

Le 8 septembre 2010

JORF n°203 du 2 septembre 2010

Texte n°21

DECRET

Décret n° 2010-1027 du 30 août 2010 relatif au fonctionnement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et au financement des réseaux

NOR: SASS1012773D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports et du ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1435-3, L. 1435-4 et L. 6321-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-45, L. 162-46 et L. 221-1-1 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 6 mai 2010 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 11 mai 2010 ;

Vu la saisine de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 30 avril 2010 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

La sous-section 1 de la section 10 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) est ainsi modifiée :

1° A l'article R. 162-59, les mots : « des financements au titre de la dotation nationale de développement des réseaux mentionnée à l'article L. 162-43 » sont remplacés par les mots : « de financements au titre du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 du présent code

dans les conditions prévues par les contrats mentionnés aux articles L. 1435-3 et L. 1435-4 du code de la santé publique », les mots : « le ou » sont supprimés et les mots : « aux directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « au directeur général de l'agence régionale de santé » ;

2° L'article R. 162-61 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 162-61. - La décision de financement est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé lorsque la décision s'impute sur la dotation régionale déléguée à l'agence au titre du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et par le comité national de gestion de ce fonds lorsque la décision s'impute sur les crédits nationaux du fonds.

« La décision détermine les financements accordés au réseau, les conditions de prise en charge financière des prestations, les dérogations prévues à l'article L. 162-45 pour lesquelles elle apporte des justifications, ainsi que les conditions d'évaluation du réseau compte tenu des critères de qualité définis par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le réseau et l'agence régionale de santé ou par la convention, conforme à un modèle type défini par le règlement intérieur mentionné à l'article D. 221-3, conclue entre le réseau et le comité national de gestion du fonds. Elle est annexée à ce contrat ou à cette convention qui est, le cas échéant, modifié préalablement par avenant. » ;

3° L'article R. 162-62 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « conjointe des directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « de financement », les mots : « de développement des réseaux » sont remplacés par les mots : « déléguée à l'agence régionale de santé au titre du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 » et le mot : « enveloppe » est remplacé par les mots : « dotation ou des crédits nationaux affectés à cette fin par le comité national de gestion du fonds » ;

b) Au dernier alinéa, après le mot : « régionale » sont insérés les mots : « ou sur ces crédits » ;

4° L'article R. 162-63 est ainsi modifié :

a) La première phrase du premier alinéa est remplacée par les dispositions suivantes : « La décision de financement est notifiée aux promoteurs du réseau et publiée au bulletin des actes administratifs de la préfecture du département dans lequel a son siège l'agence auprès de laquelle la demande a été déposée ainsi qu'au bulletin des actes administratifs de la préfecture de chacun des départements dans lesquels la décision s'applique. » ;

b) A la dernière phrase du premier alinéa, le mot : « suivants : » est remplacé par les mots : « mentionnés à l'article D. 6321-6 du code de la santé publique. » ;

c) Les deuxième, troisième et quatrième alinéas sont supprimés ;

d) Les deux derniers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« La décision précise la durée de son application, qui ne peut excéder cinq ans. Elle peut

être prorogée dans les mêmes formes qu'a été prise la décision initiale, au vu de l'évaluation mentionnée à l'article R. 162-65. Le directeur général de l'agence régionale de santé ou le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 définit, selon le cas, les modalités d'application de la décision de financement qu'il a prise. » ;

5° A l'article R. 162-64, les mots : « Le retrait de la décision de financement est pris conjointement par les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « L'abrogation de la décision de financement est prononcée, selon le cas, par le directeur général de l'agence régionale de santé ou par le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 » et les mots : « le ou » sont supprimés ;

6° Après l'article R. 162-64, il est rétabli un article R. 162-65 ainsi rédigé :

« Art. R. 162-65. - Chaque réseau de santé bénéficiant d'une décision de financement fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation selon les modalités définies par l'article D. 6321-7 du code de la santé publique. » ;

7° L'article R. 162-67 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 162-67. - Lorsque la demande de financement émane d'un réseau dont le champ d'application excède la région, la décision de financement qui ne s'impute pas sur les crédits nationaux du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé de la région où le réseau a son siège après avis des directeurs généraux des autres agences régionales de santé concernées.

« Les conditions de prise en charge financière des prestations et l'application des dérogations prévues à l'article L. 162-45 qui sont déterminées par la décision de financement ne s'appliquent qu'aux assurés sociaux s'adressant aux professionnels de santé, établissements et services du réseau situés dans une région dont le directeur général de l'agence régionale de santé a exprimé son accord. Le silence gardé pendant plus de deux mois par le directeur général d'une agence régionale de santé sur la proposition de décision de financement qui lui a été adressée vaut désaccord.

« Les dépenses du réseau s'imputent sur les dotations régionales déléguées aux agences régionales de santé qui ont exprimé leur accord au prorata du nombre de bénéficiaires relevant de chaque région. » ;

8° A l'article R. 162-68, le mot : « conjointe » est remplacé par les mots : « de financement », les mots : « la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription où le réseau a son siège » sont remplacés par les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés s'il s'impute sur les crédits nationaux du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 ou par l'organisme d'assurance maladie du régime général désigné par le directeur général de la même caisse nationale pour la région où l'agence a son siège » et les mots : « du code de la sécurité sociale » sont supprimés.

Article 2

La section 1 du chapitre Ier du titre II du livre II du code de la sécurité sociale (troisième partie : Décrets) est ainsi modifiée :

1° Sa subdivision en trois sous-sections est supprimée ;

2° A l'article D. 221-7, les mots : « l'ensemble de crédits nationaux et régionaux » sont remplacés par les mots : « les crédits nationaux et les dotations déléguées aux agences régionales de santé » et les mots : « et au niveau régional » sont supprimés ;

3° A l'article D. 221-8, après le mot : « ordonnancement » sont insérés les mots : « des crédits nationaux », les mots : « d'assurance » sont remplacés par les mots : « de l'assurance » et les mots : « de crédits affectés au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins » sont remplacés par les mots : « des crédits du fonds » ;

4° Aux articles D. 221-9 et D. 221-11, les mots : « d'intervention pour la qualité et la coordination des soins » sont supprimés ;

5° A l'article D. 221-9, les mots : « du code de la sécurité sociale » sont supprimés ;

6° Aux articles D. 221-11 et D. 221-12, le mot : « missions » est remplacé par le mot : « agences » ;

7° A l'article D. 221-11, le mot : « mission » est remplacé par le mot : « agence », les mots : « les crédits qui lui sont délégués » sont remplacés par les mots : « la dotation qui lui est déléguée » et les mots : « mentionnées à l'article L. 162-47 » ainsi que la dernière phrase du dernier alinéa sont supprimés ;

8° A l'article D. 221-12, après le mot : « directeur » est inséré le mot : « général » et les mots : « Une convention unique peut être signée » sont remplacés par les mots : « Un contrat unique peut être signé » ;

9° L'article D. 221-12 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux réseaux de santé, qui relèvent des articles R. 162-59 à R. 162-68. » ;

10° L'article D. 221-21 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art.D. 221-21.-Dès la notification de la dotation régionale déléguée à l'agence régionale de santé, le directeur général de l'agence établit un document prévisionnel des engagements dont le montant total ne peut être supérieur à la dotation déléguée à l'agence. Il actualise ce document au cours de l'exercice compte tenu des engagements déjà effectués. Il suit la consommation de la dotation déléguée à l'agence au vu des sommes engagées, des paiements effectués et des montants recouverts. » ;

11° L'article D. 221-22 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art.D. 221-22.-Le directeur général de l'agence régionale de santé procède à l'engagement des sommes correspondant aux aides attribuées dans le cadre de la dotation régionale déléguée à l'agence. Il veille au suivi des actions financées.

« En cas de non-réalisation d'une action en contrepartie de laquelle une aide a été versée ou d'excédents importants résultant des seules sommes déjà versées, il peut ordonner le recouvrement des sommes en cause après avoir demandé au bénéficiaire de l'aide de lui présenter ses observations.

« Le directeur de l'organisme d'assurance maladie du régime général désigné par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés pour la région où l'agence a son siège assure les opérations de liquidation, d'ordonnancement et de recouvrement. Il en informe le directeur général de l'agence régionale de santé.

« L'agent comptable de l'organisme d'assurance maladie mentionné à l'alinéa précédent procède au paiement et au recouvrement au vu des états liquidatifs transmis par le directeur de cet organisme. » ;

12° L'article D. 221-23 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art.D. 221-23.-Le directeur général de l'agence régionale de santé établit chaque année un rapport relatif à la mise en œuvre de la dotation régionale déléguée à l'agence. Ce rapport comprend notamment :

« 1° La consommation de la dotation déléguée à l'agence ;

« 2° Une analyse de la prise en compte des orientations nationales du fonds ;

« 3° Une étude spécifique aux réseaux de santé comprenant une synthèse des rapports mentionnés à l'article R. 162-65, une récapitulation détaillée des dérogations prévues à l'article L. 162-45 et des dépenses financées à ce titre ainsi qu'une analyse des évaluations des réseaux de santé arrivant au terme de l'application de leur décision de financement.

« Ce rapport est adressé au plus tard le 30 avril de l'année suivante au comité national de gestion du fonds et à la commission régionale de gestion du risque. » ;

13° L'article D. 221-24 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art.D. 221-24.-Un compte de résultats de la dotation déléguée à chaque agence régionale de santé est établi à l'issue de l'exercice par l'agent comptable mentionné au dernier alinéa de l'article D. 221-22. Il est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé et à l'agent comptable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Les crédits disponibles au titre de chaque dotation régionale à la clôture de l'exercice sont reversés au fonds. » ;

14° A l'article D. 221-25, les mots : « tant au niveau national que régional » sont remplacés par les mots : « au niveau national et la mise en œuvre des dotations régionales déléguées aux agences régionales de santé » et le mot : « avril » est remplacé par le mot : « juin » ;

15° A l'article D. 221-26, les mots : « résultat retraçant les actions à caractère national et régional » sont remplacés par les mots : « résultat mentionné à l'article D. 221-10 ».

Article 3

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase de l'article D. 6321-6 est complétée par les mots : « et les modalités de suivi des dépenses du réseau » ;

2° L'article D. 6321-7 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce rapport précise les résultats obtenus au regard du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le réseau et l'agence régionale de santé ou de la convention conclue entre le réseau et le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « , ainsi que, le cas échéant, » sont remplacés par le mot : « et » et les mots : « du projet » sont remplacés par les mots : « de la décision de financement mentionnée à l'article R. 162-61 du code de la sécurité sociale » ;

c) Il est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° L'emploi et l'affectation des différentes ressources dont le réseau a bénéficié. »

Article 4

La ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 30 août 2010.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,
Roselyne Bachelot-Narquin
Le ministre du budget, des comptes publics
et de la réforme de l'Etat,
François Baroin