**DIRECTION de l'offre de soins – DOS-**

**Service offre de soins de 1er recours**

**Dossier de demande de financement FIR**

 **« *développement des centres de santé, dans les territoires fragilisés, en Auvergne-Rhône-Alpes* »**

**NOM DU CENTRE DE SANTE :**

**COMMUNE :**

**FINESS ET :**

**N° SIRET :**

**MAIL :**

**Téléphone :**

Situation du centre (cocher la case):

* Projet de création de centre de santé

Date d’ouverture envisagée : ………

* Projet d'évolution d'un centre de santé monothématique vers la polyvalence
* Extension d'un centre de santé polyvalent

***PIECES A JOINDRE :***

* *Projet de santé et règlement de fonctionnement à jour*
* *Devis correspondants au projet envisagé*
* *RIB*
* *Copie des statuts juridiques du gestionnaire*

*Pour tout complément d’information, contactez la délégation territoriale de votre département*

 Centres de santé Auvergne-Rhône-Alpes

 Demande FIR

**Préambule**

En remplissant ce dossier, vous confirmez que votre centre répond bien aux critères de recevabilité listés dans le cahier des charges relatif à la demande de financement FIR des centres de santé, à savoir :

**Les critères d'éligibilité au sein du projet de santé garant :**

* d'une accessibilité géographique (zones fragiles ou de vigilance)
* d'une accessibilité financière
* d'une accessibilité sociale sans discrimination
* d'une accessibilité "temporelle"
* d'une dimension de santé publique
* assurant des consultations non programmées

**Les critères de gestion, non opposables, pour assurer la pérennité financière de la structure :**

* Pilotage de structure renforcé
* Optimisation des recettes (amplitude d'ouverture hebdomadaire, optimisation du taux d'occupation des cabinets…)
* Maîtrise des dépenses (maîtrise du coût de gestion du tiers-payant…)

**Les projets recevables feront ensuite l’objet d’une priorisation régionale en fonction de la pertinence du projet.**

L'aspect territorial (zones fragiles), l'offre pluri professionnelle ou la volonté de s'engager vers la pluriprofessionnalité, l'effort de mutualisation de certaines fonctions support/administrative (logistique, achat, informatique…) et la dimension de santé publique seront privilégiés.

**TITRE DU PROJET :**

**Le promoteur, l’équipe, les activités**

1. **Le promoteur du projet :**
* **Nom (directeur ou responsable) :**
* **Adresse complète :**
* **Numéro de téléphone :**
* **Adresse mail :**
* **Statut juridique (municipal/associatif/mutualiste/centre hospitalier) :**
1. **L’équipe du projet**

**Composition de l’équipe, préciser les effectifs, équivalents temps plein engagés dans la mise en œuvre du projet (personnel médical, personnel non médical, associatif…)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **PRENOM** | **FONCTION** | **Equivalent Temps Plein** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Activités assurées ou prévues au sein du centre de santé**

Les **activités prévues** en son sein et le **temps proposé** au public pour chaque activité.

Le cas échéant, les activités éventuellement hébergées sur le site du centre de santé doivent être mentionnées;

Préciser notamment :

* les spécialités médicales ou paramédicales développées
* les interventions effectuées au domicile du patient, le cas échéant
* les actes réalisés (prévention, investigation, soins médicaux, paramédicaux ou dentaires)
* les actions de formation et de recherche, le cas échéant

**le projet de création de centre de santé et/ou d'évolution ou d'extension**

1. Le territoire concerné
2. **Périmètre d’action**

Département(s)  :

Principales communes concernées :

1. **Offre de soins du territoire**

Hôpitaux les plus proches : ……………

Nombre de MG installés sur la commune : ……………

Nombre de spécialistes implantés sur la commune : ……………

Présence d'une structure d'exercice collectif (MSP/CDS) sur la commune : **[ ]**  oui **[ ]**  non

1. **Zonage pluriprofessionnel**

ZIP = zone d’intervention prioritaire, correspond aux aides qui existaient pour les ex zones fragiles

**OUI  [ ]  NON [ ]**

ZAC = zone d’action complémentaire, correspond aux aides qui existaient pour les ex zones de vigilance

**OUI  [ ]  NON [ ]**

ZV = zone de vigilance

**OUI  [ ]  NON [ ]**

Hors classement = offre est suffisante pour répondre aux besoins

**OUI  [ ]  NON [ ]**

QPV = quartiers prioritaires politique de la Ville

**OUI  [ ]  NON [ ]**

1. La description du projet
2. **Nature du projet (création, évolution vers la pluri professionnalité, analyse de la place du centre dans l'offre de soins et son environnement…) :**
3. **Besoins explicitant le choix du projet :**
4. **Objectifs généraux :**
5. **Modalités de coordination des intervenants :**
6. **Contenu du projet :**
7. Les financements
8. **Objet du financement sollicité dans le cadre du FIR :**

Le promoteur devra préciser si l’objet de sa demande vise :

(Merci de cocher une ou plusieurs cases) :

[ ]  Aide à l'acquisition d'un système d’information pluri professionnel labellisé ASIP et à la formation des professionnels à son utilisation Consulter les logiciels labellisés. <http://esante.gouv.fr/services/labellisation>

[ ]  Des dépenses d’équipements, matériels pour les parties communes et/ou participant à la coordination des professionnels

[ ]  Aide à l'équipement d'une salle dédiée à de la petite urgence et/ou du matériel d'urgence afin de répondre aux demandes de soins non programmées

[ ]  Aide au montage de projet

1. **Plan de financement :**

Le promoteur devra préciser l’ensemble des charges à couvrir pour la mise en œuvre du projet ainsi que les sources de financement, le montant de la participation de chacun des financeurs, et le calendrier de versement.

Pour chaque financement, le promoteur distinguera ceux qui ont déjà fait l’objet d’un accord de ceux qui sont en cours d’examen et par quelle instance, ainsi que les financeurs potentiels.

Tous les financeurs doivent être mentionnés ainsi que leur part.

Les tableaux récapitulatifs ci-après doivent également être complétés.

**Budget prévisionnel du projet**

**Investissement**

|  |  |
| --- | --- |
| Dépenses | Recettes |
| Nature | Montant | Nature | Montant |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Total investissement  |  | Total investissement |  |

*Ajouter autant de lignes que nécessaire.*

**Financement du projet**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de postes budgétaires à financer | Coût total  | Source de financement envisagée | Source de financement accordée |
| 1) Investissement |  |  |  |
| 2) Fonctionnement |  |  |  |

Pour une même dépense, préciser les autres financeurs éventuels et le montant de la participation de chacun.

**Récapitulatif des sources de financement**

Lister, le cas échéant, les sources de financement du projet existantes en précisant, pour chacune, le montant du financement.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sources de financement** | **Montant** | **Pourcentage** |
| Préfecture  |  |  |
| Conseil Régional |  |  |
| Conseil Général |  |  |
| Commune |  |  |
| **ARS (FIR)** |  |  |
| CPAM (rémunération forfaitaire spécifique des CDS) |  |  |
| CPAM (subvention «Teulade » |  |  |
| Participation des organismes complémentaires, d'assurance et de prévoyance |  |  |
| Participation privée (industrie…) |  |  |
| Autres (Union européenne, Fondations…) |  |  |
|  |  |  |

Donner une estimation budgétaire du projet envisagé (joindre les devis en annexe)

|  |  |
| --- | --- |
| **CHARGES** | **MONTANT** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Modalités de dépôt des dossiers de demande de financement

L'instruction des projets déposés est assurée par la délégation départementale de l'Agence Régionale de Santé et au sein de la Direction de l'Offre de Soins, service offre de 1er recours.

Ainsi, le dossier complet et ses pièces jointes sont à retourner à :

DD 01 Marion FAURE marion.faure@ars.sante.fr

DD 03 Elisabeth WALRAWENS elisabeth.walrawens@ars.sante.fr

DD 07 Anne-Laure POREZ anne-laure.porez@ars.sante.fr

DD 15 Christelle CONORT christelle.conort@ars.sante.fr

DD 26 Stéphanie De LA CONCEPTION stephanie.delaconception@ars.sante.fr

DD 38 Nathalie BOREL nathalie.borel@ars.sante.fr

DD 42 Maxime AUDIN maxime.audin@ars.sante.fr

DD 43 Annick ADIER annick.adier@ars.sante.fr

DD 63 Pauline DELAIRE Pauline.delaire@ars.sante.fr

DD 69 Christiane CHARDON christiane.chardon@ars.sante.fr

DD 73 Sarah MONNET sarah.monnet@ars.sante.fr

DD 74 Hervé BERTHELOT herve.berthelot@ars.sante.fr

Et en copie à :

 DOS siège: [ars-ara-dos-premier-recours@ars.sante.fr](file:///D%3A%5CUtilisateurs%5Cjsantini%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CTemporary%20Internet%20Files%5CContent.Outlook%5CVTESVVRY%5Cars-ara-dos-premier-recours%40ars.sante.fr)