

Ministère des affaires sociales et de la santé

SECRETARIAT GENERAL DES MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau synthèse organisationnelle et financière – R1
Personne chargée du dossier : Bastien GONDRE
bastien.gondre@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directrices et
directeurs généraux des agences régionales de
santé

CIRCULAIRE N° SG/DGOS/2013/361 du 8 octobre 2013 relative aux modalités de mise en œuvre
du fonds d'intervention régional en 2013

Date d'application : immédiate

NOR : AFSZ1325214C

Classement thématique : Sécurité sociale : organisation, financement

Validée par le CNP le 27 septembre 2013 - Visa CNP 2013-212

Catégorie : Directive adressée par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : Cette circulaire précise les orientations nationales et les missions financées par les crédits attribués dans le cadre de la troisième délégation du fonds d'intervention régional.

Mots-clés : FIR- fongibilité - Qualité et coordination des soins- Modernisation, adaptation et restructuration de l'offre de soins- Accompagnement social

Textes de référence :

- 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
- Article 48 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013
- 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 1er 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 mai 2013 modifié fixant pour l'année 2013 le montant des dotations des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, du FIQCS et du FMESPP au fonds d'intervention régional des ARS
- Arrêté du 3 mai 2013 modifié fixant le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR pour l'année 2013
- Arrêté du 4 juin 2013 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 N° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013

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

- Instruction N°DSS/1B/2012 portant sur le circuit de liquidation et de paiement des forfaits de régulation et d'astreintes de permanence des soins ambulatoires

En complément de la circulaire du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional, la présente circulaire vise à préciser les conditions d'allocation des ressources complémentaires qui vous sont déléguées.

En effet, la modification de vos dotations régionales conduit à vous allouer **95,0 M€** supplémentaires. Les mesures nouvelles qui vous sont déléguées sont détaillées ci-après.

I. Les principes généraux guidant l'utilisation des crédits FIR

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 libre appréciation, sous réserve du respect du principe de fongibilité asymétrique encadrant l'emploi de ce certains crédits..

Toutefois, il convient de préciser que les principes d'allocation définis dans les guides de contractualisation des dotations finançant les AC et les MIG (circulaire N° DGOS/R5/2011/315 du 1er août 2011 et guide à paraître) et dans le guide relatif à l'élaboration des CPOM (circulaire N° DGOS/PF3/2012/09 du 10 janvier 2012) demeurent applicables à l'ensemble des crédits finançant des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, y compris ceux transférés dans le FIR. En effet, ces guides rappellent les principes de bonne gestion qui doivent être suivis pour tout financement public dans le domaine de la santé, notamment pour respecter le droit communautaire.

En particulier, les règles de procédure édictées par ces guides 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 ainsi 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.

II. Les orientations nationales pour 2013

Les règles de répartition mentionnés ci-après sont celles ayant servi de référence pour le calcul des nouvelles dotations régionales. Elles ne s'imposent pas en revanche à vous dans la répartition intra régionale.

a. La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins

i. Programme Phare

Un accompagnement financier est alloué aux régions Champagne-Ardenne et Bretagne afin de soutenir le déploiement national et régional du programme Phare dans ces deux régions.

ii. Plan de santé outre-mer

Dans le cadre de l'aide à la résorption des créances irrécouvrables prévue dans le Plan de Santé Outre Mer, des crédits sont accordés aux départements d'outre mer. Ils s'inscrivent dans la continuité des aides accordées les années passées. En contrepartie, les établissements bénéficiaires doivent s'engager dans un processus d'amélioration de leur facturation. Il vous appartient de veiller à ce que les établissements utilisent ces crédits, dans le cadre de l'exercice 2013, pour apurer leurs créances irrécouvrables. Je vous remercie de m'adresser un bilan de l'utilisation des crédits qui seront affectés à cet objet et des mesures mises en œuvre par les établissements pour améliorer leur circuit facturation/recouvrement.

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

Des crédits non reductibles sont délégués dans le cadre du Pacte social à quatre régions (Corse, Franche-Comté, Lorraine et Martinique) en vue de l'accompagnement social de projets de recomposition de l'offre de soins. Ces crédits sont destinés à financer des aides individuelles aux agents : financement des cellules d'accompagnement social (CLASMO) ; indemnités de départ volontaires (IDV) ; aides à la mobilité ; remboursement des différentiels de rémunération ; conversion professionnelle.

c. L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins

i. actions de qualité transversale des pratiques de soins

Un financement supplémentaire vous est délégué pour les actions de qualité transversale des pratiques de soins en oncologie. Il est destiné à financer la participation des médecins libéraux des établissements ex-OQN aux réunions de concertation pluridisciplinaire de cancérologie (RCP), qui ne faisaient jusqu'alors pas l'objet d'un financement spécifique.

ii. retour d'expérience dans la prise en charge médicamenteuse

Afin de soutenir l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et de capitaliser sur les retours d'expérience dans la gestion des événements indésirables, des crédits sont répartis entre les régions au pro rata des lits et places identifiés.

iii. structures régionales d'appui pour la qualité et la coordination des soins

La qualité et la sécurité des soins, pour être effectives pour tout type de prise en charge et en tous points du parcours de soins, requièrent qu'un appui et une dynamique soient fournis aux acteurs de santé dans leurs démarches d'amélioration, au plus près des problématiques régionales et de terrain. Cet appui doit se concevoir de manière transversale et coordonnée.

De nombreuses régions sont dotées de structures d'appui dont l'objet est de promouvoir la qualité des soins et de faire émerger une culture de sécurité, dans l'esprit du Programme national pour la sécurité des patients (2013/2017- Axe 3 « Formation, culture de sécurité, appui »). Ces structures dédiées à l'amélioration des organisations et des pratiques de soins permettent une mutualisation des bonnes pratiques et la mise en œuvre coordonnée de projets relatifs à la sécurité des soins, pour l'ensemble des acteurs de santé.

Elles exercent leurs missions en lien avec d'autres structures d'accompagnement dédiées (OMEDIT, ARLIN, etc) et constituent ainsi un possible point d'ancrage et de dynamique pour le futur regroupement régional de l'appui à la veille et à l'évaluation sanitaire, comme évoqué dans le rapport sur la Réorganisation des vigilances sanitaires, de Jean-Yves Grall.

L'objet de cette mesure est de soutenir les structures existantes ou émergentes aux missions transversales.

iv. plan national maladies rares

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan national maladies rares (PNMR) 2011-2014 annoncé par les ministres le 28 février 2011, des crédits vous sont délégués afin de financer les actions de structuration des filières « maladies rares » (Action A-1-1 du PNMR) ainsi que les actions d'évolution du dispositif d'évaluation et de labellisation des centres de référence maladies rares (Axe A-2-1 du PNMR).

Par ailleurs, ces crédits doivent également permettre de développer les approches à haut débit (CGH et séquençage) dans le cadre des plateformes nationales de laboratoires de diagnostic approfondi (Axe A-1-3 du PNMR).

v. médecins correspondants de SAMU

L'accès à des soins urgents en moins de trente minutes est l'une des priorités du Gouvernement. J'ai tenu à rappeler que seules des réponses 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.

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

Une deuxième tranche de crédits est déléguée afin de soutenir le dispositif. Ces crédits sont délégués dans le cadre du FIR afin de permettre le financement de tous les acteurs contribuant au dispositif quel que soit leur statut (MCS, le cas échéant réseau de MCS, établissement de santé siège du SAMU).

vi. carences ambulancières

Les établissements de santé siège d'un SAMU se voient déléguer les crédits d'aide à la contractualisation correspondant au financement des interventions des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) en cas d'indisponibilité ambulancière, en application de l'article L1424-42 du code général des collectivités territoriales. La prise en compte du nombre d'indisponibilités ambulancières devant être indemnisée est réalisée à partir des déclarations des établissements dans le cadre de la SAE 2012.

vii. télé médecine

Jusqu'à présent essentiellement déployée dans le secteur hospitalier, il convient désormais de soutenir les projets de télé médecine impliquant le secteur ambulatoire ou le secteur médico-social. Le « Pacte territoire-santé » pour lutter contre les déserts médicaux comporte d'ailleurs un engagement relatif au développement de la télé médecine au service des professionnels de santé s'installant dans les zones isolées. Cet engagement donnera lieu à une expérimentation axée sur l'extension de la télé médecine en dehors des murs de l'hôpital en 2014.

Il est rappelé que, dans l'attente d'une consolidation des modalités de tarification des actes de télé médecine visés au décret du 19 octobre 2010, le FIR peut être mobilisé pour soutenir ponctuellement des activités s'inscrivant dans le programme régional de télé médecine et présentant un potentiel de développement en termes de volume d'actes et de patients pris en charge.

viii. évolution des modes de pratique (Plan Cancer)

Le déploiement du Plan Cancer se poursuit avec une délégation de crédits permettant la création de postes d'assistants spécialistes et de postes partagés pour les spécialités oncologie médicale, radiothérapie et anatomopathologie. Ce financement FIR sera complété par une dotation MIGAC qui interviendra en deuxième circulaire budgétaire 2013.

Il permettra de créer :

- des postes d'assistants spécialistes de manière pérenne dans les régions présentant les plus fortes tensions démographiques, notamment en permettant de combler le manque de postes en « post-internat » (action 24.1 du plan) ;
- des postes médicaux partagés (action 24.2 du plan). Ces crédits doivent permettre la création de postes de praticiens hospitaliers partagés et de postes d'assistants partagés. Ce partage d'activité permet la prise en charge et le suivi de patients notamment dans les zones rurales où les problèmes de démographie médicale sont les plus importants.

Pour ces deux actions, les critères retenus pour l'identification des régions prioritaires dans l'affectation de ces postes sont les données d'incidence, d'activité et du nombre de médecins en formation.

III. La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie

Des crédits vous sont délégués au titre du dispositif PAERPA. Huit territoires pilotes ont été sélectionnés pour mettre en place, en deux vagues, un dispositif « prototype » d'organisation du parcours de santé des personnes âgées, dans le cadre des expérimentations prévues par l'article 48 de la LFSS pour 2013.

Cette première délégation est prévue afin d'accompagner le démarrage de ces expérimentations. Ce montant est partagé équitablement entre les cinq ARS de la première vague, qui ont entamé la mise en œuvre opérationnelle des expérimentations en septembre 2013. Un principe de fongibilité asymétrique encadre l'utilisation de ces crédits.

IV. Les marges de manœuvre régionales 2013

En complément de l'aide exceptionnelle allouée dans le cadre de la 1^{ère} circulaire FIR, des crédits supplémentaires vous sont délégués de façon non reconductible au titre de la préservation des marges de manœuvre régionales. La compensation effectuée en première délégation FIR était pour partie fondée sur une estimation de répartition entre régions des mesures nouvelles ex AC, qui est désormais corrigée sur la base de la répartition réelle. A cet effet, 14 régions sont concernées par cette délégation supplémentaire.

V. Précisions relatives à la gestion du fonds

En réponse à des questions adressées par certaines ARS, les précisions suivantes vous sont apportées :

- les crédits destinés au financement de la démocratie sanitaire mentionnés au paragraphe II h de la circulaire du 14 mai 2013, soit 192 000 € par région seront versés directement sur le compte de chaque agence par la CNAMTS. Vos services n'ont donc aucune démarche à effectuer pour obtenir ce versement ;
- contrairement à ce qui est indiqué dans les annexes 4 et 5 de la circulaire du 14 mai 2013, en l'état actuel des textes définissant la compétence des juridictions, le contentieux relatif aux décisions prises par le directeur général de l'ARS pour l'utilisation du FIR relève en premier recours du Tribunal administratif.

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.

Le directeur général de l'offre de soins

Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales

signé

Jean DEBEAUPUIS

signé

Pierre-Louis BRAS