J.O n° 113 du 16 mai 2007 page 9369 texte n° 223

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de la santé et des solidarités

Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

NOR: SANS0721645D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 221-1-1 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, notamment son article 94 ;

Vu la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titre et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique, notamment son article 19 ;

Vu la saisine du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 29 mars 2007 ;

Vu la saisine du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 29 mars 2007,

Décrète :

Article 1

Au chapitre Ier du titre II du livre II de la troisième partie du code de la sécurité sociale (troisième partie : décrets), il est inséré une section ainsi rédigée :

« Section unique

« Fonds d'intervention pour la qualité

et la coordination des soins

« Art. D. 221-1. - Le fonds d’intervention pour la qualité et la coordination des soins, mentionné à l’article L. 221-1-1, est placé au sein de la Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés.

« Sous-section 1

« Instances nationales

« Art. D. 221-2. - Le comité national de gestion du fonds comprend :

1° Au titre des représentants du collège des directeurs de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie :

a) Le directeur général de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie ou son représentant ;

b) Le directeur général du régime social des indépendants ou son représentant ;

c) Le directeur de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ou son représentant ;

d) Un représentant désigné par le collège des directeurs ou son suppléant désigné dans les mêmes conditions ;

2° Au titre des représentants de l’Etat :

a) Le directeur de l’hospitalisation et de l’organisation des soins ou son représentant ;

b) Le directeur général de la santé ou son représentant ;

c) Le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;

d) Le directeur général de l’action sociale ou son représentant ;

« Le comité national de gestion du fonds est présidé alternativement, par périodes d’une année commençant le 1er janvier, par le directeur de l’hospitalisation et de l’organisation des soins et le directeur général de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie, ou leurs représentants. La vice-présidence est assurée pendant la même période par le directeur qui n’est pas chargé de la présidence.

« Le comité national de gestion comprend en son sein un bureau composé du directeur de l’hospitalisation et de l’organisation des soins et du directeur général de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie ou de leurs représentants. Le bureau prépare et exécute les décisions du comité national de gestion dans les conditions prévues par le règlement intérieur du comité mentionné au II.

« Art. D. 221-3. - Le comité national de gestion prend toute décision nécessaire à la gestion du fonds, dans le cadre des compétences prévues à l’article L. 221-1-1.

« Il élabore son règlement intérieur, qui fixe la périodicité de ses réunions et organise son fonctionnement.

« Les décisions du comité national de gestion sont prises à la majorité. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

« Art. D. 221-4. - Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins comprend :

« 1° Un collège de l'assurance maladie comprenant douze représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dont :

a) Huit représentants désignés par ce conseil parmi les membres siégeant en qualité de représentants du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en application des articles L. 182-2-2 et R. 182-2 ;

b) Deux représentants désignés par ce conseil parmi les membres siégeant en qualité de représentants du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants, en application des articles L. 182-2-2 et R. 182-2 ;

c) Deux représentants désignés par ce conseil parmi les membres siégeant en qualité de représentants du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole, en application des articles L. 182-2-2 et R. 182-2 ;

« 2° Un collège des professionnels de santé comprenant :

a) Neuf représentants désignés par l'Union nationale des professionnels de santé, dont au moins deux médecins ;

b) Trois représentants des conférences des présidents de commissions médicales d'établissement, désignés respectivement par la conférence des présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers universitaires, par la conférence des présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers, et par la conférence des présidents des conférences médicales d'établissements privés ;

« 3° Trois représentants des fédérations d'établissements sanitaires et médico-sociaux : un représentant de la Fédération hospitalière de France, un représentant de la Fédération de l'hospitalisation privée, un représentant de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif ;

« 4° Cinq personnalités, dont au moins un représentant des usagers, choisies en fonction de leur expérience et de leurs compétences.

« Les membres du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins sont nommés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour une durée de trois ans.

« Le président du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est désigné par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale parmi les personnalités qualifiées mentionnées au 4° et après avis du président de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Deux vice-présidents sont élus par le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

« Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins comprend, pour chacun des membres mentionnés aux 1°, 2° et 3° ci-dessus, un suppléant nommé dans les mêmes conditions. Le suppléant ne peut assister aux séances du conseil qu'en l'absence du titulaire.

« Toute personne qui perd la qualité en laquelle elle a été nommée cesse d'être membre du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

« Le remplacement d'un membre, en cas de cessation des fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que la nomination et pour la durée du mandat restant à accomplir.

« Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président et, le cas échéant, à la demande du président du comité national de gestion.

« Le président du comité national de gestion ou son représentant assiste aux réunions du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

« Art. D. 221-5. - Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est composé de huit membres :

« a) Quatre représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dont le président de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un représentant de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un représentant du régime social des indépendants, et un représentant de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole désignés en son sein par le collège de l'assurance maladie mentionné à l'article D. 221-4.

« b) Quatre représentants de l'Union nationale des professionnels de santé désignés en son sein par le collège des professionnels de santé mentionné à l'article D. 221-4.

« Le bureau est présidé par le président de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Les autres membres et du bureau sont désignés pour la durée du mandat des membres du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

« Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins comprend pour chaque titulaire un suppléant désigné dans les mêmes conditions que le titulaire. Le suppléant ne peut assister aux séances du bureau qu'en l'absence du titulaire.

« Tout membre du bureau qui cesse d'être membre du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins cesse d'être membre du bureau.

« Le remplacement d'un membre, en cas de cessation des fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que la désignation et pour la durée du mandat restant à accomplir.

« Le président du comité national de gestion du fonds ou son représentant ainsi que l'agent comptable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant assistent aux séances du bureau.

« Le bureau se réunit sur convocation de son président. Il attribue les aides en vue des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 221-1-1, sur la base des orientations arrêtées dans les conditions prévues au IV du même article.

« Les délibérations du bureau sont transmises aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elles sont exécutoires en l'absence d'opposition des ministres dans un délai de vingt jours à compter de leur transmission.

« Art. D. 221-6. - Lorsqu'une décision d'attribution d'aide est devenue exécutoire, la contractualisation avec le bénéficiaire de l'aide doit intervenir dans un délai de trois mois. Au-delà de ce délai, l'instance ayant attribué l'aide est informée des raisons du retard par son président.

« Art. D. 221-7. - Le comité national de gestion établit chaque année, et modifie le cas échéant par décision modificative, un budget prévisionnel en équilibre des recettes et des dépenses du fonds.

« Ce budget comporte l'ensemble des crédits nationaux et régionaux. Il fait apparaître la part réservée, au niveau national et au niveau régional, aux expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 221-1-1.

« Pour les crédits nationaux, le budget précise notamment la nature et le montant des différentes dépenses prévisionnelles relatives aux frais de gestion du fonds.

« Art. D. 221-8. - Les opérations d'engagement, de liquidation et d'ordonnancement sont assurées par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« L'agent comptable de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés procède au paiement au vu des états liquidatifs transmis par le directeur général.

« Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rend compte au comité national de gestion, chaque semestre, de l'état des consommations de crédits affectés au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

« Art. D. 221-9. - Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est soumis au contrôle économique et financier de l'Etat dans les conditions prévues à l'article R. 282-1 du code de la sécurité sociale.

« Art. D. 221-10. - Un compte de résultats du fonds retraçant les dépenses et les recettes relatives aux actions à caractère national et régional est établi à l'issue de chaque exercice comptable. Les résultats bénéficiaires de l'exercice sont affectés au fonds. Cette situation comptable est retracée dans une ligne spéciale du bilan annuel de la Caisse nationale de

l’assurance maladie des travailleurs salariés.

« Sous-section 2

« Instances régionales

« Art. D. 221-11. - L’attribution des aides du fonds d’intervention pour la qualité et la coordination des soins est déconcentrée pour l’ensemble des actions à caractère régional ou local et confiée aux missions régionales de santé mentionnées à l’article L. 162-47.

« Le comité national de gestion notifie à chaque mission régionale de santé les crédits qui lui sont délégués. Cette notification précise notamment la part réservée au montant des expérimentations concourant à l’amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville mentionnées au second alinéa du I de l’article L. 221-1-1.

« Art. D. 221-12. - Dans le cadre des orientations définies dans les conditions prévues au IV de l’article L. 221-1-1, les missions régionales de santé peuvent, sur décision de leur directeur, procéder à l’attribution des aides sur une base pluriannuelle et pour une durée maximale de cinq ans.

« Il est procédé à une évaluation de l’action financée à l’issue de chaque période de financement, et au moins tous les trois ans lorsque l’aide est attribuée sur une base pluriannuelle. Le renouvellement du financement est subordonné à l’évaluation des résultats de chaque action.

« Une convention unique peut être signée entre un promoteur de projet et plusieurs missions régionales de santé.

« Art. D. 221-13. - Chaque conseil régional de la qualité et de la coordination des soins comprend :

« 1° Un collège de l’assurance maladie comprenant huit représentants du conseil de l’union régionale des caisses d’assurance maladie, dont son président et au moins un représentant du régime social des indépendants et un représentant du régime des professions agricoles ;

« 2° Un collège des professionnels de santé, comprenant :

« a) Deux membres de l’union des médecins exerçant à titre libéral mentionnée à l’article L. 4134-1 du code de la santé publique, comprenant un membre désigné par la section des médecins généralistes et un membre désigné par la section des médecins spécialistes ;

« b) Quatre représentants désignés parmi les membres d’organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national ;

« c) Deux représentants de conférences médicales d’établissement de la région ;

« 3° Trois représentants des fédérations d’établissements sanitaires et médicaux sociaux de la région ;

« 4° Trois personnalités nommées en fonction de leur expérience et de leurs compétences dans le domaine de la santé ou de la protection sociale ;

« 5° Trois élus locaux, dont un conseiller régional, un conseiller général, et un maire, désignés dans les conditions prévues à l'article R. 6122-12 du code de la santé publique.

« Les membres du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins sont nommés par arrêté du préfet de région pour une durée de trois ans.

« Le président du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins est désigné par arrêté du préfet de région parmi les personnalités qualifiées mentionnées au 4° et après avis du président de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Le conseil régional de la qualité et de la coordination des soins comprend, pour chacun des membres mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 5° ci-dessus, un suppléant nommé dans les mêmes conditions. Le suppléant ne peut assister aux séances du conseil qu'en l'absence du titulaire.

« Toute personne qui perd la qualité en laquelle elle a été nommée cesse d'être membre du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins.

« Le remplacement d'un membre, en cas de cessation des fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que la nomination et pour la durée du mandat restant à accomplir.

« Art. D. 221-14. - La mission régionale de santé prend l'avis du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins sur les priorités d'action et d'affectation de la dotation régionale. Elle lui soumet un rapport annuel d'activité.

« Art. D. 221-15. - Le conseil régional de la qualité et de la coordination des soins se réunit au moins deux fois par an, sur convocation de son président.

« Les avis ou propositions du conseil sont adoptés à la majorité simple. En cas de partage égal des voix, la voix du président du conseil est prépondérante.

« Art. D. 221-16. - Le bureau du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins comprend :

« a) Quatre représentants titulaires, dont le président de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, désignés en leur sein par les représentants de l'union régionale des caisses d'assurance maladie au conseil régional de la qualité et de la coordination des soins ;

« b) Trois professionnels libéraux désignés en leur sein par les représentants des professionnels de santé au conseil régional de la qualité et de la coordination des soins ;

« c) Un représentant des fédérations d'établissements sanitaires et médicaux sociaux désigné conjointement par la Fédération hospitalière de France, la Fédération de l'hospitalisation privée et la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif parmi les représentants mentionnés au 3° de l'article D. 221-13.

« Le bureau est présidé par le président de l’union régionale des caisses d’assurance maladie.

« Les autres membres sont désignés pour la durée du mandat des membres du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins.

« Le bureau du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins comprend pour chaque titulaire un suppléant désigné dans les mêmes conditions. Le suppléant ne peut assister aux séances du conseil qu’en l’absence du titulaire.

« Tout membre du bureau qui cesse d’être membre du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins cesse d’être membre du bureau.

« Le remplacement d’un membre, en cas de cessation des fonctions au cours du mandat, s’effectue dans les mêmes conditions que la désignation et pour la durée du mandat restant à accomplir.

« Art. D. 221-17. - Le bureau du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins décide de l’attribution des aides en vue des expérimentations relatives aux soins de ville mentionnées au deuxième alinéa du I de l’article L. 221-1-1 et donne un avis sur les autres propositions d’attributions d’aides. Il est informé par le directeur de la mission régionale de santé du suivi de l’exécution des aides attribuées.

« Le bureau se réunit sur convocation du président. Le directeur de la mission régionale de santé et l’agent comptable de l’union régionale des caisses d’assurance maladie, ou leurs représentants, assistent avec voix consultative aux séances du bureau.

« Les décisions du bureau sont prises à la majorité simple. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

« Art. D. 221-18. - Les délibérations du bureau sont soumises au contrôle du préfet de région dans les conditions prévues à l’article R. 151-1. Le préfet peut demander une seconde délibération.

« Art. D. 221-19. - Lorsqu’une décision d’attribution d’aide est devenue exécutoire, la contractualisation avec le bénéficiaire de l’aide doit intervenir dans un délai de trois mois. Au-delà de ce délai, l’instance ayant attribué l’aide est informée des raisons du retard par son président.

« Art. D. 221-20. - La mission régionale de santé assure le secrétariat du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins et de son bureau.

« Art. D. 221-21. - La mission régionale de santé établit chaque année, et modifie le cas échéant par décision modificative, un budget prévisionnel en équilibre des recettes et des dépenses du fonds. Le budget précise notamment la nature et le montant des différentes dépenses prévisionnelles relatives aux frais de gestion du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins et du bureau du conseil qui sont pris en charge sur la dotation régionale du fonds.

« Art. D. 221-22. - Les opérations d’engagement, de liquidation et d’ordonnancement des sommes relatives à l’attribution des aides au financement des actions arrêtées par la mission

régionale de santé ou par le bureau du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins sont assurées par le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie.

L'agent comptable de l'union régionale des caisses d'assurance maladie procède au paiement au vu des états liquidatifs transmis par l'ordonnateur. En tant que de besoin, il peut solliciter le concours des agents comptables des caisses primaires d'assurance maladie pour le contrôle des pièces justificatives.

« Le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie informe le directeur de la mission régionale de santé du suivi de l'exécution des aides attribuées.

« Art. D. 221-23. - Le directeur de la mission régionale de santé établit un rapport annuel d'activité, adressé au comité national de gestion du fonds.

« Art. D. 221-24. - Un compte de résultats des opérations régionales du fonds est établi à l'issue de chaque exercice comptable.

« Les crédits non consommés au niveau régional sont reversés au fonds national à la clôture de chaque exercice.

« Sous-section 3

« Dispositions diverses

« Art. D. 221-25. - Après délibération du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, le rapport d'activité annuel retraçant l'activité du fonds tant au niveau national que régional est transmis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au conseil de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, au plus tard le 30 avril de l'année suivante.

« Art. D. 221-26. - Le compte de résultat retraçant les actions à caractère national et régional est approuvé par le comité national de gestion.

« Art. D. 221-27. - La participation des régimes au financement du fonds est versée par ces derniers à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au plus tard dans le mois qui suit la publication de l'arrêté visé au II de l'article L. 221-1-1.

« Des conventions signées entre les régimes d'assurance maladie fixent les modalités de mise en oeuvre de l'alinéa ci-dessus, notamment s'agissant des échéances de règlement, des modalités de versement d'acomptes trimestriels. »

Article 2

A la date d'entrée en vigueur du présent décret, les crédits non consommés au titre de la dotation nationale de développement des réseaux ou de la dotation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville, à l'exception de ceux relatifs au financement de l'évaluation des pratiques professionnelles, sont transférés au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

La part de ces crédits déjà répartis dans le cadre de la détermination pour 2007 des dotations

régionales de développement des réseaux en application de l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure à l'entrée en vigueur du présent décret ou affectés aux comités régionaux de gestion du fonds d'aide à la qualité des soins de ville dans le cadre de la gestion de ce fonds en 2007 sont transférés à l'union régionale des caisses d'assurance maladie correspondante au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

L'ensemble des droits et obligations liés aux décisions de financement et à toutes leurs conditions de mise en oeuvre, qui ont commencé à s'exécuter dans le cadre du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville ou de la dotation nationale de développement des réseaux avant l'entrée en vigueur du présent décret, continuent à s'exécuter dans leurs conditions normales de conclusion.

Dès l'entrée en vigueur du présent décret, le comité national de gestion et les missions régionales de santé établissent, chacun en ce qui le concerne, un budget de liaison en vue de l'exécution des seules dépenses liées aux droits et obligations mentionnées au troisième alinéa. Ces budgets de liaison sont repris, pour y être intégrés, dans les budgets pour 2007 élaborés conformément aux articles D. 221-6 et D. 221-15 du code de la sécurité sociale.

Article 3

Les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 1er juillet 2007.

Article 4

Le ministre de la santé et des solidarités est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 15 mai 2007.

Dominique de Villepin

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et des solidarités,

Philippe Bas