

MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ – LA RÉUNION

DECISION CONJOINTE DE FINANCEMENT ARH / CGSS – N° 05/2006

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 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

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

Vu la décision conjointe ARH-CGSS de financement du 14 mai 2004

Vu le rectificatif conjoint ARH-CGSS du 7 juin 2004

Vu la décision conjointe modificative ARH-CGSS du 30 juin 2004

Vu la décision conjointe ARH-CGSS de financement du 11 avril 2005

Vu les décisions conjointes modificatives ARH-CGSS des 8 novembre et 7 décembre 2005

Vu la décision conjointe ARH-CGSS de clôture de financement pour l'année 2004 du 7 décembre 2005

Vu l'arrêté du 29 mars 2006 portant détermination de la dotation nationale des réseaux pour 2006

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

au réseau REUCARE représenté par son promoteur Monsieur Jean-Marc FRANCO, médecin généraliste libéral domicilié à Route Nationale 2, Le Baril, 97442 SAINT-PHILIPPE.

Préambule :

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 : Présentation du réseau financé

Nom du réseau : REUCARE

Numéro d'identification : 960 040 038

Thèmes : Diabète, insuffisance rénale et maladies cardio-vasculaires

Champ géographique : Région Réunion

Caisses d'assurance maladie concernées : CGSS Réunion, CMR Réunion

Article 2 : Décision de financement

Montant total accordé : 260 753,20 euros

Durée du financement : 8 mois

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

Les modalités de suivi sont définies dans la convention de financement.

Article 3 : Modalités de versement du forfait global

Echéancier des versements du forfait global :

| | Dates | Montants en euros |
|----------------------------|--|-------------------|
| 1 ^{er} versement | Juin 2006 | 97 782,45 |
| 2 ^{ème} versement | Août 2006 | 97 782,45 |
| 3 ^{ème} versement | Novembre 2006 | 52 150,64 |
| Solde | Dans le mois qui suit la remise du rapport d'activité et des comptes annuels | 13 037,66 |

Article 4 : Conditions de modification des clauses de financement

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

Au vu du rapport d'activité et financier 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.

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

Article 5 : Descriptif du financement attribué au titre de la DRDR

La dotation de développement des réseaux intervient pour le financement du réseau pour un montant maximum de 260 753,20 euros (deux cent soixante mille sept cent cinquante trois euros et vingt cents) pour 08 (huit) mois, pour la couverture des dépenses détaillées ci-après, soit 57% des produits et ressources du budget prévisionnel présenté par le réseau :

| | DRDR 2006 Mai à décembre |
|--|-------------------------------------|
| SYSTEME D'INFORMATION | 22 297,00 |
| Site Internet | 2 713,00 |
| Dossier patient informatisé | 10 934,00 |
| Annuaire | 1 350,00 |
| Messagerie sécurisée | 1 875,00 |
| Support technique | 5 425,00 |
| FONCTIONNEMENT | 205 336,20 |
| <u>Charges de personnels salariés</u> | |
| Directrice (1ETP) | 48 274,00 |
| Médecin coordinateur ¹ | 34 000,00 |
| Chargé de communication – évaluation (1ETP) | 37 985,00 |
| Secrétaire (1ETP) | 16 350,20 |
| Amortissements | 3 215,00 |
| <u>Autres frais de fonctionnement</u> | |
| Loyer | 9 370,00 |
| Commissaire aux comptes | 3 300,00 |
| Expert comptable | 9 942,00 |
| Frais généraux | 36 300,00 |
| Frais de déplacement | 4 950,00 |
| Frais de communication | 1 650,00 |
| REMUNERATIONS SPECIFIQUES DES PS LIBERAUX – HORS SOINS | |
| Forfaits éducation de groupe (médecins, pharmaciens) | 7 650,00 |
| Forfaits éducation de groupe (infirmiers (ères), diététiciens (nes)) | 6 120,00 |
| Forfait de suivi éducatif individuel en groupe (médecins, pharmaciens) | 5 700,00 |
| Forfaits de suivi éducatif individuel en groupe (infirmiers (ères), diététiciens (nes)) | 5 400,00 |
| REMUNERATIONS SPECIFIQUES DES PS LIBERAUX – SOINS | |
| Forfaits de soins en podologie | 8 250,00 |
| TOTAL | 260 753,20 |

Les autres financeurs présentés par le promoteur dans son budget prévisionnel sont :

- Laboratoires pharmaceutiques : 4 338,00 euros ;
- Centre Hospitalier Départemental Félix Guyon : 2 516,25 euros.

¹ Praticien hospitalier mis à disposition dans le cadre d'une activité d'intérêt général, à raison de 6 ½ journées par semaine

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients susceptibles d'être pris en charge dans le réseau est : 1 000.

Article 6 : Détail des dérogations accordées et rémunérations spécifiques sur volet fonctionnement

Prestations dérogatoires

Toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'article L 162-45 du Code de sécurité sociale, est définie prestation dérogatoire.

La présente indique clairement la nature des prestations qui seront effectuées par les professionnels de santé. **Ces éléments sont fixés définitivement.**

Ainsi le réseau n'a pas la possibilité de changer la nature de ses prestations et le montant.

Les prestations dérogatoires reconnues ci-dessus, le sont pour l'année 2006 et seront amenées à être révisées en fonction de l'évolution du cadre conventionnel.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de gestion du réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront ni établir de feuille de soins, ni réclamer un règlement direct au patient.

Afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées en précisant la date et la nature de la prestation réalisée.

Il appartient au réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission du relevé.

Lorsque le réseau verse lui-même les forfaits, il alloue au professionnel de santé la rémunération qu'a acceptée de prendre en charge l'Assurance Maladie.

De ce fait, le versement par le réseau de la rémunération du professionnel, ne peut à lui seul conduire à conférer au professionnel la qualité de salarié.

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 en euros |
| Forfait éducation de groupe | Médecin généraliste, pharmacien | | X | 170 euros par groupe de 6 à 10 patients en binôme, 3 séances par an | 15 PS | 7 650,00 |
| Forfait éducation de groupe | Infirmier (ère), diététicien(ne) | | X | 102 euros par groupe de 6 à 10 patients en binôme, 3 séances par an | 20 PS | 6 120,00 |

| | | | | | | |
|---|----------------------------------|--|---|--|--------------|----------|
| Forfait de suivi éducatif individuel en groupe | Médecin généraliste, pharmacien | | X | 20 euros par patient, 3 séances par an | 95 patients | 5 700,00 |
| Forfait de suivi éducatif individuel en groupe | Infirmier (ère), diététicien(ne) | | X | 12 euros par patient, 3 séances par an | 150 patients | 5 400,00 |

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.

Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - soins :

| 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 en podologie | Patients diabétiques de risque de lésion de grade 2 ou 3 | | X (tiers payant pour le patient) | Forfait du protocole national 137,50 euros par patient et par an | 60 | 8 250,00 |

Critères de mise en œuvre :

- patients volontaires,
- prescription par médecin traitant 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.

Aucune prestation dérogatoire n'est accordée par la présente.

Formations

Les formations éventuellement financées par la DRDR devront prioritairement porter sur la prise en charge en réseau, articulée sur les différents acteurs, les formations cliniques sur les pathologies traitées relevant pour leur part, du cadre conventionnel.

En vue du financement de formations pour 2007, le réseau devra déposer, en partenariat avec les associations régionales de formation médicale et pour chaque catégorie professionnelle de santé, un dossier dans le cadre de l'appel à projets national Formation Professionnelle Continue.

S'agissant des formations éventuellement financées sur la DRDR, le promoteur fournira en fin d'année un récapitulatif des formations réalisées avec les feuilles d'émargement signées par les professionnels participants.

Article 7 : 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 : diabète et risques cardio-vasculaire et rénal,
- respect des critères administratifs d'inclusion : résidence dans le département de la Réunion,
- adhésion au document d'information et de prise en charge à destination des patients ;
- prise en charge par des professionnels de santé adhérant à la charte de qualité du réseau et à la convention constitutive.

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 et à la convention constitutive ;
- prise en charge d'un patient inclus dans le réseau ;
- respect des critères administratifs d'inclusion : exercice dans le département de la Réunion.

Modalités de sortie des professionnels :

- exclusion liée au non respect de la charte qualité ou à la sortie du patient ;
- départ volontaire ;
- sortie liée au non respect des critères administratifs ;
- décès.

Article 8 : 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 tirer 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 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 9 : Contrôle de l'utilisation des financements obtenus

Le secrétariat commun de l'ARH et de la CGSS, ou tout autre mandataire au choix des directeurs de l'ARH et de la CGSS, pourra 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 10 : 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'évaluation interne (cf. référentiel ANAES juillet 2004 sur l'évaluation interne).

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 le 30 septembre 2006 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. Une consultation sera faite par l'ARH et la CGSS afin de confier la réalisation de l'évaluation externe à un prestataire unique pour l'ensemble des réseaux financés au titre de la DRDR.

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 11 : 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 12 : 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 13 : Publication de la décision

La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Réunion.

Fait à Saint-Denis en quatre exemplaires, le 16 mai 2006

Le Directeur de l'ARH

Le Directeur de la CGSS

Antoine PERRIN

Jean-Paul PHELIPPEAU

Annexes

- 1) Convention constitutive de Réucare
- 2) Document d'information à destination des patients du réseau
- 3) Budget prévisionnel
- 4) Référentiels d'évaluation ANAES
- 5) Orientations fixées par les directeurs de l'ARH et de la CGSS pour 2006
- 6) Arrêté ministériel portant détermination de la dotation nationale des réseaux pour 2006

Annexes 1 et 2 : se référer aux annexes 1, 2 et 3 de la décision de financement ARH/CGSS du 11 avril 2005

Annexe 3 : BUDGET PRÉVISIONNEL

| | Dépenses 2006 Mai à décembre Montants en euros |
|---|--|
| INVESTISSEMENT | |
| Equipements et installations techniques | 6 750,00 |
| SYSTEME D'INFORMATION | |
| Frais hébergement serveurs | 26 040,00 |
| Maintenance | 29 171,00 |
| FONCTIONNEMENT | |
| Dont dépenses de personnels salariés | 181 500,00 |
| Dont loyer | 9 370,00 |
| Dont frais généraux | 41 250,00 |
| Dont amortissements | 3 215,00 |
| Dont frais de communication | 1 963,50 |
| Dont maintenance parc informatique | 2 516,25 |
| Dont frais de commissaire aux comptes | 3 300,00 |
| Dont frais d'expert comptable | 7 500,00 |
| FORMATIONS | |
| Dont frais pédagogiques | 8 524,50 |
| Dont indemnités des professionnels de santé | 27 450,00 |
| EVALUATION | 11 760,00 |
| REMUNERATIONS SPECIFIQUES PS LIBERAUX – HORS SOINS | |
| Dont frais liés à l'éducation thérapeutique du patient | 39 126,00 |
| Dont frais liés au suivi médical et éducatif | 15 165,00 |
| Dont frais de vacances de fonctionnement | 24 150,00 |
| REMUNERATIONS SPECIFIQUES PS LIBERAUX – SOINS | 111 971,00 |
| Dont frais de soins en podologie | 15 468,75 |
| DEROGATIONS POUR LES PATIENTS | |
| Participation forfaitaire du réseau hors TIPS | 2 107,60 |
| TOTAL | 456 327,60 |

Annexe 4 : Référentiels d'évaluation ANAES (document consultable sur le site <http://www.anaes.fr>)

Annexe 5 : Orientations fixées pour l'année 2006

A la lumière des éléments d'activité disponibles, les directeurs insistent sur l'importance de disposer des premiers résultats de l'action menée en éducation thérapeutique en direction des patients.

Dans ce cadre précis, il est important de pouvoir quantifier la file active de patients dont la situation aura été ré évaluée, au terme du cycle éducatif défini par protocole, ainsi que les orientations différenciées prises par le réseau à l'appui des résultats en termes d'acquisition de connaissances et de changement des habitudes en hygiène alimentaire.

Il est entendu que ces évaluations s'appuient sur des référentiels validés utilisés par les professionnels du réseau. Ainsi, les supports qui auraient été actualisés ou révisés seront utilement portés à connaissance du guichet unique.

Les directeurs considèrent qu'avant tout redéploiement de moyens et élargissement du champ des prestations proposées, le réseau doit optimiser son fonctionnement et s'attacher à produire les données relatives à son action d'éducation thérapeutique du patient. Cela permettra de tirer les premiers enseignements sur les modalités de prise en charge mises en oeuvre par le réseau.

Le financement octroyé en 2006 vise à consolider le fonctionnement actuel du réseau.

Annexe 6 : Arrêté du 29 mars 2006 portant détermination de la répartition de la dotation nationale des réseaux pour 2006