

# **Le Fonds d'Intervention Régional (FIR)**

## **SOMMAIRE**

<b>RESUME DE LA DISPOSITION</b>	<b>2</b>
<b>ARTICLE 36 PLFSS 2012</b>	<b>5</b>
<b>EXPOSE DES MOTIFS</b>	<b>8</b>
<b>QUESTIONS-REPONSES SUR LE FIR</b>	<b>9</b>
<b>TEXTES MODIFIES PAR L'ARTICLE 36</b>	<b>13</b>

## **Le Fonds d'Intervention Régional (FIR)**

### **Article 36 du PLFSS 2012**

La volonté de décloisonner les soins/la prévention, l'ambulatoire/l'hospitalier, le sanitaire/le médico-social se heurte à des résistances tenaces et à des difficultés techniques dont le cloisonnement des circuits financiers.

Après avoir instauré une fongibilité entre le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) et le Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP), le gouvernement souhaite instaures un « Fonds d'Intervention Régional » (FIR) prévue aux articles L 162-48 à L 162-53 du Code de la Sécurité sociale. Il s'agit ainsi de confier à un même financeur le financement d'actions proches ou complémentaires et de se doter d'une certaine souplesse de gestion.

Le Fonds d'Intervention Régional (FIR) finance des actions et des expérimentations décidées par les agences régionales de santé en faveur de : la performance des soins, la qualité des soins, la coordination des soins, la permanence des soins, la prévention de la santé, la promotion de la santé, la sécurité sanitaire.

A ce titre, peuvent notamment être financées : des actions visant à l'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, la restructuration de l'offre de soins et des mutualisations régionales (système d'information, ingénierie de projets...).» Les actions/expérimentations bénéficiant d'un financement « FIR » doivent être mentionnées dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclu avec l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Les ressources du fonds sont constituées par : une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, une dotation de l'Etat voire une dotation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ou toute autre dotation prévue par des dispositions législatives ou réglementaires. En 2012, les ressources du FIR comprennent également une part de la dotation du FIQCSS et une part de la dotation du FMESPP.

Les orientations nationales du FIR sont déterminées par le Comité National de Pilotage des Agences Régionales de Santé (ARS) et la répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, sur proposition du Conseil National de Pilotage des ARS.

La gestion comptable et financière du FIR est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui peut déléguer , les opérations de gestion d'une partie de ses crédits aux ARS.

## La création du FIR entraîne plusieurs conséquences

### ➤ Pour le FIQCS :

- le FIQCS ne peut plus financer que des actions et des expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville ;
- le Conseil national (sur proposition du Comité national) du FIQCS ne délibère plus sur la part affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville et sur la dotation réservée au financement des actions régionales ;
- le Comité national de gestion ne répartit plus la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les ARS et les décisions d'attribution des aides en vue des expérimentations ne sont plus prises par le bureau du Conseil national. Le Comité ne transmet plus au Parlement son bilan d'activité avant le 1<sup>er</sup> septembre et ne peut plus prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses d'un réseau de santé.
- Il n'est plus prévu que les aides soient attribuées sur une base pluriannuelle.

### ➤ Pour les ARS :

- les crédits du FMESPP ne font plus partie des ressources ARS.

### ➤ Pour le FMESPP :

Le FMESPP ne finance plus :

- des actions d'amélioration des conditions de travail et des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;
- les contrats d'amélioration des conditions de travail;
- les actions de modernisation sociale ;
- les aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation ou membres de communautés hospitalières de territoire ;
- les dépenses de fonctionnement des établissements de santé et des Groupements de Coopération Sanitaire ;
- le coût des ressources de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière ;
- les frais de fonctionnement d'une mission d'expertise et d'audit hospitalier placée auprès des ministres ;
- certaines dépenses d'investissements immobiliers

➤ **Pour le financement des actions de prévention**

- il n'y a plus d'arrêtés ministériels déterminant annuellement le montant de la contribution de chaque Caisse nationale d'assurance maladie à chaque ARS au titre des actions de prévention

➤ **Pour le financement des réseaux/centres/maisons/pôles de santé :**

- à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, le financement de ces structures ayant conclu un CPOM relèvera du FIR et non plus du FIQCS

➤ **Pour la contrepartie des contrats d'amélioration de la qualité et de coordination des soins**

- la contrepartie financière ne sera plus financée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013 par la dotation régionale déléguée à l'ARS au titre du FIQCS mais par le FIR et la dotation « Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation » (MIGAC).

En 2012, le FIQCS et le FMESPP sont maintenus.

Les régimes obligatoires d'assurance maladie participent au financement du FIQCS à hauteur de 250 millions d'euros € (montant identique à 2011) avec un montant maximal des dépenses du FIQCS fixé à 281 millions d'euros pour l'année 2012 (contre 296 millions d'€ en 2011).

Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP est fixé à 385,87 millions d'euros pour l'année 2012 (contre 347,71 millions d'euros pour l'année 2011).

## Article 36 PLFSS 2012

I. Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Il est inséré après le chapitre 2 du titre VI du livre premier, un chapitre 2 bis ainsi rédigé :

« Chapitre 2 bis – Fonds d'intervention régional

« Art. L. 162-48. – Le fonds d'intervention régional finance des actions et des expérimentations décidées par les agences régionales de santé en faveur de la performance, de la qualité, de la coordination et de la permanence des soins, ainsi qu'en faveur de la prévention, de la promotion de la santé et de la sécurité sanitaire.

« A ce titre, il finance notamment des actions, des expérimentations ou des structures concourant à :

« 1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 du même code ;

« 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des établissements de santé et médico-sociaux ou des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique ;

« 3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;

« 4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins, dans le cadre d'un accompagnement contractuel des établissements de santé et de leurs groupements, ainsi que des prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des démarches visant à améliorer la performance hospitalière ;

« 5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;

« 6° La prévention, la promotion de la santé et la sécurité sanitaire ;

« 7° La mutualisation régionale, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets, en vue de contribuer à améliorer l'efficacité et la qualité de l'offre de soins dans la région. »

« Les financements alloués aux établissements de santé, ainsi que les engagements pris en contrepartie, font l'objet d'une inscription et d'une évaluation dans le cadre du contrat mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.

« Art. L. 162-49. - Les ressources du fonds sont constituées par :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

« 2° Une dotation de l'Etat ;

« 3° Le cas échéant, une dotation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

« 4° Le cas échéant, toute autre dotation prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.

« Art. L. 162-50. - Les orientations nationales du fonds sont déterminées dans les conditions prévues par les articles L. 1433-1 et L. 1433-2 du code de la santé publique.

« La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, sur proposition du conseil national de pilotage mentionné à l'article L. 1433-1 du code de la santé publique.

« La gestion comptable et financière du fonds est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle peut déléguer, le cas échéant, les opérations de gestion d'une partie de ses crédits aux agences régionales de santé.

« Art. L. 162-51. – Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :

« 1° Les 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.

« 2° Les 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.

« Art. L. 162-52. -Les sommes dues au titre des actions, expérimentations et structures financées par le fonds se prescrivent par quatre ans à son profit dans les conditions prévues par décret.

« Art. L. 162-53. - Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

2° L'article L. 221-1-1 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa du I est remplacé par les dispositions suivantes : « Le fonds peut financer des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. » ; les 3ème, 4ème, 5ème et 6ème alinéas sont supprimés ;

b) Au 3° du IV, les mots « et celle réservée au financement des actions à caractère régional » sont supprimés ; le 2° est supprimé et les 3° et 4° deviennent respectivement le 2° et le 3° ;

c) A la deuxième phrase du premier alinéa du V, les mots « répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les ARS et » sont supprimés ; la dernière phrase du premier alinéa et la seconde phrase du deuxième alinéa sont supprimées ;

d) La seconde phrase du premier alinéa du VI est supprimée.

3° A l'article L. 162-45, les mots : "le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L.221-1-1 et" sont supprimés.

II. Le code de la santé publique est modifié comme suit :

1° Le 6° de l'article L.1432-6 est supprimé.

2° Après le 4ème alinéa de l'article L. 1433-1, il est inséré les dispositions suivantes : « Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 162-48 du code de la sécurité sociale » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L1434-6, la deuxième phrase est remplacée par les dispositions suivantes : « Le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie est fixé dans le cadre des dispositions de l'article L162-49 du code de la sécurité sociale » ;

4° Le troisième alinéa de l'article L. 1435-4 est remplacé par les dispositions suivantes : "La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 162-48 du code de la sécurité sociale et la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du même code."

5° - L'article L. 6323-5 est modifié comme suit :

a) Les mots « du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots « du fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 162-48 du code de la sécurité sociale ».

b) La dernière phrase est supprimée.

III. L'article 40 de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est modifié ainsi qu'il suit :

1° Le II, le III bis, le III quater, le premier alinéa du IV et le V bis sont abrogés ;

2° Au premier alinéa du III, les mots : « et de fonctionnement » sont supprimés.

IV. Les dispositions des 2° et 3° du I, des 4° et 5° du II et du III du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2013.

V. Pour l'année 2012, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-49 du code de la sécurité sociale, les ressources du fonds comprennent également :

1° Une part de la dotation du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins visé à l'article L. 221-1-1 ;

2° Une part de la dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés visé à l'article 40 de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 modifiée.

L'arrêté mentionné au 1° de l'article L. 162-49 du code de la sécurité sociale fixe également, en 2012, le montant des parts mentionnées aux deux alinéas précédents.



## **Exposé des motifs**

L'ambition d'une vision globale de la santé et d'un décloisonnement entre les logiques de soins et de prévention, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le médico-social se heurte au maintien d'un certain cloisonnement des circuits financiers, qui se double d'un fort fléchage national de nombre d'entre eux.

Ce constat a été dressé par des rapports parlementaires récents qui ont notamment pu voir dans l'exercice de fongibilité entre deux fonds, le FIQCS et le FMESPP, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le commencement de fonds régional d'intervention.

La création d'un « fonds d'intervention régional » (FIR) réunissant des moyens d'action des politiques proches ou complémentaires dans les champs notamment de la performance, de la continuité et de la qualité des soins, permettra d'offrir cette plus grande souplesse de gestion. L'intégration de crédits dédiés à la prévention donnera également la possibilité de mettre en œuvre la fongibilité asymétrique. L'utilisation des crédits du fonds par les ARS fera l'objet d'un bilan annuel dans l'annexe 7 de la loi de financement de la sécurité sociale, retraçant notamment la destination finale des crédits par sous objectif de l'ONDAM.

Outre la création du fonds, le présent article fixe les objectifs poursuivis par celui-ci et l'origine de ses ressources.

Au total, la création de ce fonds, dont les dotations 2012 dépasseront vraisemblablement 1,5 Md d'euros et qui est appelé à croître progressivement s'il donne satisfaction dans son fonctionnement et dans ses résultats, constitue une innovation importante dans la déclinaison de la politique de santé.

## **Le Fonds d'Intervention Régional (FIR)**

*L'article 36 du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012 prévoit la création d'un Fonds d'Intervention Régional (FIR) amené à remplacer le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS).*

*Pour l'instant, il ne s'agit que d'une disposition du projet de loi qui doit encore être débattu à l'Assemblée Nationale et au Sénat et éventuellement soumis*

*au Conseil constitutionnel.*

*Si cette disposition du projet figurait dans la loi votée par le Parlement et validée par le Conseil constitutionnel en décembre 2012, sa mise en place nécessitera des décrets d'application à paraître courant 2013.*

### **Quelle est la mission du FIR ?**

Le Fonds d'Intervention Régional (FIR) finance des actions et des expérimentations décidées par les agences régionales de santé en faveur de :

- la performance des soins,
- la qualité des soins,
- la coordination des soins ;
- la permanence des soins,
- la prévention de la santé ;
- la promotion de la santé ;
- la sécurité sanitaire.

### **Quelles sont les actions/expérimentations concernées par un financement « FIR » ?**

Le FIR peut notamment financer des actions, des expérimentations ou des structures concourant à :

#### 1° La permanence des soins

Est ici concernée la permanence des soins tant en ambulatoire qu'en établissement de santé;

#### 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins.

Des professionnels de santé, regroupements de ces professionnels, centres de santé, établissements de santé et médico-sociaux, des groupements d'établissements peuvent percevoir des aides. Ces aides peuvent notamment être versées dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins conclu avec l'Agence Régionale de Santé.

#### 3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé

Ne sont pas ici concernées seulement les personnes physiques mais également les maisons/pôles/centres de santé.

#### 4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins,

Les établissements ou groupements d'établissements peuvent bénéficier d'un accompagnement (conseil, pilotage) en vue d'améliorer la performance hospitalière.

#### 5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;

#### 6° La prévention, la promotion de la santé et la sécurité sanitaire ;

#### 7° La mutualisation régionale,

Cette mutualisation peut notamment concerner les systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets afin de contribuer à améliorer l'efficacité et la qualité de l'offre de soins dans la région. »

### **Les actions/expérimentations bénéficiant d'un financement « FIR » doivent-elles être mentionnées dans le CPOM conclu avec l'ARS ?**

Oui, les établissements de santé doivent inscrire dans leur Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclu avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) :

- les actions/expérimentations bénéficiant d'un financement FIR ;
- les contreparties accordées ;
- les modalités d'évaluation des actions/expérimentations financées.

On peut légitimement penser que les centres/maisons/réseaux de santé qui doivent également conclure des CPOM avec l'ARS seront également concernés.

### **Quelles sont les ressources du « FIR » ?**

Les ressources du fonds sont constituées par :

1. Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie ;
2. Une dotation de l'Etat ;
3. Le cas échéant, une dotation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
4. Le cas échéant, toute autre dotation prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.

Pour l'année 2012, les ressources du FIR comprennent également :

1° Une part de la dotation du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins visé à l'article L. 221-1-1 ;

2° Une part de la dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés visé à l'article 40 de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 modifiée.

Un arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées fixe en 2012 le montant de ces deux parts.

D'ores et déjà, on estime à plus de 1,5 milliard la dotation du FIR en 2012. Une augmentation progressive est prévue les années suivantes.

### **Toutes les actions bénéficiant d'un financement FIR peuvent-elles financer des activités de soins ?**

Non.

Les 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 .

Les 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 deux types de crédits doivent bien être distingués au sein des ressources du FIR.

### **Qui donne les orientations nationales du « FIR » ?**

Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le Comité National de Pilotage des Agences Régionales de Santé (ARS) qui donne aux ARS les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire.

### **Qui fixe la répartition régionale des crédits du « FIR » ?**

La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, sur proposition du conseil national de pilotage des Agences Régionales de Santé (ARS).

### **Qui assure la gestion comptable et financière du « FIR » ?**

La gestion comptable et financière du FIR est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Elle peut déléguer, le cas échéant, les opérations de gestion d'une partie de ses crédits aux agences régionales de santé.

### **Quel est le délai de prescription des aides financières accordées par le FIR ?**

Les sommes dues au titre des actions, expérimentations et structures financées par le fonds se prescrivent par quatre ans à son profit.

### **Quels sont les textes applicables au FIR ?**

Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2012 prévoit d'insérer de nouveaux articles dans le Code de la sécurité sociale : les articles L 162-48 à L 162-53 du code de la Sécurité sociale.

## LES DISPOSITIONS MODIFIEES

### Article L221-1-1 CSS applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2013

#### MODIFICATIONS PREVUES PAR LE PLFSS 2012

2° L'article L. 221-1-1 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa du I est remplacé par les dispositions suivantes : « Le fonds peut financer des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. » ; les 3ème, 4ème, 5ème et 6ème alinéas sont supprimés ;

b) Au 3° du IV, les mots « et celle réservée au financement des actions à caractère régional » sont supprimés ; le 2° est supprimé et les 3° et 4° deviennent respectivement le 2° et le 3° ;

c) A la deuxième phrase du premier alinéa du V, les mots « répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les ARS et » sont supprimés ; la dernière phrase du premier alinéa et la seconde phrase du deuxième alinéa sont supprimées ;

d) La seconde phrase du premier alinéa du VI est supprimée.

#### MODIFICATIONS INTEGREES

Article L221-1-1 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 87](#)

Modifié par [LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 88](#)

I.-Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Le fonds **peut financer** des actions et des expérimentations **nationales** concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.

Il finance le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux dans les conditions prévues à l'article [L. 162-45](#).

Il finance des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde.

Il concourt à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.

Il finance des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.

Il contribue à la mise en oeuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article [L. 161-36-1](#) et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article [L. 1111-8](#) du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.

[...]

IV.-Sur proposition du comité national de gestion, le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins délibère sur :

1° Les orientations stratégiques concernant les priorités d'action du fonds et d'affectation de la dotation ;

~~2° La part affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville mentionnées au deuxième alinéa du I ;~~

2° La dotation annuelle consacrée au financement des actions à caractère national ou interrégional ~~et celle réservée au financement des actions à caractère régional ;~~

3° Le rapport d'activité annuel.

Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins peut, sur la base d'un avis motivé, demander un second projet de délibération au comité national de gestion. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers des membres le composant.

V.-Le comité national de gestion élabore les propositions présentées au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. ~~Il répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les agences régionales de santé et attribue les aides pour les actions à caractère national ou interrégional. Toutefois, les décisions d'attribution des aides en vue des expérimentations mentionnées au 2° du IV sont prises par le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.~~

Le comité national de gestion présente chaque année ses orientations ainsi que le bilan de son activité au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. ~~Ce bilan d'activité est transmis au Parlement avant le 1er septembre.~~

VI.-L'attribution des aides peut être déconcentrée et confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret. ~~Les aides peuvent être attribuées sur une base pluriannuelle.~~

Les aides du fonds déconcentrées aux agences régionales de santé peuvent être affectées au financement des actions mentionnées au V bis de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).

VII.-La composition et les modalités de fonctionnement du comité national de gestion, du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins et du bureau de ce dernier sont déterminées par décret.

## **L. 162-45 CSS** **applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2013**

### **MODIFICATIONS PREVUES PAR LE PLFSS 2012**

3° A l'article L. 162-45, les mots : "le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L.221-1-1 et" sont supprimés.

### **MODIFICATIONS INTEGREES**

#### **Article L162-45 [En savoir plus sur cet article...](#) Modifié par [Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 24](#)**

~~Le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et les agences régionales de santé peuvent prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau.~~

En tant que de besoin, elle peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ;

2° Articles L. 321-1 et L. 615-14 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

4° Article L. 322-3 relatif à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

## L.1432-6 CSP

### MODIFICATIONS PREVUES PAR LE PLFSS 2012

II. Le code de la santé publique est modifié comme suit :

1° Le 6° de l'article L.1432-6 est supprimé.

### MODIFICATIONS INTEGREES

Article L1432-6 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 78](#)

Modifié par [LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 88](#)

Les ressources de l'agence sont constituées par :

1° Une subvention de l'Etat ;

2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;

3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ;

4° Des ressources propres, dons et legs ;

5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics ;

~~6° Des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés dans des conditions définies par décret.~~

Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

## L. 1433-1 CSP

### MODIFICATIONS PREVUES PAR LE PLFSS 2012

2° Après le 4ème alinéa de l'article L. 1433-1, il est inséré les dispositions suivantes : « Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 162-48 du code de la sécurité sociale » ;

### MODIFICATIONS INTEGREES

#### Article L1433-1 En savoir plus sur cet article...

Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 118

Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.

Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences.

Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux. **Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 162-48 du code de la sécurité sociale.**

Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.

## L1434-6 CSP

### MODIFICATIONS PREVUES PAR LE PLFSS 2012

3° Au deuxième alinéa de l'article L1434-6, la deuxième phrase est remplacée par les dispositions suivantes : « Le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie est fixé dans le cadre des dispositions de l'article L162-49 du code de la sécurité sociale » ;

### MODIFICATIONS INTEGREES

#### Article L1434-6 En savoir plus sur cet article...

#### Modifié par Ordonnance n°2010-462 du 6 mai 2010 - art. 1

Les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

Au titre de ses actions de prévention, l'agence régionale de santé attribue, dans des conditions fixées par les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées au II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 611-7 du même code et à l'article L. 723-12 du code rural et de la pêche maritime, des crédits provenant des fonds constitués au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. ~~Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie à chaque agence régionale de santé au titre des actions de prévention.~~ **Le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie est fixé dans le cadre des dispositions de l'article L162-49 du code de la sécurité sociale.**

## L. 1435-4 CSP applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2013

### MODIFICATIONS PREVUES PAR LE PLFSS 2012

4° Le troisième alinéa de l'article L. 1435-4 est remplacé par les dispositions suivantes : "La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 162-48 du code de la sécurité sociale et la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du même code."

### MODIFICATIONS INTEGREES

#### Article L1435-4 [En savoir plus sur cet article...](#)

Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 118](#)

L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins.

Ces contrats fixent les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service, le pôle ou le réseau concerné. Les contrats visés au premier alinéa sont conformes à des contrats-types nationaux. Ces contrats-types sont adoptés, pour les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé, par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ; ils sont adoptés, dans les autres cas, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. En l'absence d'un contrat-type national, l'agence régionale de santé établit un contrat-type régional qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par les parties aux conventions précitées et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

~~La contrepartie financière est financée par la dotation régionale qui est déléguée à l'agence au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du même code.~~ **La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 162-48 du code de la sécurité sociale et la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du même code ;**

L'agence régionale de santé veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

**L. 6323-5 CSP**  
**applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2013**

**MODIFICATIONS PREVUES PAR LE PLFSS 2012**

5° - L'article L. 6323-5 est modifié comme suit :

a) Les mots « du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots « du fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 162-48 du code de la sécurité sociale ».

b) La dernière phrase est supprimée.

**MODIFICATIONS INTEGREES**

Article L6323-5 [En savoir plus sur cet article...](#)  
Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 41](#)

Les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 peuvent percevoir une dotation de financement ~~du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale~~ **du fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 162-48 du code de la sécurité sociale**. Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins. ~~Seu~~  
~~montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale.~~

## Article 40 LFSS pour 2001

### MODIFICATIONS PREVUES PAR LE PLFSS 2012

III. L'article 40 de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est modifié ainsi qu'il suit :

1° Le II, le III bis, le III quater, le premier alinéa du IV et le V bis sont abrogés ;

2° Au premier alinéa du III, les mots : « et de fonctionnement » sont supprimés.

### MODIFICATIONS INTEGREES

## Article 40

Modifié par [LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 87](#)

Modifié par [LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 88](#)

I.-Il est créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

~~II.-Ce fonds finance des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.~~

~~A ce titre, il participe au financement :~~

~~1° De contrats d'amélioration des conditions de travail ayant fait l'objet d'un accord négocié entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement ;~~

~~2° Des actions de modernisation sociale, notamment celles figurant dans le volet social des contrats d'objectifs et de moyens ;~~

~~3° Des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation ou membres de communautés hospitalières de territoire mentionnées à l'article [L. 6132-1](#) du même code.~~

III.-Ce fonds finance des dépenses d'investissement ~~et de fonctionnement~~ des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire mentionnées au même article L. 6132-1

Il peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant fait l'objet d'un accord avec le Gouvernement de la République française et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini

par le code de la santé publique. Ces établissements doivent répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière.

~~III bis. Le fonds peut prendre en charge, dans la limite et selon des modalités définies par décret, le coût des ressources de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière.~~

III ter.-Le fonds peut prendre en charge le financement des missions de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduite des expérimentations prévues au I de [l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006](#) de financement de la sécurité sociale pour 2007 exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation

~~III quater. Le fonds prend en charge les frais de fonctionnement d'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements des références et recommandations de gestion hospitalière.~~

Le fonds prend également en charge les frais de fonctionnement d'une mission nationale d'appui à l'investissement, placée auprès du ministre chargé de la santé et de missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement placées auprès des directeurs généraux d'agences régionales de santé.

~~IV. Bénéficiaire du concours de ce fonds les actions mentionnées au II du présent article qui sont entreprises par des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de [l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale](#) ayant fait l'objet d'un agrément par le ou les directeurs généraux d'agences régionales de santé compétents. Les établissements non visés par cet article peuvent également bénéficier, après agrément dans les conditions mentionnées précédemment, du concours du fonds dans le cadre d'opérations de coopération entre un ou plusieurs de ces établissements et un ou plusieurs établissements visés à [l'article L. 174-1](#) du même code.~~

Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis. L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante.

L'alinéa précédent est applicable aux sommes déléguées antérieurement à la date de son entrée en vigueur.

V.-Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de

financement de la sécurité sociale et, pour 2001, à 600 millions de francs, ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article [L. 174-2 du code de la sécurité sociale](#).

Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale et mentionnées à [l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique](#) sont versées au fonds.

Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.

~~V bis. - L'attribution des financements relatifs aux actions prévues au II, au III pour les dépenses d'investissements immobiliers dont le montant est inférieur à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la santé et au III bis est confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret. Ils peuvent être attribués sur une base pluriannuelle.~~

Ces financements peuvent être affectés au financement des actions visées par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

VI.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

VII.-L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 ([n° 97-1164](#) du 19 décembre 1997) est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au VI.

VIII.-Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse des dépôts et consignations et adressé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires.

Le rapport annuel mentionné au premier alinéa ainsi que l'avis de la commission de surveillance du fonds sont transmis par le Gouvernement au Parlement avant le 1er octobre de chaque année.

IX.-Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

IV. Les dispositions des 2° et 3° du I, des 4° et 5° du II et du III du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2013.

## **Article 25 LFSS pour 1998**

### **MODIFICATIONS PREVUES PAR LE PLFSS 2012**

VI. - L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (no 97-1164 du 19 décembre 1997) est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au V.

### **MODIFICATIONS INTEGREES**

#### **Article 25 (abrogé) En savoir plus sur cet article...**

**DEJA** Abrogé par Loi 2000-1257 2000-12-23 art. 40 VI JORF 24 décembre 2000

## **Exposé des motifs**

L'ambition d'une vision globale de la santé et d'un décloisonnement entre les logiques de soins et de prévention, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le médico-social se heurte au maintien d'un certain cloisonnement des circuits financiers, qui se double d'un fort fléchage national de nombre d'entre eux.

Ce constat a été dressé par des rapports parlementaires récents qui ont notamment pu voir dans l'exercice de fongibilité entre deux fonds, le FIQCS et le FMESPP, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le commencement de fonds régional d'intervention.

La création d'un « fonds d'intervention régional » (FIR) réunissant des moyens d'action des politiques proches ou complémentaires dans les champs notamment de la performance, de la continuité et de la qualité des soins, permettra d'offrir cette plus grande souplesse de gestion. L'intégration de crédits dédiés à la prévention donnera également la possibilité de mettre en œuvre la fongibilité asymétrique. L'utilisation des crédits du fonds par les ARS fera l'objet d'un bilan annuel dans l'annexe 7 de la loi de financement de la sécurité sociale, retraçant notamment la destination finale des crédits par sous objectif de l'ONDAM.

Outre la création du fonds, le présent article fixe les objectifs poursuivis par celui-ci et l'origine de ses ressources.

Au total, la création de ce fonds, dont les dotations 2012 dépasseront vraisemblablement 1,5 Md d'euros et qui est appelé à croître progressivement s'il donne satisfaction dans son fonctionnement et dans ses résultats, constitue une innovation importante dans la déclinaison de la politique de santé.