

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACCÈS AUX SOINS

Décret n° 2024-1035 du 15 novembre 2024 relatif à la prise en charge et au remboursement des parcours coordonnés renforcés

NOR : MSAS2416386D

Publics concernés : professionnels de santé, communautés professionnelles territoriales de santé, centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles, établissements sanitaires et médico-sociaux, maisons sport-santé, équipes de soins spécialisées, dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, agences régionales de santé, assurés sociaux, organismes d'assurance maladie.

Objet : modalités relatives à la prise en charge et au remboursement par l'assurance maladie des parcours coordonnés renforcés prévus à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication. Il prévoit, à titre transitoire jusqu'à la mise en service de la téléprocédure et du téléservice de facturation de l'assurance maladie, des dispositions dérogatoires pour l'application des articles R. 162-134 et R. 162-140 du code de la santé publique.

Notice : le décret fixe les conditions de mise en œuvre des parcours coordonnés renforcés, leurs modalités de remboursement et de prise en charge ainsi que la procédure de déclaration, auprès des agences régionales de santé, des équipes intervenant dans le cadre de ces parcours.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 46 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024. Les dispositions du code de la sécurité sociale ou du code de l'action sociale et des familles créées ou modifiées par le décret peuvent être consultées, dans leur version issue de cette modification, sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et de l'accès aux soins,

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 4012-1 dans sa rédaction issue de l'article 46 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 160-13 et L. 162-62 dans leur rédaction issue de l'article 46 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 25 juin 2024 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des complémentaires santé en date du 26 juin 2024 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 28 juin 2024 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 3 juillet 2024 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1^{er}. – Le titre I^{er} du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre unique devient le chapitre I^{er} ;

2° Le chapitre II est remplacé par un chapitre ainsi rédigé :

« CHAPITRE II

« PARCOURS COORDONNÉS RENFORCÉS

« Art. R. 4012-1. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des types de parcours coordonnés renforcés mentionnés à l'article L. 4012-1 ainsi que les dispositions suivantes :

« 1° Pour l'ensemble des types de parcours :

« a) Les conditions d'identification des professionnels qui y interviennent ;

« b) Les modalités d'information et de recueil du consentement du bénéficiaire du parcours, en ce qui concerne notamment l'organisation du parcours et le partage des données de santé entre les professionnels ;

« c) Le modèle de projet de parcours mentionné au IV de l'article L. 4012-1 ;

« d) Les modalités selon lesquelles s'effectue la facturation du forfait mentionné au I de l'article L. 162-62 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Pour chaque type de parcours :

« a) Les objectifs du parcours et sa place dans la stratégie préventive, thérapeutique ou d'accompagnement ;

« b) Les missions de la structure responsable de la coordination mentionnée au III de l'article L. 4012-1 ;

« c) Les différentes séquences de prise en charge composant le parcours, la nature des interventions composant chaque séquence, ainsi que les conditions de durée, de qualité et de sécurité dans lesquelles elles doivent être réalisées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;

« d) Les règles de composition et d'organisation de l'équipe de professionnels intervenant dans le parcours ainsi que, le cas échéant, les conditions d'expérience professionnelle et de formation théorique et pratique qui sont requises ;

« e) Les catégories de structures qui, parmi les catégories mentionnées au III de l'article L. 4012-1, sont susceptibles d'en assurer la coordination ;

« f) Le cas échéant, le nombre de structures pouvant être autorisées, sur une base territoriale ou démographique, ainsi que la procédure de sélection par l'agence régionale de santé ;

« g) Les critères d'éligibilité des personnes susceptibles d'être incluses dans le parcours ;

« h) Le montant du forfait mentionné au I de l'article L. 162-62 du code de la sécurité sociale, fixé selon les modalités prévues à l'article R. 162-139 du même code, sa répartition entre les différentes séquences de prise en charge, ainsi que, le cas échéant, la périodicité de sa révision.

« Art. R. 4012-2. – En cas de modification de l'arrêté mentionné à l'article R. 4012-1, les structures responsables de la coordination disposent, pour se mettre en conformité avec les nouvelles dispositions, d'un délai fixé par l'arrêté modificatif. »

Art. 2. – Après l'article R. 160-17-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article R. 160-17-2 ainsi rédigé :

« Art. 160-17-2. – La participation de l'assuré aux frais mentionnés au 9° de l'article L. 160-8 est supprimée :

« 1° Pour les catégories d'assurés mentionnées au I et au II de l'article R. 160-17-1, à l'exception de la catégorie mentionnée au 2° du II ;

« 2° Dans les situations mentionnées au 1° et au 3° du III du même article. »

Art. 3. – Au chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est ajoutée une section 16 ainsi rédigée :

« Section 16

« *Prise en charge ou remboursement des parcours coordonnés renforcés*

« Sous-section 1

« *Validation du projet de parcours*

« Art. R. 162-131. – Le projet de parcours coordonné renforcé mentionné au IV de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique est signé par chaque professionnel intervenant dans le parcours ou, lorsque ce professionnel est employé par une personne morale de droit public ou privé, par son employeur, ainsi que par le représentant de la structure responsable de la coordination du parcours mentionnée au III du même article.

« Chaque signataire s'y engage à partager sans délai toute information nécessaire à la continuité et à la qualité des actions de prévention, de soin ou d'accompagnement dispensées aux bénéficiaires du parcours.

« Art. R. 162-132. – Lorsqu'un projet de parcours est signé par un médecin, un chirurgien-dentiste, une sage-femme, un masseur-kinésithérapeute, un pharmacien, un infirmier ou un pédicure-podologue, la structure responsable de la coordination le signale à l'ordre dont il relève.

« Art. R. 162-133. – Lorsqu'un signataire du projet de parcours n'est pas conventionné avec l'assurance maladie, il se déclare auprès de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort duquel se situe le siège de la structure responsable de la coordination, afin d'obtenir un numéro d'identification.

« Art. R. 162-134. – Le projet de parcours signé par l'ensemble des parties est transmis par la structure responsable de la coordination à l'agence régionale de santé et à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort desquels se situe son siège, au moyen d'une téléprocédure dédiée.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé dispose d'un délai de deux mois pour valider ou s'opposer à la validation du projet de parcours. Son silence gardé au terme de ce délai vaut décision de non opposition. S'il s'oppose au projet de parcours, il notifie sa décision d'opposition à la structure responsable de la coordination et en transmet une copie à la caisse primaire d'assurance maladie.

« Art. R. 162-135. – Toute modification du projet de parcours donne lieu à un avenant qui est transmis à l'agence régionale de santé et à la caisse primaire d'assurance maladie dans les sept jours qui suivent cette modification. Il est validé selon les modalités prévues à l'article R. 163-134. Sous réserve du respect du délai de transmission, le forfait mentionné au I de l'article L. 162-62 continue d'être pris en charge ou remboursé pendant la durée de l'examen du nouveau projet de parcours par l'agence régionale de santé.

« Toute modification de l'arrêté mentionné à l'article R. 4012-1 du code de la santé publique qui rend nécessaire une modification du projet de parcours donne lieu à un avenant au projet de parcours respectant le délai fixé par cet arrêté modificatif. Cet avenant est transmis et validé selon les modalités prévues à l'article R. 162-134.

« *Art. R. 162-136.* – Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à la structure responsable de la coordination tout document permettant de s'assurer de la conformité de l'organisation du parcours et des modalités d'intervention des professionnels avec les dispositions de l'arrêté mentionné à l'article R. 4012-1 du code de la santé publique et avec le projet de parcours.

« Lorsqu'il constate une absence de conformité, le directeur général de l'agence régionale de santé met la structure responsable de la coordination en demeure d'y remédier dans un délai de six mois. Faute de mise en conformité dans ce délai, il décide la fin du financement par montant forfaitaire et la notifie à la structure responsable de la coordination, aux professionnels concernés ainsi qu'à la caisse primaire d'assurance maladie, qui met fin à ce mode de financement à compter de cette notification.

« *Sous-section 2*

« *Conditions financières de la prise en charge ou du remboursement*

« *Art. R. 162-137.* – Un parcours coordonné renforcé ne peut être pris en charge ou remboursé par l'assurance maladie que s'il est conforme aux exigences fixées par l'arrêté mentionné à l'article R. 4012-1 du code de la santé publique et que son projet, transmis selon les modalités prévues à la sous-section 1 de la présente section, n'a pas fait l'objet d'une opposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

« *Art. R. 162-138.* – La décision d'inclure une personne dans un parcours coordonné renforcé est prise par un professionnel exerçant dans la structure responsable de la coordination, sur la base des critères d'éligibilité fixés par l'arrêté mentionné à l'article R. 4012-1 du code de la santé publique. Lorsqu'elle est prise par un médecin de la structure ou, à défaut, validée par un médecin n'exerçant pas dans la structure, cette décision vaut, pour l'ensemble des professions mentionnées au livre III de la quatrième partie du même code qui interviennent dans ce parcours, prescription des actes et prestations prévus par le projet de parcours et conformes au même arrêté.

« *Art. R. 162-139.* – Le montant du forfait mentionné au I de l'article L. 162-62 est fixé en tenant compte de la nature et du nombre d'interventions nécessaires à la réalisation et à la coordination du parcours, dans les conditions fixées par l'arrêté mentionné à l'article R. 4012-1 du code de la santé publique, ainsi que des frais liés aux équipements nécessaires. Il est réparti entre les différentes séquences de prise en charge définies par le même arrêté.

« *Art. R. 162-140.* – Lorsqu'une séquence de prise en charge d'un bénéficiaire, prévue par l'arrêté mentionné à l'article R. 4012-1 du code de la santé publique, est achevée, la structure responsable de la coordination transmet à l'organisme local d'assurance maladie, au moyen du téléservice de facturation de l'assurance maladie, la part du montant à verser à elle-même et à chaque professionnel intervenant.

« L'organisme local d'assurance maladie verse les sommes correspondantes à la structure responsable de la coordination ainsi qu'à chaque professionnel ou, le cas échéant, à son employeur. Elle calcule le montant de la participation de l'assuré aux frais mentionnés au 9° de l'article L. 160-8.

« *Art. R. 162-141.* – Les professionnels intervenant dans un parcours coordonné renforcé ne peuvent solliciter de paiement direct du bénéficiaire du parcours. Lorsque la participation de l'assuré aux frais mentionnés au 9° de l'article L. 160-8 n'est pas prise en charge par un organisme d'assurance maladie complémentaire, elle est perçue et répartie par la structure responsable de la coordination.

« Aucun dépassement des montants mentionnés à l'article R. 162-140 ne peut être facturé au bénéficiaire du parcours.

« *Art. R. 162-142.* – La structure responsable de la coordination recueille auprès des bénéficiaires du parcours tous les documents nécessaires à la prise en charge des montants mentionnés à l'article R. 162-140 par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent.

« *Art. R. 162-143.* – Par dérogation au II de l'article R. 314-122 du code de l'action sociale et des familles, le remboursement des soins complémentaires mentionnés à cet article et prévus dans le projet de parcours n'est pas subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. »

Art. 4. – Le 1° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A la première phrase, les mots : « à l'article R. 160-5 » sont remplacés par les mots : « aux deux derniers alinéas du I de l'article L. 160-13 et à l'article R. 160-5 » ;

2° A la deuxième phrase, les mots : « du même article » sont remplacés par les mots : « de l'article R. 160-5 ».

Art. 5. – Au premier alinéa du II de l'article R. 314-122 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « leur remboursement est » sont insérés les mots : « , sauf lorsqu'il est fait application des dispositions du V de l'article R. 2135-2 du code de la santé publique ou de l'article R. 162-143 du code de la sécurité sociale, ».

Art. 6. – A titre transitoire, jusqu'à la mise en service de la téléprocédure mentionnée au 1^{er} alinéa de l'article R. 162-134 du code de la sécurité sociale, les structures responsables de la coordination transmettent le projet de parcours mentionné à cet article par messagerie électronique.

A titre transitoire, jusqu'à la mise en service de la facturation de l'assuré par le téléservice mentionné au 1^{er} alinéa de l'article R. 162-140 du même code, la part du montant à verser à chaque professionnel et à la structure responsable de la coordination est fixée par une convention signée entre les signataires du projet de parcours et le

directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie. Les versements s'effectuent selon les termes de cette convention. Par dérogation aux dispositions de l'article R. 160-17-2 du même code, la participation des assurés aux frais mentionnés au 9° de l'article L. 160-8 du même code est supprimée.

Art. 7. – La ministre de la santé et de l'accès aux soins est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 15 novembre 2024.

MICHEL BARNIER

Par le Premier ministre :

*La ministre de la santé
et de l'accès aux soins,*
GENEVIÈVE DARRIEUSSECQ