

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Décret n° 2015-186 du 17 février 2015 relatif aux modalités dérogatoires de financement des activités de soins des établissements de santé répondant à des critères d'isolement géographique

NOR : AFSH1422544D

Publics concernés : établissements de santé, agences régionales de santé.

Objet : financement dérogatoire applicable aux établissements de santé isolés géographiquement.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : les établissements de santé isolés géographiquement bénéficient d'un financement dérogatoire en complément de celui résultant des règles de tarification à l'activité, destiné à tenir compte de leur spécificité.

Le présent décret a pour objet de déterminer les critères d'éligibilité des établissements de santé à ce financement dérogatoire, ainsi que les modalités de ce financement qui s'inscrira dans le cadre d'engagements contractuels avec l'agence régionale de santé.

Références : les dispositions du code de la sécurité sociale modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1435-8 et L. 6114-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-6 et L. 162-22-8-1 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 23 septembre 2014 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 2 octobre 2014 ;

Vu l'avis conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 2 octobre 2014 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 8 octobre 2014 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. – A la sous-section 2 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, après l'article R. 162-42-7, il est ajouté un article R. 162-42-7-1 ainsi rédigé :

« Art. R. 162-42-7-1. – I. – Pour l'application des dispositions de l'article L. 162-22-8-1, une activité de soins est considérée comme isolée géographiquement et réalisée par un établissement situé dans une zone à faible densité de population, lorsqu'elle est exercée par un établissement de santé autorisé à exercer cette activité en application des dispositions des 1^o, 2^o, 3^o ou 14^o de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique, si elle satisfait aux conditions cumulatives suivantes :

« 1^o L'établissement est situé dans un territoire, défini comme l'ensemble des lieux à partir desquels il est possible de parvenir à l'établissement par un trajet routier en automobile d'une durée inférieure ou égale à 45 minutes, regroupant des établissements de santé dont la somme des activités de soins réalisées en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique, déduction faite de celles produites par l'établissement considéré, n'excède pas un niveau plafond. La durée du trajet routier en automobile est mesurée en prenant en compte les temps de trajet aux heures pleines et aux heures creuses ;

« 2^o La durée du trajet routier en automobile, mesurée dans les conditions prévues au 1^o, entre cet établissement et l'établissement le plus proche exerçant la même activité est supérieure au seuil fixé pour cette activité ;

« 3^o Pour l'activité de soins d'obstétrique, la part de l'activité produite par l'établissement excède une fraction de l'activité d'obstétrique produite dans la zone d'attractivité définie au 4^o ;

« 4^o La densité de population de la zone d'attractivité de l'établissement, définie comme l'ensemble des communes du département ou des départements limitrophes dans lesquelles résident les patients pris en charge par

l'établissement et dont les séjours représentent au moins 80 % de l'activité globale produite par l'établissement, n'excède pas un niveau plafond.

« II. – Les activités répondant aux critères d'isolement et d'implantation de l'établissement qui les exerce fixés au I et dont le directeur général de l'agence régionale de santé constate, après analyse de l'offre de soins existante, de son évolution prévisible sur le territoire mentionné au 1° du I, et de la situation financière de l'établissement, que le maintien est nécessaire pour assurer l'accès aux soins ou la continuité des soins, bénéficient d'un complément de financement en sus des tarifs nationaux de prestations.

« Ce financement est composé d'une part fixe versée sous la forme de forfaits nationaux annuels par activité et d'une part variable versée sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional.

« La liste des établissements éligibles à ce financement est fixée, pour chaque région, par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé pour une durée de cinq ans. Cette liste est révisable tous les ans.

« La liste et les décisions la modifiant entrent en vigueur le 1^{er} mars suivant leur publication.

« Les propositions de modification de la liste sont transmises chaque année par les directeurs généraux des agences régionales de santé au ministère chargé de la santé avant le 1^{er} février.

« Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé envisage de proposer l'exclusion d'un établissement inscrit sur la liste, il notifie au préalable cette mesure à l'établissement et lui demande de faire connaître, dans les quinze jours, ses observations en réponse.

« III. – Pour le calcul des forfaits nationaux annuels, il est tenu compte de seuils d'activité, déterminés sur la base des données nationales, issues du système d'information prévu aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, permettant d'équilibrer les charges et les produits afférents à l'exercice de l'activité considérée. La valeur des forfaits varie en fonction de l'écart entre ces seuils d'activité et l'activité produite par l'établissement.

« La valeur de ces forfaits, qui peut être nulle, est fixée selon les modalités définies au premier alinéa de l'article R. 162-42-1.

« Le montant annuel du versement au titre des forfaits est arrêté, pour chaque établissement, par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions définies à l'article R. 162-42-4. L'attribution de ce forfait annuel est subordonnée au respect par l'établissement d'engagements portant notamment sur les conditions de maintien de l'activité sur le territoire défini au 1° du I ou sur les actions de coopération à mener et, le cas échéant, sur l'amélioration de sa situation financière. Ces engagements sont inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2 du code de la santé publique.

« IV. – Pour le calcul de la dotation du fonds d'intervention régional prévue au II, il est tenu compte de la réalisation des engagements prévus au III et, le cas échéant, des facteurs spécifiques de surcoûts liés à l'isolement, notamment ceux relatifs aux conditions d'emploi du personnel. Le montant de cette dotation, qui peut être nul, est déterminé par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

« V. – Le montant annuel cumulé des forfaits et dotations dont bénéficie un établissement en application des dispositions de l'article L. 162-22-8-1 ne peut excéder un plafond fixé en pourcentage des produits de l'activité hospitalière financés par l'assurance maladie perçus par l'établissement, après déduction du montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 et du montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1.

« Ces forfaits et dotations sont versés dans les conditions prévues par l'article R. 162-42-4.

« Les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris dans les conditions prévues à l'article L. 175-2.

« VI. – Des arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précisent les conditions d'application du présent article, et notamment :

« 1° Le niveau plafond d'activité mentionné au 1° du I ;

« 2° Les modalités de calcul des durées de trajet mentionnées aux 1° et 2° du I ;

« 3° Les seuils mentionnés au 2° du I ;

« 4° La fraction d'activité prévue au 3° du I ;

« 5° Le niveau plafond de densité de population mentionné au 4° du I ;

« 6° Les seuils d'activité prévus au III ;

« 7° Les modalités de calcul des forfaits annuels prévus au III ;

« 8° Le plafond du montant annuel cumulé des forfaits et dotations mentionné au V. »

Art. 2. – I. – A l'article R. 162-42-4 du code de la sécurité sociale, le premier alinéa est complété par les mots : « ainsi que, le cas échéant, les forfaits et dotations attribués en application de l'article L. 162-22-8-1. »

II. – A l'article R. 1435-17 du code de la santé publique, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 7° Les dotations versées aux établissements de santé en application du II de l'article R. 162-42-7-1 du code de la sécurité sociale. »

Art. 3. – Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes 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 le 17 février 2015.

MANUEL VALLS

Par le Premier ministre :

*La ministre des affaires sociales,
de la santé
et des droits des femmes,*
MARISOL TOURAINE

*Le ministre des finances
et des comptes publics,*
MICHEL SAPIN