€ ;
- une dotation de la CNSA à hauteur de 73,4 M€.

Le total des crédits FIR s'élève donc pour l'exercice 2013 à 3,3 Md€. Pour mémoire, en 2012, le FIR s'élevait à 1,5 Md€ (en année pleine).

Ce montant intègre un montant des AC en abondement du FIR pour permettre une stabilité des marges de manœuvre des agences régionales de santé entre 2012 et 2013.

Il intègre également l'abondement du FIR de 5 M€ de crédits assurance maladie pour le financement d'actions de démocratie sanitaire en région.

Le FIR fait l'objet de deux types de gels :

- le premier est relatif aux crédits État du programme 204. Il s'établit pour 2013 à 2 M€ (sur un total de 139,4 M€) et se répartit au prorata des enveloppes régionales (1,4 %) ;
- le second porte sur le FIR dans son ensemble au titre des mises en réserve pour la régulation de l'ONDAM. Il s'élève pour 2013 à 75 M€. Il représente 2,26 % du total des crédits FIR hors programme 204. Il est modulé au regard de l'évolution de l'activité de chaque région (évolution MCO secteur ex-DG et ex-OQN). Le principe général est de geler les dotations régionales en tenant compte de l'écart entre l'évolution des dépenses régionales d'activité 2012 et la moyenne nationale. L'évolution des dépenses d'activité est corrigée par l'évolution démographique de chaque région. Par ailleurs, les montants à mettre en réserve sont modulés en fonction du niveau relatif de consommation de soins (mesuré par les taux ajustés 2010 de recours à l'offre de soins) afin de différencier les régions pour lesquelles la consommation de soins est plus élevée et justifie une modération plus grande des volumes de dépenses. Pour les DOM, le gel est calculé au prorata des dotations régionales, et non de manière différenciée selon la dynamique d'activité MCO, pour des raisons de disponibilité des données (données d'activité du secteur ex-OQN et taux de recours ajustés à l'offre de soins non disponibles). La répartition du gel par ARS figure en annexe II.

En pratique, les montants de ces gels viennent minorer le montant des enveloppes qui vous sont déléguées. En fonction des prévisions sur le respect de l'ONDAM 2013, celles-ci pourront être délégués en cours d'année.

b) Répartition régionale des crédits et spécificités d'utilisation par les ARS

L'arrêté interministériel en cours de publication fixe le montant des crédits attribués à chacune des ARS au titre du fonds d'intervention régional pour l'année 2013.

Pour 2013, ces dotations résultent de la reconduction des crédits 2012 et des crédits (en base et mesures nouvelles 2013) résultant de l'élargissement du périmètre pour 2013.

Afin de préserver les marges de manœuvre régionales 2013 au moins équivalentes, pour chaque région, à celles de 2012, 66 M€ supplémentaires viennent abonder à titre exceptionnel les bases AC intégrées au FIR pour les régions où une baisse des marges a été initialement estimée.

Pour 2014, la détermination de principes et de clés de répartition sera recherchée afin d'améliorer l'adéquation des moyens aux besoins et objectifs régionaux. Un groupe de travail sera créé à cette fin sous la coordination du secrétariat des ministères sociaux et réunissant des représentants des ARS, des directions métiers (DGS, DGOS et DGCS) et financières (DB, DSS et DAFIIS), de la CNAMTS et de la CNSA.

i. Fongibilité asymétrique

Il appartient aux directeurs généraux, d'une part, de respecter les principes de fongibilité asymétrique et, d'autre part, d'utiliser en premier lieu les crédits restant disponibles sur les enveloppes allouées lors des années antérieures, conformément à une règle de mobilisation préalable et intégrale de leur fonds de roulement.

Afin d'assurer l'application du principe de fongibilité asymétrique posé par la loi HPST et repris par les textes régissant le FIR¹, l'arrêté du... en cours de publication précise, dans son annexe, pour chaque région, le montant des « crédits destinés au financement 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, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux » ainsi que des crédits « destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ».

Ces crédits protégés par cette fongibilité asymétrique correspondent :

- aux crédits de prévention et de sécurité sanitaire issus du programme 204 ;
- aux crédits du Fonds national de prévention de l'assurance (FNPEIS), soit 40 M€ en 2013 ;
- aux crédits médico-sociaux apportés par la CNSA ;
- aux crédits de prévention de l'assurance maladie supplémentaires transférés au FIR en 2013, soit 35,6 M€ ;
- aux crédits destinés au financement des centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) (ex-MIG) + ETP + emplois psychologues + coordination dépistage surdité + COREVIH ;
- aux crédits démocratie sanitaire, soit 5 M€.

En 2013 comme en 2012, les crédits correspondant aux 1, 2 et 3 sont retracés à la fois dans le budget et les comptes des ARS, d'une part, et dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et les comptes du FIR, d'autre part. Ils sont ainsi liquidés, payés et comptabilisés par les ARS, tandis que les crédits destinés aux CDAG et aux autres MIG (*cf. supra*) mentionnés au 5 continuent d'être liquidés et payés par les CPAM (*cf. infra*).

Les modalités de versement des crédits prévention-santé publique et sécurité sanitaire mentionnés au 4 et issus de la dotation de l'assurance maladie au FIR au titre des recettes fiscales prévues en LFSS 2013 seront précisées ultérieurement par une lettre-réseau CNAMTS et une instruction du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.

Les ARS peuvent mobiliser des crédits supplémentaires à ceux qui leur ont été alloués au titre de la prévention-santé publique par l'arrêté interministériel pour financer des actions dans ce domaine, dans le respect de l'enveloppe globale allouée au titre du FIR. Chaque mouvement de fongibilité asymétrique devra faire l'objet d'un EPRD rectificatif, qui sera transmis par le directeur général de l'ARS au secrétariat général des ministères sociaux pour information et centralisation.

À cette fin, le directeur général de l'ARS peut :

- s'il souhaite que les fonds complémentaires ainsi mobilisés donnent lieu à paiement par l'ARS (par exemple, pour permettre d'abonder des actions payées par l'ARS), procéder 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 l'annexe I de la présente instruction. Une décision budgétaire modificative devra être opérée au plus proche conseil de surveillance suivant l'opération ;
- à défaut, directement donner l'ordre de paiement à la caisse d'assurance maladie, s'il s'agit de financer par exemple un centre de dépistage anonyme et gratuit (*cf. infra* III-f).

Le directeur général de l'ARS est le seul responsable de la gestion de ces crédits et de cette décision.

(1) Article L. 1435-9 et art. R. 1435-25 du CSP.

Le suivi du respect du principe de fongibilité asymétrique sera assuré à partir d'une analyse comparée des produits et des charges afférentes dans la comptabilité du FIR et par la production d'EPRD rectificatifs.

ii. Engagements par douzièmes provisoires en 2013

À compter de 2013, dans l'attente de l'arrêté interministériel annuel fixant le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR pour l'exercice et tant qu'elles n'auront procédé à la répartition de leurs enveloppes régionales, les ARS pourront engager des crédits dans la limite mensuelle du douzième du montant attribué l'année précédente (art. R. 1435-25 du CSP). Cet engagement par douzièmes cesse dès lors que les ARS ont ventilé et/ou notifié les crédits qui leur ont été alloués par l'arrêté interministériel annuel de l'année en cours. La détermination du montant des douzièmes s'entend globalement sur le budget FIR $n - 1$, dans son ensemble et non par actions ou lignes budgétaires.

Ce suivi et le respect de la limite du douzième du budget $n - 1$ est de la seule responsabilité du directeur général de l'ARS; dans le cas de dépenses mises en paiement par les CPAM, les comptables de ces caisses n'ont pas donc pas à s'assurer du respect de cette règle.

c) Les circuits de trésorerie relatifs aux ressources du FIR

i. Le versement de la dotation de l'État au FIR

Une convention de financement entre l'État et l'ACOSS, signée par la DSS, la DB, la DGS, la CNAMTS et l'ACOSS, prévoit que la dotation de l'État au FIR fait l'objet d'un versement sur le compte bancaire général de l'ACOSS à la CDC, en trois temps : 40 % du montant arrondi à la centaine de milliers d'euros la plus proche le 15 mars de l'exercice (le 28 mars en 2013), 40 % du montant arrondi à la centaine de milliers d'euros la plus proche le 15 mai et le solde le 15 octobre de l'exercice.

Dans le cadre du calendrier de versement prévu par la convention mentionnée ci-dessus, la CNAMTS s'engage à verser sur le compte bancaire de chaque ARS, avant le 30 mars de l'exercice, les crédits de trésorerie correspondant au premier versement effectué sur les crédits régionaux attribués au titre de la dotation de l'État, minorée de réserve prudentielle, tel qu'il résulte de l'arrêté qui fixe les dotations régionales du FIR aux ARS en application de l'article R. 1435-25 du CSP.

Elle verse sur le compte bancaire de chaque ARS, avant le 30 juin de l'exercice, les crédits de trésorerie correspondant au deuxième versement. Enfin, elle verse le solde à chaque ARS avant le 30 septembre de l'exercice.

De manière générale, la CNAMTS verse les crédits de trésorerie sur les comptes bancaires des ARS dans un délai de quinze jours après le versement par l'État de l'acompte sur le compte bancaire de l'ACOSS à la CDC.

ii. Le versement de la dotation de la CNSA au FIR

Dans les quinze jours suivant la parution de l'arrêté 2013 portant répartition de la contribution de la CNSA, pris en application du VI de l'article 73 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, la CNSA verse à la CNAMTS l'intégralité des crédits prévus pour le fonctionnement des MAIA et des GEM au titre de l'exercice 2013, tels que prévus dans l'arrêté portant répartition des crédits du FIR pour 2013.

La CNAMTS verse sur le compte bancaire de chaque ARS, dans un délai de quinze jours suivant le versement par la CNSA, les crédits de trésorerie attribués au titre des MAIA et des GEM.

iii. Le versement des dotations des régimes d'assurance maladie au FIR

En application de l'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 FIR, la CNAMTS notifie chaque année à l'ensemble des régimes, dans les quinze jours qui suivent la publication au JO de l'arrêté fixant le montant des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au FIR, le montant dû par eux, pour l'exercice, au titre de la fraction de la dotation qui ne correspond pas aux crédits issus des fonds de prévention de l'assurance maladie. Le montant est calculé conformément aux modalités de répartition prévues au 2° de l'article R. 1435-24 du CSP.

Les régimes autres que le régime général versent à la CNAMTS le montant correspondant dans les quinze jours qui suivent la notification.

La caisse nationale du RSI et la caisse centrale de la MSA versent également à la CNAMTS le montant dû au titre des crédits des fonds de prévention FNPEISA et FNMP selon le même calendrier. La CNAMTS verse sur le compte bancaire de chaque ARS, dans un délai de quinze jours suivant le versement par la CNRSI et la CCMSA, les crédits de trésorerie attribués au titre des fonds de prévention de l'assurance maladie, fixés par l'arrêté prévu à l'article R. 1435-25 du CSP.

IV. – LES RÈGLES GÉNÉRALES D'ATTRIBUTION ET DE GESTION DES CRÉDITS PAR L'ARS

a) L'établissement d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses

L'article R. 1435-28 du code de la santé publique prévoit que 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 pour information au conseil national de pilotage. Sous la coordination du secrétariat général des ministères sociaux, la DAFIIS consolide les EPRD des ARS pour rendre compte de la programmation nationale des crédits au CNP.

Il vous appartient d'établir cet état prévisionnel initial, conformément à la maquette figurant dans l'annexe II, et de le transmettre pour information au secrétariat du CNP avant le 30 mai 2012.

Pour 2013, l'EPRD (initial ou modifié) de chaque agence intégrera en recette :

- les crédits 2013 alloués à chaque ARS par arrêté à paraître prochainement ;
- les reprises sur provisions 2012 (le montant définitif sera fourni par la CNAMTS pour chaque ARS) ;
- les éventuels reversements de sommes indûment perçues sur exercices précédent ou antérieurs.

En dépenses, l'EPRD reprendra tout ou partie des sommes inscrites en recettes plus les dépenses financées par prélèvement sur le fonds de roulement du budget de l'ARS.

Par ailleurs, afin de faciliter le suivi du dénouement des provisions, il est préconisé que les CPAM procèdent à une reprise de celles-ci lors de la délivrance de l'attestation de service fait par l'ARS plutôt que de manière globale.

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 faire l'objet d'une transmission pour information au secrétariat général des ministères sociaux.

b) Les bénéficiaires du FIR

L'article R. 1435-23 du CSP dispose que les sommes engagées par les ARS au titre des missions du FIR « sont 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 du FIR 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 personnels de ces organismes, 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.

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

D'autre part, les organismes mentionnés à l'alinéa 1^{er} de l'article R. 1435-23 du CSP qui souhaitent conclure des contrats avec des prestataires extérieurs pour mettre en œuvre une mission du FIR pourront solliciter une décision de financement de l'ARS, qui sera subordonnée à la conclusion du contrat prévu à l'article R. 1435-30 du CSP.

c) Les conditions générales d'engagement de la dépense

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.

À l'exception du cas où le bénéficiaire des crédits du FIR est un prestataire extérieur, le financement des actions éligibles au FIR donne lieu à une décision de financement du directeur général de l'ARS (art. R. 1435-29) ainsi qu'à la conclusion d'un contrat avec le bénéficiaire (art. R. 1435-30).

La décision attributive de financement, qui fixe le montant des sommes à verser, est adressée au bénéficiaire et une copie à la CPAM. Un modèle de décision attributive vous est présenté dans l'annexe III de la présente instruction.

Le financement peut être pluriannuel (cinq ans maximum). Dans cette hypothèse, une décision attributive de financement doit néanmoins déterminer annuellement les sommes à verser au titre de l'exercice.

Lorsqu'une action concerne plusieurs régions, les directeurs généraux des ARS peuvent prendre une décision commune d'attribution de financement.

À l'exception du financement des forfaits de PDSA, l'octroi des financements est subordonné à la conclusion d'un contrat. Il s'agit soit d'un contrat spécifique, soit d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens déjà prévu par les textes¹ (ou d'un avenant à ce contrat).

Le contrat doit mentionner l'objet des actions, des expérimentations ou des structures financées, les conditions de leur prise en charge financière et de leur évaluation, ainsi que les engagements pris par le bénéficiaire.

En cas de non-respect par le bénéficiaire de ces engagements, celui-ci peut être contraint de restituer les sommes perçues, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire (art. R. 1435-33).

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

D'une façon générale, comme indiqué dans l'instruction CNP du 21 décembre 2012 relative à la clôture des comptes 2012, il est souhaité que les circuits entre les ARS et les CPAM soient les plus simples et harmonisés possibles.

En conséquence :

Les mêmes documents doivent être demandés à l'ARS, quel que soit le circuit interne à la CPAM (décision de financement + ordre de paiement).

Les documents pourront être transmis sous forme papier ou sous forme dématérialisée dès lors que la réception et l'intégrité des pièces peuvent être attestées et dans la mesure où les documents attestent bien du service fait.

Les ordres de paiement transmis par l'ARS peuvent prévoir des échéanciers de paiement. Les échéanciers de paiement qui, à l'inverse, seraient établis par la CPAM doivent être transmis pour information à l'ARS, afin de faciliter le suivi.

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.

Par principe et par mesure de simplification des procédures, sans qu'il soit nécessaire de distinguer en fonction des anciennes enveloppes regroupées au sein du FIR, les ARS procéderont aux décisions d'attribution de financement en privilégiant la voie d'arrêté.

S'agissant plus spécifiquement des ex-MIG et de l'ex-AC, les modalités de versement devront, pour optimiser la gestion des CPAM, ne pas s'intégrer dans l'arrêté MIGAC utilisé antérieurement.

Le paiement est effectué par les caisses d'assurance maladie mentionnées dans l'annexe VIII de la présente instruction.

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 annexe III) ;
- attestation de contrôle du service fait et ordre de paiement (modèle annexe VI) ;
- le RIB de l'établissement de santé ou de la personne bénéficiaire (sauf paiement récurrent).

(1) Article L. 6114-1 du CSP pour les établissements de santé, article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements et services médico-sociaux. Sociaux, article L. 1435-4 du code de la santé publique.

Lorsque le tiers est un prestataire extérieur, l'ARS transmet à la CPAM une attestation de service fait et un ordre de paiement,

La gestion comptable et financière du fonds a été confiée à la CNAMTS et aux caisses qu'elle désigne par décision du directeur général de la CNAMTS publiée au *BO*. La CNAMTS peut toutefois, dans le cadre des orientations définies par le Conseil national de pilotage, déléguer aux ARS tout ou partie des opérations de liquidation, de vérification de la validité de la créance, de paiement et de comptabilisation.

Le tableau ci-dessous résume l'organisation retenue par le CNP :

MISSIONS	ATTRIBUTIONS ARS-CPAM			
	Engagement	Liquidation (service fait, calcul exact du montant)	Contrôle de la liquidation/ validité de la créance (*)	Paiement
PDSES (L.6112-1 CSP)	ARS	CPAM	ARS (PDSES publics) ou CPAM (PDSES privés)	CPAM
PDSA (rémunérations forfaitaires)		ARS/CPAM (**)	CPAM	CPAM
Autres actions concourant à l'amélioration de la PDSA		ARS	ARS	CPAM
Amélioration de la qualité et coordination des soins – champ hôpital		ARS	ARS	CPAM
Amélioration de la qualité et coordination des soins – champ médico-social		ARS	ARS	CPAM/ARS
Modernisation adaptation et restructuration de l'offre		ARS ²	ARS	CPAM
Amélioration des conditions de travail des personnels des ES et accompagnement social		ARS	ARS	CPAM
Prévention santé publique et sécurité sanitaire (***)		ARS	ARS	ARS
Mutualisation moyens structures sanitaires		ARS	ARS	CPAM
Prévention et prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie		ARS	ARS	CPAM/ARS

(*) Les opérations de liquidation et de son contrôle sont parfois intégrées et simultanées dans les chaînes de traitement.
(**) 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.
(***) Concernant les crédits de prévention assurance maladie hors FNPEIS, les circuits de financement et de liquidation seront précisés par lettre-réseau CNAMTS et instruction SG ultérieure.

Les ARS demeurent donc compétentes en matière d'engagement, de liquidation, de paiement et de comptabilisation des dépenses médico-sociales déléguées au FIR par la CNSA, ainsi que des dépenses de prévention, santé publique et sécurité sanitaire qui sont financées – *via* le FIR – par le programme 204 et les fonds de prévention de l'assurance maladie et 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, selon les cas, la liquidation et/ou son contrôle et, dans tous les cas, le paiement et la comptabilisation des dépenses relatives aux missions du FIR autres que celles évoquées ci-dessus.

Les opérations de liquidation et paiement mises en œuvre en 2012 sont pérennisées et sont assurées selon la nature des dépenses par des caisses différentes.

Une instruction comptable visant notamment à préciser la signification des intitulés de compte FIR sera transmise prochainement aux ARS, en appui de la nomenclature comptable FIR 2013.

e) Cas particuliers et rappels

i. La permanence des soins dans les établissements de santé privés

Une décision attributive de financement de la PDSES au titre du FIR est prise chaque année depuis 2012.

Pour rappel, les médecins libéraux participant à la PDES continuent d'être payés directement par les CPAM. Les CPAM compétentes sont les caisses centralisatrices de paiement (CCDP) compétentes pour le paiement des MIG aux cliniques.

Les modalités de contractualisation, de liquidation et de paiement précisées dans l'instruction DGOS/R3-R5 n° 2011-501 du 16 décembre 2011 sont toujours applicables. L'ensemble des documents qu'il était demandé aux médecins, établissements, ARS et CPAM de signer, pour la plupart avant le 31 janvier 2012, demeurent valables.

ii. Rémunérations forfaitaires au titre de la PDSA

L'instruction DSS/1B n° 2012-60 du 27 janvier 2012 portant sur le circuit de liquidation et de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte de PDSA précise le circuit de liquidation et de paiement de ces forfaits à compter de l'entrée en vigueur du cahier des charges régional mentionné à l'article R.6315-6 du CSP. La partie III de cette instruction précise que la création du FIR ne modifie pas ces modalités de liquidation et de paiement. L'instruction du 27 janvier 2012 détaille ainsi les hypothèses d'entrée en vigueur du cahier des charges avant et après le 1^{er} mars.

En application des dispositions de l'article R.1435-29 du CSP, le cahier des charges régional vaut décision de financement. En vertu de l'article R. 1435-30 du CSP, l'octroi de ces financements n'est pas subordonné à la conclusion d'un contrat entre l'ARS et l'organisme bénéficiaire.

Les CPAM compétentes sont précisées dans l'annexe VIII de la présente instruction.

Pour la région Pays de la Loire, le FIR finance l'ensemble des rémunérations forfaitaires et à l'acte rémunérant la participation des médecins au dispositif de permanence des soins dans la zone d'expérimentation¹, ainsi que les forfaits de gardes et d'astreinte des zones non expérimentales.

iii. Les programmes d'ETP

Au titre de l'exercice 2013, les crédits alloués par l'ARS au titre de programmes hospitaliers, demeurent payés par les CPAM pivots aux établissements de santé.

Lorsqu'il s'agit d'actions autres que des programmes hospitaliers les crédits sont liquidés et payés soit par l'ARS, pour les actions relatives à l'éducation et l'accès à la santé habituellement financées sur leurs crédits du programme 204, soit payés par les caisses d'assurance maladie, pour le financement de dispositifs ambulatoires type réseau de santé. Pour ces actions les bénéficiaires sont déterminés par l'ARS. Le choix des bénéficiaires ne dépend donc plus des modes en paiement des crédits mais des objectifs à atteindre.

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

Pour ces dépenses, dès lors qu'une ARS aura épuisé ses crédits de prévention, elle pourra solliciter la CNAM dans le cadre de la fongibilité asymétrique pour abonder les crédits disponibles.

Cette fongibilité pourra être assortie :

- d'un appel de fonds, auquel cas l'ARS sera en mesure de payer directement le bénéficiaire, quelle que soit la structure promotrice du programme (établissement de santé, réseau, association...);
- ou sans appel de fonds, l'ARS sollicitera donc la CPAM pivot de sa région afin de procéder au paiement du bénéficiaire, quelle que soit la structure promotrice du programme (établissement de santé, réseau, association...).

iv. Modernisation, restructuration, amélioration des conditions de travail

Il est rappelé que lorsque le délai entre la date de la décision d'attribution du financement et le paiement sur service fait est de plus de un an, le fait générateur de la charge et donc du rattachement de la dépense à l'exercice est la date du service fait, et non la date de la décision attributive de financement. Celle-ci donnera lieu à la constitution d'une provision.

(1) Arrêté du 31 décembre 2009 fixant les montants maximaux des rémunérations et des dépenses dans le cadre des expérimentations de permanence de soins.

v. Prévention, santé publique, sécurité sanitaire – crédits issus du programme 204 et des fonds de prévention de l'assurance maladie

Les crédits prévention-santé publique, sécurité sanitaire – issus du BOP 204 du budget de l'État, des fonds de prévention de l'assurance maladie¹ 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.

Pour 2013, une partie des crédits prévention-santé publique et sécurité sanitaire est issue de la dotation de l'assurance maladie au FIR au titre des recettes fiscales prévues en LFSS 2013. Ces crédits sont retracés dans les mêmes conditions que ceux issus du BOP 204, des fonds de prévention de l'assurance maladie² et des mouvements de fongibilité asymétrique. Ils ne peuvent donc être utilisés à une autre destination que celle définie pour les crédits prévention-santé publique et sécurité sanitaire. Le même dispositif vise les crédits de démocratie sanitaire.

Une lettre-réseau CNAMTS et une instruction du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales préciseront ultérieurement les modalités de versement de ces crédits aux ARS.

Les ARS continuent d'assurer elles-mêmes les opérations de l'ensemble de la chaîne de la dépense, de l'engagement jusqu'au paiement et la comptabilisation dans le système d'information budgétaire et comptable des ARS (SIBC). Le SIBC retracera ces deux périmètres, dans deux « briques » de gestion distinctes.

Le plan de comptabilité générale du FIR (*cf infra*) reprend également le détail des comptes de destination suivis dans le cadre du reporting LOLF. La dépense est rattachée à l'exercice, de manière générale, si la signature de la convention annuelle (ou de l'avenant annuel à une convention pluriannuelle) porte sur l'exercice et si l'action financée est bien réalisée sur l'exercice en cours.

vi. Les actions en faveur du secteur médico-social

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

Ils 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.

vii. Les actions visées à l'article R. 1435-21 du CSP

L'article R. 1435-21 du CSP permet le financement sur le FIR d'actions de 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.

Il vise ainsi notamment le financement de missions d'accompagnement (des consultants, par exemple) de projets conduits avec les établissements de santé. Les circuits de liquidation et de paiement sont ceux de droit commun, mentionnés au IV de la présente circulaire (caisse régionale).

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, relatives à la plupart des actions d'amélioration de la coordination et qualité des soins et de modernisation et restructuration : engagement, liquidation, contrôle du service fait par l'ARS, selon les modalités décrites plus haut, et envoi à la CPAM (caisse régionale de l'annexe VII), de la décision attributive de financement, du document d'attestation de contrôle du service fait et d'ordre de paiement et, le cas échéant, du RIB du bénéficiaire.

(1) Contribution des FNPEIS, FNPEIS-A et FNMP aux actions de prévention des ARS.

(2) Contribution des FNPEIS, FNPEIS-A et FNMP aux actions de prévention des ARS.

V. – LE SUIVI DES DÉPENSES ET LE REPORTING FINANCIER

Le directeur général de l'ARS est seul responsable de la gestion des crédits qui lui sont alloués au titre du FIR.

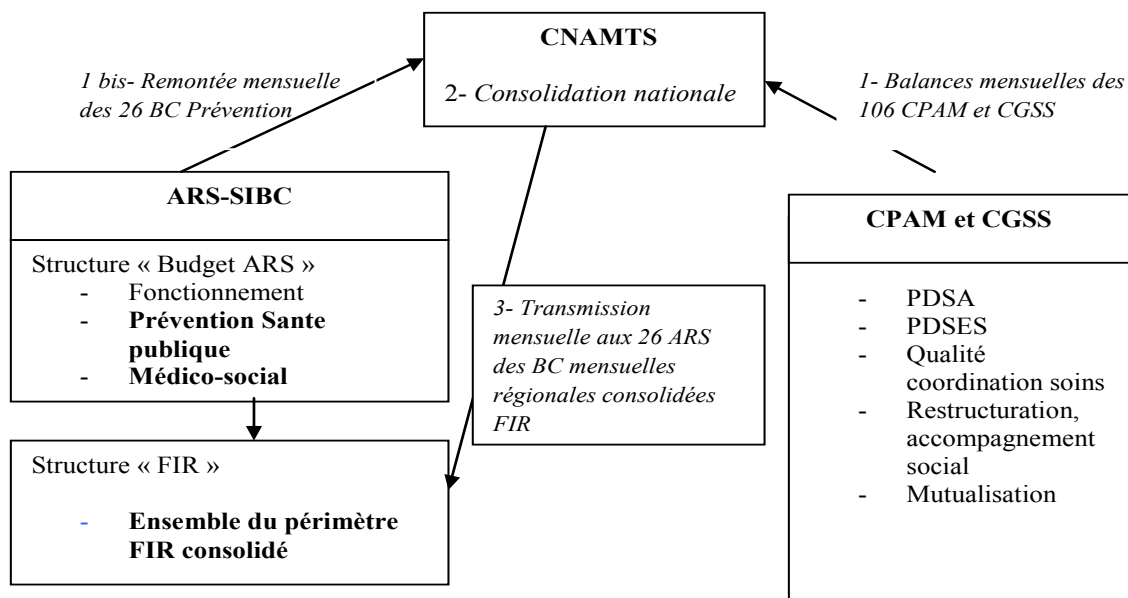
a) Les échanges d'informations comptables entre ARS et CPAM en 2013

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 ;
- 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 CPAM utilisent COPERNIC, les ARS le système d'information budgétaire et comptable des ARS (SIBC-SIREPA).

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



Le SIBC des ARS comprend une « structure budgétaire » relative au périmètre actuel du budget des ARS (dépenses de fonctionnement et de santé-publique prévention et dépenses médico-sociales), qui reste inchangée et une autre « structure budgétaire » relative à la gestion du FIR.

Les modalités opérationnelles sont les suivantes :

- l'ARS, qui assure la liquidation, le paiement et la comptabilisation des dépenses de prévention-santé publique (à l'exception des dépenses CDAG) et des dépenses relatives aux GEM et aux MAIA dans SIBC, transmet à la CNAMTS (à l'adresse suivante: arretedescomptes@cnamts.fr) le 5 du mois suivant la balance comptable des opérations de prévention-santé publique ;
- la CNAMTS combine, pour chaque région, les balances transmises par les ARS et celles transmises par l'ensemble des CPAM qui payent les autres dépenses du FIR, et les transmet à la DAFIIS avant le 15 du mois M+1, pour mise à disposition dans SIBC.

Le suivi de l'ensemble des crédits du FIR par l'ARS peut ainsi être assuré dans SIBC.

b) Les modalités de suivi infra-annuel des dépenses en 2013

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

- les informations issues des balances mensuelles comptables combinées transmises par la CNAMTS ;
- les résultats de requêtes réalisées par la CNAMTS à partir de données de liquidation (SNIIRAM) ;
- les résultats de requêtes Business Objects mis en œuvre sur le suivi consolidé de l'ensemble du périmètre FIR dans le SIBC (« brique » FIR).

i. Le suivi infra-annuel comptable et budgétaire

Le suivi infra-annuel est assuré dans les outils mis à disposition pour le suivi du FIR 2012 (SIBC ou, par exception temporaire, un outil de suivi bureautique) et ce dans l'attente de la mise en production progressive de l'outil d'allocation de ressources HAPI. Les fonctionnalités des outils permettra de retracer pour toutes les ARS les dépenses du FIR (en engagements et en liquidation), à la fois pour ce qui relève de leur budget propre ainsi que pour suivre et consolider l'ensemble des engagements et exécutions des dépenses du FIR dans son périmètre 2013. Ce suivi pour toutes les ARS permettra à la fois d'assurer la sécurité comptable et budgétaire du suivi ainsi que de faciliter la consolidation des informations à livrer au CNP et au Parlement.

Ce suivi devra régulièrement faire l'objet d'une information aux directions d'administration centrale du ministère des affaires sociales et de la santé.

Les ARS et les CPAM sont invitées à se rapprocher, plusieurs fois par an, et a *minima* au moment de la clôture des comptes du FIR, afin de rapprocher les 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.

Par ailleurs, en application de l'article R. 1435-28 du CSP, le directeur général de l'ARS établit chaque année un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) du fonds dans la région, qu'il transmet pour information au conseil national de pilotage. Sous la coordination du secrétariat général des ministères sociaux, la DAFIIS consolide les EPRD des ARS pour rendre compte de la programmation nationale des crédits au CNP (*cf.* ci-dessus IV a).

L'EPRD sera produit selon la maquette jointe dans l'annexe.

ii. Le suivi infra-annuel statistique

La CNAMTS, par l'intermédiaire des directeurs coordonnateurs de la gestion du risque (DCGDR) ou des DRSM, met à disposition des ARS, les résultats de certaines requêtes effectuées sur le SNIIRAM :

- un état trimestriel par établissement et type de forfaits¹ des paiements effectués pour des gardes et astreintes réalisées par des médecins libéraux au titre de la PDES pendant le trimestre concerné sera réalisé dès la fin du deuxième mois suivant le trimestre considéré et sera transmis ensuite aux ARS (par exemple, transmission début juin des données relatives aux paiements des gardes et astreintes réalisées au cours du 1^{er} trimestre);
- un état trimestriel par département et type de forfaits² des paiements effectués pour des astreintes et régulation réalisées au titre de la PDSA, pendant le trimestre concerné, sera réalisé dès la fin du deuxième mois suivant le trimestre considéré et sera transmis ensuite aux ARS (par exemple, transmission début juin des données relatives aux astreintes et à la régulation réalisées au cours du premier trimestre).

Les requêtes portant sur les trimestres de soins (correspondant aux dates de réalisation des astreintes ou de la participation à la régulation) nécessiteront d'être actualisées lors de chaque interrogation suivante, en raison du décalage entre la date de la participation à la permanence des soins et la date de paiement des différents forfaits et cela pour une durée de deux ans. Un trimestre pourra donc être revu huit fois consécutives, mais pas au-delà.

Un état des dépenses liées à la mise en œuvre de la contrepartie prévue par le CAQCS VSL sera transmis aux ARS, *via* les DCGDR, dès la fin du deuxième mois ou début du troisième mois suivant le semestre considéré. Ces données permettront d'apprécier le respect des engagements et l'atteinte des objectifs de chaque transporteur.

(1) Forfait garde début de nuit (RGD), forfait garde nuit profonde ou samedi après-midi (RGN), forfait garde effectuée la nuit, dimanche ou jour férié (FPG), forfait astreinte début de nuit (RAN), forfait astreinte nuit profonde ou samedi après-midi (RAG), forfait astreinte nuit, dimanche et jour férié (FPA).

(2) Forfait régulation (REG), forfait début de nuit (PRN), forfait milieu de nuit (PRM), forfait nuit totale (PRT), forfait dimanche ou jour férié (PRD), forfait samedi après-midi (RSP), forfait samedi matin (RSA).

iii. Les opérations d'inventaire

Comme précisé dans l'instruction CNP du 21 décembre 2012 et relative à la clôture de l'exercice 2012, chaque année, les CPAM doivent comptabiliser, après validation expresse du directeur général de l'ARS :

- en provisions, les décisions de financement prises avant le 31 décembre de l'exercice clos, sans service fait à cette date ;
- en provisions, les factures de PDSA, PDES privés et CAQCS non réglées au 31 décembre de l'exercice, sur la base d'estimations statistiques ;
- en charges à payer, les décisions de financement prises avant le 31 décembre, avec service fait à cette date.

Dans la mesure où le directeur général de l'ARS est seul ordonnateur du FIR et responsable du respect des crédits alloués par l'arrêté interministériel annuel, toute provision et toute charge à payer devront recueillir sa validation préalable quant à son montant avant de faire l'objet d'un enregistrement budgétaire et comptable.

Cette validation doit être l'aboutissement d'un processus de concertation avec les CPAM. Les modalités concrètes de ce processus seront précisées lors d'une instruction de clôture des comptes du FIR.

c) Le reporting financier *ex-post*

i. Rappel des dispositions législatives et réglementaires

Au niveau régional : à compter de l'exécution 2013, le directeur général de l'ARS transmet chaque année au CNP, avant le 31 mai, un état 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 seront définies au cours de l'année 2013 en vue du bilan qui sera établi par les ARS en 2014. Au niveau national, la CNAMTS produit un rapport financier relatif à l'exercice antérieur à l'attention du CNP des ARS.

En application de l'article L. 1435-10 du CSP, afin d'assurer un suivi de l'utilisation des dotations affectées au FIR, un bilan est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan, arrêté par le CNP, contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.

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.

Par ailleurs, un état des dépenses allouées par structures bénéficiaires au titre du FIR pour l'exercice 2012 sera établi au début de l'année 2013.

iii. Suivi de l'ONDAM

Dans le cadre du suivi de l'ONDAM, les crédits composant la dotation de l'assurance maladie au FIR sont répartis entre les différents sous objectifs d'origine des crédits. Ainsi, la PDSA s'impute sur les soins de ville et l'ex-FIQCS, les MIG sur l'ONDAM hospitalier, etc.

iv. Le suivi de la déchéance quadriennale prévue à l'article L. 1435-10 du CSP

En application de l'article L. 1435-10 du CSP, les sommes notifiées par les ARS au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par le fonds sont prescrites à son profit au 31 décembre du quatrième exercice suivant. Ainsi, les sommes attribuées par l'ARS à un bénéficiaire doivent être payées avant le 31 décembre du quatrième exercice suivant.

Une lettre-réseau de la CNAMTS reprendra les éléments de la présente circulaire pour diffusion au réseau des caisses.

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 I

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

Direction/service XXXX, le XX/2013
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 2012 relative 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.

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, 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 deuxième alinéa de l'article L. 1434-6 du CSP et au titre des crédits de l'assurance maladie mentionnés au 2° de l'article R. 1435-24 du CSP.

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

ANNEXE II

RÉPARTITION PAR RÉGION DES MISES EN RÉSERVES OPÉRÉES SUR LE FIR

(montants en euros)

RÉGIONS	GELS CRÉDITS FIR
Alsace	2 127 193
Aquitaine	4 267 848
Auvergne	2 701 506
Bourgogne	1 700 425
Bretagne	3 916 484
Centre	1 766 530
Champagne-Ardenne	1 147 830
Corse	285 436
Franche-Comté	1 886 551
Île-de-France	15 302 805
Languedoc-Roussillon	2 286 061
Limousin	1 731 219
Lorraine	3 235 190
Midi-Pyrénées	2 340 578
Nord - Pas-de-Calais	4 054 468
Basse-Normandie	2 219 895
Haute-Normandie	1 379 029
Pays de la Loire	2 344 858
Picardie	2 517 671
Poitou-Charentes	1 460 424
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6 820 890
Rhône-Alpes	6 689 010
France métropolitaine	72 181 901
Guadeloupe	615 805
Guyane	364 321
Martinique	661 149
Réunion	1 176 825
DOM	2 818 099
Total dotation régionale	75 000 00

ANNEXE III

EPRD-TYPE

		Dépenses			Recettes				
		Intitulé	Exécution N-2	Estimation N-1	BP N	Intitulé	Exécution N-2	Estimation N-1	BP N
Mission 1	PDS	Permanence des soins ambulatoire				Au titre des fonds de prévention de l'AM art R. 1435-24 1° du CSP - FIR			
		Permanence des soins en établissement de santé				Crédits de prévention hors fonds de prévention de l'AM - FIR			
		Amélioration qualité - coordination des soins				Autres crédits - FIR			
Mission 2	AQCS et CAQCS	Contrats d'amélioration de la qualité des soins (CAQCS)				Dotations de l'Etat art L. 1435-9 2° du CSP - FIR			
		Modernisation, adaptation, restructuration offre				Dotations de la CNSA art. L1435-9 3° CSP - FIR			
Mission 3	MARO	Conseil, pilotage, accompagnement performance hospitalière				Autres Dotations art. L. 1435-9 4° DU CSP - FIR			
Mission 4	ACTAS	Améliorations conditions de travail et Accompagnement social				Dotation du FMESPP art. 65-V LFSS 2012			
		Actions de santé publique des plans et programmes nationaux, actions recentralisées ou inscrites dans le projet régional de santé				Dotation du FICQS art. 65-V LFSS 2012			
Mission 5	Prévention	Actions relatives à l'éducation pour la santé et à l'accès à la santé (y compris ETP)				Produits techniques sur annulations d'opérations d'exercices antérieurs			
		Actions mises en oeuvre dans le cadre de la gestion des urgences et des événements sanitaires imprévus							
		Pilotage régional de la politique de santé publique							
Mission 6		Mutualisation des moyens structures sanitaires							
Mission 7		Prévention et prise en charge des personnes âgées et handicapées							
		Autres charges				Reprise du fonds de roulement			
		Total hors imputation N dépenses				Total hors imputation N recettes			
		Total des dépenses				Total des recettes			
		Résultat prévisionnel : Bénéfice (3)				Résultat prévisionnel : Perte (4)			
		Totaux égaux en dépenses et en recettes				Totaux égaux en dépenses et en recettes			

ANNEXE IV

MODÈLE DE DÉCISION ATTRIBUTIVE DE FINANCEMENT AU TITRE DES MISSIONS DU FIR
MENTIONNÉES AUX 1° À 8° DE L'ARTICLE L. 1435-8 DU CSP

Direction/service XXXX, le XX/2013
Le directeur général de l'Agence régionale
de santé de XXXXX

Affaire suivie par: à

Courriel:
XXX [Bénéficiaire]
[Établissement de santé]
EJ FINESS : [...] EG FINESS : [...]
75986 Paris Cedex 20.

Objet: décision de financement au titre du fonds d'intervention régional – [Objet]

Dans le cadre des missions financées par le fonds d'intervention régional (FIR) en application de l'article L. 1435-8 et au [XX] de l'article [R. 1435-16 à 22] du code de la santé publique, j'ai l'honneur de vous attribuer la somme de [XXX] pour la période [YY], soit [XX] € sur la ligne d'imputation ZZ au titre de l'exercice 2013, en vue du financement de [détail de l'objet de l'action].

Vous trouverez ci-joint le contrat mentionné à l'article R. 1435-30 du code de la santé publique. Ce contrat mentionne l'objet de l'action/l'expérimentation la structure financée, les conditions de sa prise en charge financière et de son évaluation, ainsi que les engagements qui vous lient en tant que bénéficiaire.

[Rappel de la demande de financement du bénéficiaire, détail du calcul le cas échéant]

Afin d'obtenir le versement de cette somme, il vous appartient de nous transmettre les pièces justificatives suivantes:

- *[Les pièces justificatives nécessaires au contrôle du service fait par l'ARS peuvent avoir été demandées au moment de l'instruction de la demande et de la décision attributive de financement].*

[Uniquement pour les opérations payées par l'ARS]. La dépense sera imputée sur le budget de l'agence régionale [XX] sur les comptes suivants:

- *[Détails de l'objet de l'action]*, pour un montant de [XX] euros.
- Compte d'imputation: *[Numéro compte – intitulé compte]*.
- Destination: *[Numéro compte – intitulé compte]*.

[Sauf pour les opérations payées par l'ARS] La caisse primaire d'assurance maladie XXX, qui est destinataire de la présente décision, procédera aux opérations de paiement.

Les recours contre la présente décision sont à former auprès du secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale territorialement compétent, dans un délai d'un mois à compter de la notification ou, selon le cas de la publication de la présente décision.

Le directeur général de l'agence régionale de santé XX, le directeur du bénéficiaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région.

*Le directeur général de l'agence régionale
de santé de XXX,*

ANNEXE V

MODÈLE POSSIBLE DE DÉCISION ATTRIBUTIVE DE FINANCEMENT AU TITRE DES MISSIONS DU FIR MENTIONNÉES AUX 1° À 8° DE L'ARTICLE L. 1435-8 DU CSP LORSQUE LE BÉNÉFICIAIRE EST UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Arrêté fixant les dotations ou forfaits annuels de [...] pour l'exercice 2012

du *[date]*

XXX *[Bénéficiaire]*

Vu la loi organique n° 2011-692 du 1^{er} août 2011 relative aux lois de financement,
Vu la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique;
Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires;
Vu la loi n° 2011-1906 du XX/XX/20XX de financement de la sécurité sociale pour 2013;
Vu le code de la santé publique;
Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé;
Vu décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé;
Vu l'arrêté du 27 février 2012 portant adoption du projet régional de santé de la région Île-de-France;
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 3° 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;
Vu l'arrêté de délégation de signature;
Vu la circulaire relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012;
Vu le contrat d'objectifs et de moyens,

Arrête:

Article 1^{er}

Le montant de la somme attribuée au titre du fonds d'intervention régional, en application de l'article L. 1435-8 et des articles R. 1435-16 à R. 1435-22 du code de la santé publique, est fixé à XX sur la ligne d'imputation YY.

Article 2

Afin d'obtenir le versement de cette somme, il vous appartient de nous transmettre les pièces justificatives suivantes: *[liste des pièces à fournir]*

Article 3

[Uniquement pour les paiements hors budget ARS]

La caisse primaire d'assurance maladie destinataire de la présente décision, procédera aux opérations de paiement.

Ou article 3 *[uniquement pour les paiements sur le budget de l'ARS]*

La dépense sera imputée sur le budget de l'agence régionale [XX] sur les comptes suivants:

- *[détails de l'objet de l'action]*, pour un montant de [XX] €;
- compte d'imputation: *[Numéro compte – intitulé compte]*;
- destination: *[Numéro compte – intitulé compte]*.

Article 4

Les recours contre le présent arrêté sont à former auprès du secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale territorialement compétent, dans un délai d'un mois à compter de la notification ou, selon le cas de la publication du présent arrêté.

Article 5

Le directeur général de l'agence régionale de santé ZZ, le directeur des bénéficiaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région.

Fait à...,

ANNEXE VI

ATTESTATION DE CONTRÔLE DE SERVICE FAIT ET ORDRE DE PAIEMENT

Direction/service XXXX, le XX/2013
Le directeur général de l'agence régionale
de santé de XXXXX

Affaire suivie par: à
Courriel: M. l'agent comptable de la [CPAM
compétents]
[Adresse]

**Objet : attestation de contrôle du service fait et ordre de paiement au titre du FIR pour
[le bénéficiaire]**

[Le bénéficiaire] bénéficie d'un financement au titre du FIR au titre de l'exercice XX, qui lui est attribué par la décision de financement jointe au présent courrier.

Le montant total du financement s'élève au titre de l'exercice XX à YYY €.

Conformément à la décision attributive de financement, que vous trouverez ci-joint, les modalités de paiement de ce financement annuel s'effectuent selon l'échéancier suivant.

Échéancier

J'atteste que mes services procèdent au contrôle du service fait, conformément aux dispositions de l'alinéa 3 de l'article L. 1435-10 et de l'article R. 1435-2 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.

Vous voudrez bien ainsi effectuer le paiement de XX € correspondant à la [mensualité/
période Y] de l'exercice.

*Le directeur général de l'agence régionale
de santé de XXX,*