

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

NOR: SANH0222527D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-43, L. 162-44 et L. 162-46 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6321-1 ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 8 avril 2002 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs en date du 23 avril 2002 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 16 avril 2002 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Le chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) est complété par une section 10 ainsi rédigée :

« Section 10

« Réseaux

« Art. R. 162-59. - 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.

« Art. R. 162-60. - 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.

« Art. R. 162-61. - 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.

« Art. R. 162-62. - 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.

« Art. R. 162-63. - 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.

« Art. R. 162-64. - 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.

« Art. R. 162-65. - 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.

« Art. R. 162-66. - 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.

« 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 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.

« Art. R. 162-68. - 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. »

Article 2

La sous-section 2 de la section VI du chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) est abrogée.

Article 3

A compter de la date de publication du présent décret, les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie sont destinataires des informations concernant les décisions d'agrément des réseaux expérimentaux prises avant le 31 décembre 2001. Les dispositions de l'article R. 162-64 du code de la sécurité sociale sont applicables à ces décisions.

Article 4

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales et le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire 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 25 octobre 2002.

Jean-Pierre Raffarin

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé, de la famille

et des personnes handicapées,

Jean-François Mattei

Le ministre de l'économie,

des finances et de l'industrie,

Francis Mer

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation,

de la pêche et des affaires rurales,

Hervé Gaymard

Le ministre délégué au budget

et à la réforme budgétaire,

Alain Lambert