

DECISION CONJOINTE ARH / CGSS DE FINANCEMENT SUR LA DRDR

Les directeurs de l'Agence Régionale d'Hospitalisation La Réunion et Mayotte et de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Réunion

Vu les articles L 162-43 à L 162-46 du code de la sécurité sociale

Vu l'article L 6321-1 du code de la santé publique

Vu l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale

Vu le décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux

Vu le décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé

Vu la circulaire MIN/DHOS//DSS//CNAMTS n° 610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé et ses annexes

Vu la circulaire inter-régimes n° 175/2002 du 30 décembre 2002

Décident conjointement d'attribuer un financement dans le cadre de la dotation de développement des réseaux

au réseau REUCARE représenté par son promoteur Jean Marc FRANCO, médecin généraliste libéral domicilié à Route Nationale 2, Le Baril, 97 442 SAINT-PHILIPPE.

PREAMBULE :

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation peuvent bénéficier de financements publics, parmi lesquels, au sein de l'ONDAM, la dotation nationale de développement des réseaux. Cette enveloppe est destinée à couvrir les dépenses de fonctionnement des réseaux et les dérogations aux dispositions du code de la sécurité sociale.

La décision de financement, qui ne peut excéder 3 ans, détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure

gestionnaire du réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1 : PRESENTATION DU RESEAU FINANCE

Nom du réseau : Réucare

Numéro d'identification : 960040038

Thème : Cardio-vasculaire, diabétologie, insuffisance rénale.

Zone géographique (codes INSEE) : 974

Caisses d'assurance maladie concernées (caisses dont les bénéficiaires résident dans la zone géographique) : CGSS Réunion, CMR Réunion.

ARTICLE 2 : DECISION DE FINANCEMENT

Montant total accordé : 476 599,14 euros.

Durée du financement : 12 mois.

Mode de versement :

- forfait global "tout compris", décliné en tant que de besoin en sous-forfaits, versé au réseau

ARTICLE 3 : MODALITES DE VERSEMENT DU FORFAIT GLOBAL

Echéancier des versements du forfait global : montants, dates

<i>1^{er} versement</i>	<i>Mai 2005 (maximum 3 semaines après signature de la convention)</i>	<i>119 149,78 euros</i>
<i>2^{ème} versement</i>	<i>Août 2005</i>	<i>119 149,78 euros</i>
<i>3^{ème} versement</i>	<i>Novembre 2005</i>	<i>119 149,79 euros</i>
<i>4^{ème} versement</i>	<i>Février 2006</i>	<i>95 319,83 euros</i>
<i>Solde</i>	<i>Dans le mois qui suit la remise du rapport d'activité et des comptes annuels</i>	<i>23 829,96 euros</i>

Clause particulière

Poste "**Médecin coordinateur**" : déblocage des fonds sur présentation du contrat de travail.

Evaluation : 2 000,00 euros avaient été alloués en 2004 sur le FAQSV. Dans l'attente de pouvoir définir l'affectation de cette somme, il est attribué un financement sous réserve.

La mission de l'ORS, conformément à la recommandation émise en 2004, portera sur l'évaluation de l'éducation de groupe. Le protocole devra avant validation être communiquée au guichet unique pour recueil de l'avis des instances de gestion de la DRDR.

L'évaluation globale externe devant faire l'objet d'une définition (effecteur et procédure) concertée avec le guichet unique en 2005.

ARTICLE 4 : CONDITIONS DE MODIFICATION DES CLAUSES DE FINANCEMENT

Si en cours d'année, les éléments contenus dans les rapports de suivi communiqués par la caisse pivot font apparaître un décalage important avec les informations figurant dans le budget prévisionnel, un réexamen des clauses de financement pourra intervenir et donner lieu à une décision modificative.

Par ailleurs, un réexamen du budget interviendra pour revoir les financements destinés à la rémunération spécifique des professionnels de santé libéraux dès lors que des actes correspondants seront négociés dans le cadre conventionnel (exemple : CSP). Ce réexamen devra donner lieu à une décision modificative.

En cas de décision de financement pluriannuelle, le budget prévisionnel de chaque nouvelle année devra être réexaminé.

Au vu de ce document et du rapport d'activité de l'année N-1 fourni à l'ARH et à la CGSS par le réseau, les clauses de financement pourront être également revues et donner lieu à un ajustement, à la baisse comme à la hausse, du montant des versements pour l'année N.

Un versement supérieur à celui initialement prévu pour une année donnée sera par ailleurs conditionné par les disponibilités de la dotation régionale de développement des réseaux.

Les ajustements éventuels feront nécessairement l'objet d'une décision conjointe de financement modificative.

ARTICLE 5 : DESCRIPTIF DU FINANCEMENT ATTRIBUE AU TITRE DE LA DRDR

La dotation de développement des réseaux intervient pour le financement du réseau pour un montant maximum de 476 599,14 € pour 01 an, soit 93,6 % des produits et ressources du budget prévisionnel présenté par le réseau :

	DRDR année 1	DRDR année 2
--	--------------	--------------

FONCTIONNEMENT		
Charges de personnel		
Directrice (1 ETP)	68 092,66	69 000,00
Médecin coordonnateur (0,5 ETP)	51 000,00	51 000,00
Secrétaire (1 ETP)	21 800,28	21 764,00
Chargé de système d'information	29 000,00	
Chargé de communication - évaluation (1 ETP)	29 000,00	55 160,00
Dont rémunération des professionnels hors champ conventionnel		
Amortissements		
		5 315,09
Loyer		
		14 000,00
Frais généraux		
		43 000,00
Actions sensibilisation		
		2 190,85
Commissaire aux comptes		
		3 300,00
Expert comptable		
		9 000,00
Frais de déplacement		
		6 000,00
Frais de réunions		
		100,00
FORMATION		
Prestations formateurs		
		1 000,00
Logistique		
		12 000,00
Indemnisation des médecins libéraux et pharmaciens		
	36 403,20	50 400,00
Indemnisation des infirmiers (ères)		
	18 643,20	17 539,20
REMUNERATIONS SPECIFIQUES POUR LES PS LIBERAUX - HORS SOINS		
Education individuelle année 1		
	22 350,00	23 640,00
Education individuelle année 2		
		16 800,00
Education de groupe par médecins, pharmaciens		
	8 640,00	35 400,00
Education de groupe infirmier (ère)		
	6 090,00	21 240,00
DEROGATIONS POUR LES PATIENTS		
Forfait podologie		
	8 400,00	13 750,00
Evaluation externe		
		5 000,00
TOTAL	299 419,34	476 599,14

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le réseau est de :

- 500 pour l'année 2004 (443 au 31/12/2004),
- 800 (en nombre cumulé) pour l'année 2005.

ARTICLE 6 : DETAIL DES REMUNERATIONS SPECIFIQUES ET DEROGATIONS ACCORDEES

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'assurance maladie au titre des dispositions visées par l'article L 162-45 du CSS.

Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - hors soins :

Nature de la dérogation	Type de bénéficiaire	Modalités de versements		Année N		
		Aux bénéficiaires	Au réseau	Montant unitaire	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
Forfait éducation individuelle année 1	Médecin généraliste, pharmacien		X	40 euros Détail : 20 euros par patient et par	591	23 640,00 euros

				séance (2 par an)		
Forfait éducation individuelle année 2	Médecin généraliste, pharmacien		X	60 euros Détail : 15 euros par patients et par séance (4 par an)	280	16 800,00 euros
Forfait éducation de groupe	Médecin généraliste, pharmacien		X	Professionnel seul : 200 euros par groupe de 6 à 10 patients par séance (3 par an) Binôme ¹ médecin - infirmier ou pharmacien - infirmier : 170 euros mêmes critères de réalisation	59 groupes	35 400,00 euros
Forfait éducation de groupe	Infirmier (ère)		X	Professionnel seul : 120 euros par groupe de 6 à 10 patients par séance (3 par an) Binôme ² médecin - infirmier ou pharmacien - infirmier : 102 euros mêmes critères de réalisation	59 groupes	21 240,00 euros

Critères de mise en œuvre :

- patients volontaires,
- professionnels de santé formés par le réseau.

Conditions d'interruption du versement :

- abandon du programme par le professionnel de santé et/ou du patient,
- professionnel de santé et/ou patient sortis du réseau.

¹ Lorsque l'éducation de groupe est faite en binôme, le forfait est limité à 170 euros.

² Lorsque l'éducation de groupe est faite en binôme, le forfait est limité à 102 euros.

Dérogations aux règles de prise en charge des patients :

Nature de la dérogation	Type de bénéficiaire	Modalités de versements		Année N		
		Aux bénéficiaires	Au réseau	Montant unitaire (1)	Nombre de bénéficiaires	Montant total (2)
Forfait de soins podologiques	Patient diabétique de risque de lésion de grade 2 ou 3		X (tiers payant pour le patient)	137,50 euros par patient et par an	100	13 750,00 euros

Critères de mise en œuvre :

- patients volontaires,
- prescription par médecin généraliste adhérent au réseau,
- réalisation par podologue adhérent.

Conditions d'interruption du versement :

- abandon du programme par le professionnel de santé et/ou du patient,
- professionnel de santé et/ou patient sortis du réseau.

Article 7 : Autres rémunérations financées aux professionnels de santé par le réseau

Formation

Nature de la formation	Type de bénéficiaire	Modalités de versements		Année N		
		Aux bénéficiaires	Au réseau	Montant unitaire (1)	Nombre de bénéficiaires	Montant total (2)
Dépistage Education Pratique en réseau	Médecin généraliste, pharmacien		X	360 euros par séance	55	50 400,00 euros
Dépistage Education Pratique en réseau	Infirmier (ère)		X	182,70 euros par séance	32	17 539,20 euros

Article 8 : Modalités d'entrée et de sortie du réseau pour les professionnels de santé et les patients

Modalités d'inclusion des patients :

- respect des critères médico-sociaux d'inclusion : risques cardio-vasculaire et rénal,
- respect des critères administratifs d'inclusion : résidence dans le département de la Réunion,

- prise en charge par des professionnels de santé adhérant à la charte de qualité du réseau,
- adhésion au document d'information à destination des patients.

Modalités de sortie des patients :

- exclusion liée au non respect des critères médico-sociaux et administratifs,
- départ volontaire (possible à tout moment),
- décès.

Modalités d'adhésion des professionnels :

- adhésion à la charte de qualité du réseau,
- respect des critères administratifs d'adhésion : exercice dans le département de la Réunion,
- prise en charge d'un patient inclus dans le réseau.

Modalités de sortie des professionnels :

- exclusion liée au non respect de la charte qualité ou à la sortie du patient,
- départ volontaire,
- changement de lieu d'exercice,
- décès.

Article 9 : Engagements du réseau

Le promoteur du réseau, bénéficiaire du financement, s'engage :

- A fonctionner dans le respect des dispositions prévues dans la convention constitutive du réseau, la charte de qualité et le document d'information aux patients annexés à la présente convention.
- A respecter les obligations et modalités prévues pour les versements successifs, l'établissement des rapports d'activité et d'évaluation.
- A contribuer, en liaison avec les services de l'Etat et de l'Assurance Maladie, à effectuer un bilan détaillé de l'activité du réseau.
- A accorder un accès libre aux services habilités par les directeurs de l'ARH et de la CGSS ou au mandataire de leur choix pour procéder à toute vérification administrative, juridique ou comptable relative aux sommes versées.
- A accorder un accès libre aux services médicaux de l'assurance maladie, qui interviennent notamment dans la vérification du respect des critères d'inclusion dans le réseau.
- A soumettre sans délai aux directeurs de l'ARH et de la CGSS toute modification juridique, administrative ou statutaire du réseau ou de son promoteur.
- A tenir une comptabilité conformément aux règles et usages en la matière, avec l'assistance des expertises requises.
- A se tenir à jour de ses obligations et/ou cotisations sociales, fiscales et parafiscales.

- A fournir à l'ARH et à la CGSS le dossier de déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ainsi que le récépissé de déclaration auprès de la CNIL, en cas de traitements informatisés de données nominatives ; à ne pas effectuer les traitements avant l'expiration du délai de 2 mois à compter du récépissé et à fournir les observations de la CNIL dans ce délai.
- A autoriser l'ARH et la CGSS ainsi que le Ministère et la CNAMTS dans le cadre de l'observatoire national des réseaux à mettre en ligne sur leurs sites internet des informations non confidentielles concernant les membres et l'activité du réseau et le cas échéant créer des liens entre leurs sites et les coordonnées internet du réseau. Le promoteur disposera d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui le concernent (article 34 de la Loi Informatique et Libertés). Pour l'exercer, il devra s'adresser aux directeurs de l'ARH et de la CGSS.

Article 10 : Contrôle de l'utilisation des financements obtenus

Les directeurs de l'ARH et de la CGSS, ou tout autre mandataire de leur choix, pourront procéder ou faire procéder à tout moment à un contrôle sur pièces et sur place et à une vérification de l'utilisation du financement attribué, tant en ce qui concerne la réalisation des objectifs que la destination des fonds.

Article 11 : Modalités de suivi et d'évaluation

Chaque année, au plus tard le 31 mars, le réseau financé par la dotation de développement des réseaux transmet un rapport d'activité dans lequel il s'attache à montrer, à partir de la tenue d'un tableau de bord, la réalité de son fonctionnement (patients pris en charge, professionnels et établissements de santé concernés...), l'intérêt médical, social et économique du système mis en place, la qualité des procédures d'auto-évaluation.

Ce rapport précise les résultats obtenus au regard des résultats attendus.

Il présente le budget exécuté de l'année en recettes et dépenses et fait état des modalités de financement global du réseau et retrace, le cas échéant, la part des dépenses consacrée aux rémunérations des professionnels de santé hors champ conventionnel et aux dérogations accordées.

L'analyse du rapport par l'ARH et la CGSS permet notamment d'ajuster le montant des financements attribués en fonction de l'état du développement du réseau et des résultats budgétaires dans la limite du montant de la dotation régionale disponible.

Un rapport final d'évaluation devra impérativement être adressé trois mois avant le terme des trois années de financement par la DRDR, soit le 1^{er} février 2007 au plus tard. En plus des rapports d'activité précédents, il analyse le bilan des actions menées et leur apport au regard de l'offre de soins préexistante ; il retrace l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

L'ARH et la CGSS analysent ce rapport afin de procéder à une évaluation de l'apport du réseau et des conditions de sa pérennité.

Article 12 : Non respect des engagements pris par le réseau

Suspension :

En cas de non respect des engagements souscrits par le promoteur, les directeurs de l'ARH et de la CGSS peuvent prendre une décision conjointe de suspension des versements, adressée par lettre recommandée avec accusé de réception et précisant les motifs.

A compter de la notification de la suspension, le réseau disposera d'un délai de 30 jours pour apporter tout élément susceptible de justifier le manquement constaté et peut demander dans ce délai à être entendu par les directeurs de l'ARH et de la CGSS.

Retrait de la décision de financement :

A défaut de régularisation dans le délai imparti, les directeurs de l'ARH et de la CGSS auront la faculté de décider conjointement le retrait de la décision de financement, par lettre recommandée avec accusé de réception sans préjudice d'un éventuel recours en répétition des sommes versées et non régulièrement justifiées et de réparation du préjudice subi.

Article 13 : Caisse d'assurance maladie chargée d'effectuer les versements

La caisse générale de sécurité sociale de la Réunion, désignée « caisse pivot » est destinataire de la présente décision, pour sa mise en œuvre après signature d'une convention de financement entre son directeur et le promoteur du réseau.

Article 14 : Publication de la décision

La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région, d'une part, et de la Préfecture du département dans lequel se situe le siège du réseau.

Fait à Saint-Denis en trois exemplaires le 11 avril 2005,

Le Directeur de l'ARH

**P/Le Directeur de la CGSS absent
Le Directeur Adjoint**

Antoine PERRIN

Jean Luc ARNOULD