

CODE DE LA SECURITE SOCIALE
(Partie Législative)

Sous-section 1 : Réseaux

Article L162-45

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 36 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 29 IV Journal Officiel du 24 décembre 2002)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 67 I, II Journal Officiel du 17 août 2004)

(Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 art. 94 III Journal Officiel du 22 décembre 2006)

Le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et les missions 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.

Article L162-46

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 36 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 67 I, II Journal Officiel du 17 août 2004)

Un décret en Conseil d'Etat précise en tant que de besoin les modalités d'application de la présente section et fixe les modalités de l'évaluation des procédures de financement mises en oeuvre au titre des dispositions prévues par ces articles et de l'évaluation des actions qui bénéficient de ces financements.

Article L221-1-1

(Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 60 I Journal Officiel du 20 décembre 2005)

(Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 art. 94 II Journal Officiel du 22 décembre 2006)

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

Le fonds finance des actions et des expérimentations 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.

II. - Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. - Le fonds dispose d'un comité national de gestion associant des représentants de l'Etat et des représentants du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'un Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, composé de représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des professionnels de santé, des fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux et de personnalités nommées en fonction de leur expérience et de leurs compétences par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est composé à parité de représentants de l'assurance maladie et des professionnels de santé.

Le fonds dispose également dans chaque région de conseils régionaux de la qualité et de la coordination des soins.

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 ;

3° La dotation annuelle consacrée au financement des actions à caractère national ou interrégional et celle réservée au financement des actions à caractère régional ;

4° 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 missions 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.

VI. - L'attribution des aides peut être déconcentrée et confiée aux missions régionales de santé mentionnées à l'article L. 162-47, dans des conditions fixées par décret. Les aides peuvent être attribuées sur une base pluriannuelle.

Les décisions d'attribution des aides en vue des expérimentations mentionnées au 2° du IV sont prises par le bureau du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins.

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 des conseils régionaux de la qualité et de la coordination des soins ainsi que de leurs bureaux sont déterminées par décret.

CODE DE LA SECURITE SOCIALE
(Partie Réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat)

Sous-section 1 : Réseaux

Article R162-59

(Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 art. 1 Journal Officiel du 27 octobre 2002)

(Décret n° 2004-1327 du 2 décembre 2004 art. 1 I, II Journal Officiel du 4 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

Les réseaux de santé prévus à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique peuvent bénéficier des financements au titre de la dotation nationale de développement des réseaux mentionnée à l'article L. 162-43. Les demandes de financement sont adressées par le ou les promoteurs du réseau aux directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie dans la circonscription géographique où le réseau a son siège.

Article R162-60

(Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 art. 1 Journal Officiel du 27 octobre 2002)

(Décret n° 2004-1327 du 2 décembre 2004 art. 1 I, II Journal Officiel du 4 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

Dans chaque région, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie concluent une convention définissant les conditions de l'instruction conjointe des demandes.

Article R162-61

(Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 art. 1 Journal Officiel du 27 octobre 2002)

(Décret n° 2004-1327 du 2 décembre 2004 art. 1 I, II Journal Officiel du 4 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

La décision conjointe prévue par l'article L. 162-44 prend en considération, pour chaque demande :

- a) La prise en compte des priorités pluriannuelles de santé publique ;
- b) L'intérêt médical, social et économique, au regard de l'organisation, de la coordination, de la qualité et de la continuité des soins tenant compte de l'offre de soins existante et des orientations définies par les schémas régionaux ou nationaux d'organisation sanitaire et les schémas médico-sociaux ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé et de formation ;
- c) Les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation ;
- d) L'organisation et le plan de financement du réseau, les conditions de prise en charge financière des prestations ;
- e) La justification des dérogations demandées en application de l'article L. 162-45.

Article R162-62

(Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 art. 1 Journal Officiel du 27 octobre 2002)

(Décret n° 2004-1327 du 2 décembre 2004 art. 1 I, II Journal Officiel du 4 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

La décision conjointe des directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie autorise le réseau à bénéficier des dispositions de l'article L. 162-45 dans la limite du montant disponible de la dotation régionale de développement des réseaux après prise en compte des dépenses engagées au titre des décisions précédentes affectant cette enveloppe.

Ne s'imputent pas sur cette dotation régionale les frais couverts par l'assurance maladie en application des articles L. 321-1, L. 322-2 et L. 322-3.

Article R162-63

(Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 art. 1 Journal Officiel du 27 octobre 2002)

(Décret n° 2004-1327 du 2 décembre 2004 art. 1 I, II Journal Officiel du 4 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

La décision conjointe est publiée et notifiée dans les conditions prévues par l'article R. 710-17-7 du code de la santé publique. Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande vaut rejet. Ce délai ne court qu'à compter de la réception d'un dossier complet comportant les éléments suivants :

a) Les conditions dans lesquelles les professionnels de santé et les établissements manifestent leur volonté de participer au réseau ;

b) Les modalités par lesquelles les patients manifestent leur volonté d'être pris en charge dans le réseau ;

c) Les modalités de suivi des dépenses du réseau.

La décision précise la durée de l'application qui ne peut excéder trois ans. Elle peut être prorogée dans les mêmes formes que la décision initiale et au vu de l'évaluation.

Pour mettre en oeuvre la décision conjointe, l'organisme désigné, dans la circonscription où le réseau a son siège, définit avec le ou les promoteurs du réseau les modalités d'application de la décision.

Article R162-64

(Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 art. 1 Journal Officiel du 27 octobre 2002)

(Décret n° 2004-1327 du 2 décembre 2004 art. 1 I, II Journal Officiel du 4 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

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 en cas de violation des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables ou de non-respect des engagements souscrits par le ou les promoteurs.

Article R162-65

(Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 art. 1 Journal Officiel du 27 octobre 2002)

(Décret n° 2004-1327 du 2 décembre 2004 art. 1 I, II Journal Officiel du 4 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

Chaque réseau bénéficiant d'une décision de financement fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation. A cet effet, le promoteur transmet aux directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie concernés :

- au plus tard le 31 mars de chaque année un rapport d'activité relatif à l'année précédente qui précise les résultats obtenus au regard des objectifs initiaux ;
- au plus tard trois mois avant le terme de la décision de financement prévu à l'article R. 162-63 un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau. Ce rapport analyse le bilan des actions menées et leur apport au regard de l'offre de soins préexistante et fait état des modalités de financement global du réseau retraçant l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

Article R162-66

(Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 art. 1 Journal Officiel du 27 octobre 2002)

(Décret n° 2004-1327 du 2 décembre 2004 art. 1 I, II Journal Officiel du 4 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

A partir des rapports qui leur sont adressés, les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie élaborent une synthèse régionale annuelle comprenant :

- 1° L'analyse des rapports d'activité selon les modalités fixées par la convention et qui comporte les éléments nécessaires à apprécier :
 - a) La consommation de la dotation régionale de développement des réseaux ;
 - b) Un récapitulatif détaillé des dérogations et des dépenses financées à ce titre.
 - 2° L'analyse des évaluations des réseaux arrivant à terme.
- Ces documents de synthèse sont transmis au ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale pour le 30 juin au plus tard et communiqués aux caisses nationales d'assurance maladie et au conseil régional de santé.

Article R162-67

(Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 art. 1 Journal Officiel du 27 octobre 2002)

(Décret n° 2004-1327 du 2 décembre 2004 art. 1 I, II Journal Officiel du 4 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

Lorsque la demande de financement émane d'un réseau dont le champ d'application excède la région, la décision de financement est prise par les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie de la circonscription où le réseau a son siège après consultation de chacun des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation et d'union régionale des caisses d'assurance maladie concernés. En cas de désaccord de l'un des directeurs d'une région limitrophe, la décision de financement du réseau ne s'applique pas aux assurés sociaux ressortissant de la caisse d'assurance maladie de la région considérée.

Les dépenses du réseau s'imputent sur chacune des dotations régionales de développement des réseaux, au prorata des bénéficiaires relevant des organismes d'assurance maladie de chaque région concernée.

Article R162-68

(Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 art. 1 Journal Officiel du 27 octobre 2002)

(Décret n° 2004-1327 du 2 décembre 2004 art. 1 I, II Journal Officiel du 4 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

Lorsque la décision conjointe met en oeuvre le règlement forfaitaire prévu par l'article L. 162-45 du code de la sécurité sociale, le paiement de ce règlement est assuré par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription où le réseau a son siège. Toutefois, par convention entre les régimes, le paiement correspondant peut être assuré par une caisse relevant d'un autre régime.

La répartition de ce règlement forfaitaire entre les régimes obligatoires d'assurance maladie est effectuée selon les taux retenus, pour l'année considérée, en application des dispositions de l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale.