



l'Assurance Maladie

des salariés-sécurité sociale

caisse nationale

Document consultable dans Médi@m

CIRCULAIRE

CIR-175/2002

Date :

30/12/2002

Domaine(s) :

ETS SANITAIRES ET MEDICO-

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Réseaux de Santé

Liens :

Plan de classement :

13

Emetteurs :

DRM CCMSA CANAM

Pièces jointes : 9

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM

☒ CRAM

☒ URCAM

☐ UGECAM

☒ CGSS

☐ CTI

☒ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux

☒ Chef de service

☒ Médecin Chef de la Réunion

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Circulaire inter-régimes sur les réseaux de santé

Mots clés :

Réseaux

Le Directeur

Daniel LENOIR



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE : 175/2002

Date : 30/12/2002

Objet : Réseaux de Santé

Affaire suivie par : Christine NEU (DRM-DIOS) - ☎ 01 42 79 32 18

Stéphanie DROLEZ (DRM-DIOS) - ☎ 01 42 79 31 31

Dr Maryse MEDINA (DSM-DREP) - ☎ 01 42 79 33 13

Dr Arlette MEYER (DSM-DREP) - ☎ 01 42 79 32 17

La réglementation concernant le financement des réseaux de soins a été profondément modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. La présente circulaire a pour objectif de compléter la circulaire MIN/DHOS/DSS/ / CNAMTS n°2002-610 du 19 décembre 2002 par des précisions aux URCAM, DRSM, CPAM, CRAM destinées à la mise en œuvre opérationnelle de la réforme du financement des réseaux.

Le Directeur de la CNAMTS

D. LENOIR

Le Directeur de la CCMSA

Y. HUMEZ

Le Directeur de CANAM

D. POSTEL-VINAY

La multiplication informelle des réseaux spontanés dans les années 80, initiés sur la thématique du Sida, puis des réseaux "ville-hôpital" au début des années 90, définis par circulaires ministérielles, a conduit le législateur à reconnaître ces nouvelles formes d'organisation des soins en leur donnant un cadre juridique.

Les *ordonnances du 24 avril 1996* ont ainsi créé deux catégories de réseaux :

- Les **réseaux et filières de soins expérimentaux relevant de l'article L 162-31-1 du code de la sécurité sociale** appelés réseaux "Soubie", ouverts au champ ambulatoire car permettant des dérogations aux règles de prise en charge des assurés et de rémunération des professionnels de santé libéraux
- Les **réseaux relevant de l'article L 6121-5 du code de la santé publique** appelés "réseaux hospitaliers" et agréés par le Directeur de l'ARH.

La *loi de financement de la sécurité sociale pour 2001* a tenté de modifier le dispositif expérimental des réseaux et filières de soins relevant du code de la sécurité sociale en instituant une régionalisation de la procédure d'agrément.

Compte tenu des multiples débats engendrés par ce texte, le décret d'application n'est jamais paru.

La *loi de financement de la sécurité sociale pour 2002* a modifié à son tour le financement des réseaux en substituant à la logique expérimentale antérieure une logique de généralisation des réseaux. Elle institue une enveloppe de financement des réseaux gérée de façon déconcentrée au niveau régional.

La *loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* introduit une définition unique des réseaux qui regroupe l'ensemble des catégories de réseaux préexistantes et impose des critères de qualité aux réseaux sollicitant des financements publics.

RAPPEL DES TEXTES :

➤ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002

La LFSS 2002 introduit de nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale :

- l'article L 162-43 instaure, au sein de l'ONDAM, une **dotation nationale de développement des réseaux**, déclinée en dotations régionales,
- l'article L 162-44 prévoit que, dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, **le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM décident conjointement des financements** accordés aux réseaux de santé, dans la limite de la dotation régionale,
- l'article L 162-45 décrit les modalités de prise en charge des dépenses des réseaux dans ce nouveau cadre : règlement forfaitaire versé aux professionnels de santé ou à la structure gestionnaire du réseau de tout ou partie des dépenses du réseau et des dérogations au code de la sécurité sociale.
- l'article L 162-46 prévoit : "un décret en Conseil d'État 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 œuvre au titre des

dispositions prévues par ces articles et de l'évaluation des actions qui bénéficient de ces financements."

Un *arrêté du 30 avril 2002* a fixé à 22,87 millions d'euros le montant de la dotation pour 2002.

Le décret d'application est paru le 25/10/2002.

➤ La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

L'*article 84* de cette loi abroge l'article L 6121 du code de la santé publique et crée dans ce code une définition unique des réseaux : les "**réseaux de santé**".

Les réseaux postulant à des financements publics (aide de l'état, financement par l'enveloppe réseaux...) sont soumis à des normes communes par le décret ..., qui portent sur les critères de qualité, les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation.

La publication du décret d'application est intervenue le 18/12/2002.

➤ Le FAQSV

Le **fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)**, créé par l'*article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999*, est destiné notamment au financement d'actions concourant à la coordination des soins.

La gestion du fonds est exercée par un comité national de gestion placé au sein de la CNAMTS et au niveau régional par des comités régionaux placés au sein des URCAM, où sont représentés l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux : 20% du fonds sont destinés au financement des actions à caractère national et 80% aux actions à caractère régional.

Le montant des dépenses du fonds pour 2001 et 2002 a été fixé à 106,72 millions d'euros et à 106 millions d'euros pour 2003.

Près de 70% des aides ont été accordées pour la mise en place d'actions de coordination.

➤ Les soins palliatifs

La *loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs* introduit des modes de rémunération particuliers pour les professionnels de santé libéraux délivrant des soins palliatifs à domicile.

Un *décret d'application daté du 3 mai 2002* prévoit des rémunérations forfaitaires pour les professionnels de l'équipe de soins intervenant au domicile du patient.

Les rémunérations ainsi prévues doivent être intégrées dans la NGAP, à l'issue des négociations conventionnelles en cours.

➤ Le champ conventionnel

La *loi 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie* a inséré dans

le code de la sécurité sociale l'article L 162-12-20 selon lequel les professionnels de santé conventionnés peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique ouvrant droit à une rémunération forfaitaire et qui comportent les engagements des professionnels relatifs à leur participation à des actions de coordination des soins, notamment à des réseaux de soins.

LA POLITIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE EN MATIERE DE RESEAUX DE SANTE:

➤ L'assurance maladie soutient le développement des réseaux :

L'assurance maladie a régulièrement manifesté son attachement à toute mesure susceptible de favoriser la coordination des pratiques, la continuité des soins et la complémentarité de l'offre de soins en considérant que les réseaux constituaient l'un des outils essentiels de cette démarche.

Le soutien de l'assurance maladie s'est manifesté dans le cadre de la procédure d'agrément des expérimentations : les CPAM et les CMSA ont soutenu, voire promu, de nombreux projets en vue de leur présentation au "comité Soubie", et les URCAM ont instruit plus de 50 projets d'expérimentation avant de les soumettre aux instances compétentes.

L'appui de l'assurance maladie s'est ensuite illustré lors de la mise en place des réseaux une fois leur agrément obtenu : les Caisses et services médicaux se sont fortement investis pour accompagner les promoteurs dans la définition des modalités concrètes de fonctionnement des réseaux.

L'accent mis sur la coordination dans les orientations du comité national de gestion du FAQSV, ainsi que l'importance des aides accordées pour les actions de coordination par les bureaux régionaux de gestion du FAQSV (près de 29 millions d'euros en 2001) démontrent aussi cet appui : le fonds a permis le fonctionnement d'expériences nombreuses et diversifiées de réseaux.

Le Conseil d'Administration de la CNAMTS, sans remettre en cause ce soutien, a émis un avis défavorable sur le nouveau cadre législatif et réglementaire introduit par la LFSS 2002 car celui-ci induisait des difficultés techniques de gestion pour les caisses d'assurance maladie. La Mutualité Sociale Agricole a également fait part de ses réserves sur ce dispositif.

➤ Dès lors, l'assurance maladie pose plusieurs conditions à l'accompagnement des projets :

La faiblesse actuelle du montant de la dotation nationale de développement des réseaux implique d'imposer un certain nombre d'exigences dans le ciblage des projets à financer. Le soutien de l'assurance maladie au financement des réseaux de santé prévus à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique se réalisera au regard des éléments d'appréciation suivants :

- Les réseaux de santé doivent apporter une plus value au regard de l'organisation de l'offre de soins existante. Cette plus value doit être de nature médicale,

économique et organisationnelle. Le respect de cette triple condition contribuera à la réussite et à la pérennité des nouvelles organisations d'offre de soins mises en place.

- L'utilité et l'efficacité des réseaux financés ne pourront être avérées que s'ils sont évalués. Les modalités de suivi et d'évaluation doivent être prévues dès l'élaboration du projet ; ils permettent sa structuration, son adaptation et la validation du modèle mis en place.
- Les financements doivent prioritairement être accordés à des projets qui présentent un caractère viable avéré. Ceux-ci concernent en priorité *les réseaux expérimentaux ou "Soubie" se situant au terme de leur période d'expérimentation*, les réseaux préalablement financés par le FAQSV, et ceux agréés par l'ARH dans le cadre de l'ancien article L 6121-5 du CSP à condition d'une participation effective des professionnels de santé libéraux dans le réseau.
- Un réseau ne pourra être financé que s'il apporte la garantie d'une association des professionnels de santé libéraux à l'ensemble du projet : retombée effective sur leurs pratiques ; participation à la promotion, la mise en œuvre, aux instances décisionnelles...
- La répartition des financements au sein des dotations régionales devra s'effectuer en respectant un équilibre entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire, conformément à la nature des sources d'imputation de la dotation nationale de développement des réseaux. Les projets contribuant à favoriser les modes de coopération renforcée entre les professionnels de ces deux secteurs ne pourront d'ailleurs que favoriser cet équilibre.
- Afin de maintenir l'égalité de traitement des assurés sociaux sur l'ensemble du territoire français, les projets à vocation modélisante seront privilégiés, c'est à dire ceux dont le mode d'organisation peut être retenu en vue d'une restructuration de l'offre de soins.

A ce titre, seront entrepris des travaux sur trois thèmes :

- . les soins palliatifs, selon le modèle d'organisation et d'accompagnement décrits dans les textes d'application de la loi 99-477 du 9 juin 1999,
- . la gériatrie, en référence au mode d'organisation promu par la CCMSA en partenariat avec la CNAMTS et la CANAM, agréé par l'arrêté ministériel du 30 mars 2000,
- . le diabète, selon le schéma type d'organisation reposant sur l'éducation du patient, la formation pluridisciplinaire et la prise en charge diététique et podologique.

CARACTERISTIQUES DE LA REFORME

:

➤ Création d'une enveloppe "réseaux"

La création de la dotation nationale de développement des réseaux par l'article 36 de la LFSS 2002 correspond à la mise en place d'une cinquième enveloppe dans l'ONDAM. Cette enveloppe spécifique, qui permet aux réseaux de bénéficier désormais de financements pérennes, est constituée de prélèvement des différentes enveloppes de l'ONDAM.

Elle est intégralement répartie en 26 dotations régionales limitatives.

➤ Gestion de l'enveloppe

L'article 36 de la LFSS 2002 et son décret d'application sont muets sur le mécanisme qui pourrait assurer le respect des enveloppes régionales.

Dans tous les cas, les directeurs d'URCAM veilleront au respect de l'enveloppe lors de la décision de financement en exigeant de connaître le montant disponible de la dotation après imputation des dépenses engagées au titre des décisions précédentes. Il reviendra donc au directeur de l'URCAM de "prioriser" les projets sollicitant un financement auprès de la dotation de développement des réseaux, compte-tenu de la marge de manœuvre existante.

➤ Nature des dépenses prises en charge

La dotation de développement des réseaux est destinée à financer "tout ou partie" des dépenses des réseaux. Le champ des dépenses ainsi couvertes est relativement large, mais il doit s'articuler avec les autres dispositifs de financement des réseaux, à savoir :

- **La nouvelle architecture conventionnelle :**

Elle prévoit notamment d'inscrire dans les annexes tarifaires conventionnelles des rémunérations forfaitaires pour les activités de coordination des professionnels de santé qui adhèrent à des contrats de santé publique dont le contenu précis sera défini dans la convention, ce qui laisse ainsi entrevoir la possibilité de prendre en charge d'une manière générale sur le risque de nouvelles rémunérations pour les professionnels de santé liées à leur activité de coordination dans les réseaux.

Dans l'attente de la mise en place du dispositif, les rémunérations correspondantes pourront relever de l'enveloppe réseau.

- **Les textes relatifs aux soins palliatifs :**

Le nouveau dispositif réglementaire concernant les soins palliatifs introduit des modes de rémunération pour les professionnels de santé libéraux intervenant dans le cadre d'une équipe de soins palliatifs à domicile et une obligation de négocier dans le champ conventionnel le montant des forfaits correspondants. Deux types de forfaits sont envisagés : un forfait rémunérant la coordination des soins pour le coordonnateur de l'équipe de soins et un forfait rémunérant la participation à la coordination pour les autres professionnels de santé de l'équipe de soins.

Cette équipe de soins ambulatoire peut intervenir dans le cadre d'un réseau de santé doté d'une équipe de référence chargée de la coordination administrative, dont le financement peut relever de la dotation de développement des réseaux.

Là encore, dans l'attente de l'inscription des forfaits dans les annexes tarifaires conventionnelles, l'enveloppe réseau pourra couvrir ces dépenses.

- **Le FAQSV :**

Prenant acte de la mise en place d'une enveloppe pérenne destinée au financement des réseaux, le Comité National de Gestion du FAQSV, lors de sa séance du 8 mars 2002, a redéfini les orientations qu'il souhaitait donner à l'attribution des aides du FAQSV sur le thème de la coordination des soins. Il a limité le champ d'intervention du FAQSV aux dépenses d'études préalables, aux frais d'évaluation et aux aides au démarrage des réseaux, rendant possible à ce titre la prise en charge des investissements et des frais de fonctionnement des nouveaux réseaux pendant une à deux années.

En conséquence, les **dépenses susceptibles d'être couvertes par la dotation de développement des réseaux** sont les suivantes :

- les dépenses de fonctionnement (charges de personnels, loyers, frais divers...) ;
- les dérogations aux dispositions du code de la sécurité sociale.

Le champ des dérogations envisageables est équivalent à celui retenu pour les réseaux et filières expérimentaux agréés dans le cadre de la procédure "Soubie" :

- dérogations aux règles de prise en charge des patients (exemple : prise en charge à 100% hors ALD et CMU)
- rémunérations dérogatoires destinées aux professionnels de santé (exemple : consultation de prévention)
- prise en charge des rémunérations des "non professionnels de santé" intervenant dans la prise en charge des patients dans le réseau (exemples : assistante sociale, diététicienne, psychologue...)

➤ Circuits de financements

En application de la loi, la décision de financement porte sur la hauteur mais aussi sur les modalités de financement des réseaux : elle peut prévoir un règlement forfaitaire des dépenses financées par la nouvelle enveloppe.

Deux cas de figure sont donc envisageables :

- Versement d'un forfait global à la structure gestionnaire du réseau couvrant les deux catégories de dépenses prises en charge par la dotation de développement des réseaux : frais de fonctionnement et dérogations ;
- Mise en place d'un double circuit de financement : versement à la structure gestionnaire du réseau d'un forfait global couvrant les frais de fonctionnement et les rémunérations des "non professionnels de santé" et règlement direct aux professionnels de santé ou au patient des prestations dérogatoires.

Dans le souci du respect de l'enveloppe, **la décision favorisera le premier cas de figure**, à savoir le versement d'un forfait global couvrant l'ensemble des dépenses.

Dans tous les cas, il conviendra de distinguer clairement les prestations dérogatoires des prestations de droit commun relevant de l'enveloppe ambulatoire : ne seront imputées sur l'enveloppe réseau que les dérogations entraînant un surcoût pour l'assurance maladie.

Le décret du 25/10/2002 prévoit que le paiement du règlement forfaitaire est en principe assuré par la CPAM dans la circonscription de laquelle se situe le siège du réseau, la répartition entre les régimes étant effectuée sur le taux retenu pour la répartition de la dotation globale de financement des établissements du service public

hospitalier de l'exercice concerné. Toutefois, par convention entre les régimes, le paiement peut être assuré par une caisse d'un régime autre que le régime général. Il convient bien entendu de privilégier le régime qui occupe un rôle moteur dans l'accompagnement du promoteur et le suivi de l'activité du réseau. Les Directeurs d'URCAM doivent saisir sans délai les Directeurs des caisses nationales en cas de difficultés d'application.

Le décret prévoit donc la mise en place d'une **caisse pivot pour les règlements forfaitaires**, si cette formule de forfaitisation est retenue par la décision de financement, dès lors que le promoteur le souhaite.

Il appartient au promoteur du réseau de se mettre d'accord avec la caisse pivot pour définir les modalités de versement du règlement forfaitaire. Ceci suppose la rédaction d'une convention de financement précisant les obligations des deux parties, celles-ci devant comporter a minima l'engagement du promoteur de renseigner la caisse à chaque nouvelle inclusion ou sortie du réseau sur l'identité des patients et des professionnels (numéros d'identification).

Quelle que soit le cas de figure retenu, les rémunérations dérogatoires ont pour contrepartie l'engagement individuel de chaque professionnel de santé à adhérer à la charte du réseau, définie par l'article D 766-1-4 du CSP. L'engagement devra impérativement être formalisé par la signature d'un acte d'adhésion à la charte, qui sera adressé à la caisse concernée par les versements.

➤ Critères de choix

En application du nouveau dispositif réglementaire, les réseaux sollicitant un financement public doivent répondre aux critères de qualité décrits dans le décret d'application de l'article 84 de la loi n°02-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Dans leurs décisions de financement les URCAM veilleront en outre à respecter les critères propres à l'assurance maladie détaillés en annexe, qui ont été définis dans le cadre d'un groupe de travail regroupant les caisses nationales et plusieurs URCAM.

PROCEDURES :

➤ Instruction du dossier

La décision conjointe est l'aboutissement d'une instruction conjointe des demandes de financement : l'article R 162-60 du CSS prévoit que les conditions d'instruction des demandes de financement sont définies par une convention locale signée entre le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM.

La convention doit reprendre le cadre d'organisation défini dans la circulaire Ministère/ CNAMTS... qui repose sur les modèles existants de comité ou de secrétariat régional des réseaux et décrit le rôle respectif des URCAM et ARH dans la procédure d'instruction, au cours de laquelle l'avis de différents partenaires peut être sollicité (URML, fédérations hospitalières, fédération régionale des réseaux...).

L'URCAM est donc associée non seulement à la décision de financement mais aussi à l'instruction des projets de réseau. Il conviendra de veiller à ce que les services de l'URCAM ne soient pas les seuls instructeurs des dossiers sauf d'une part à devenir de fait une "annexe" technique de l'ARH et d'autre part à ne plus pouvoir assumer les autres missions qui sont les leurs.

La participation de l'URCAM à l'instruction des dossiers implique nécessairement :

- la connaissance de l'enveloppe disponible
- la stabilisation des budgets et projets
- la liberté de recourir aux experts de son choix
- l'association des Services Médicaux et des Caisses dans les conditions décrites ci-dessous.

- Rôle des Services Médicaux dans l'instruction du dossier :

Les Services Médicaux apportent leur expertise technique au secrétariat technique régional des réseaux et participent à la réalisation de l'analyse médico-administrative du projet. Le Directeur de l'URCAM confie l'analyse du dossier au Service Médical de l'un des régimes qui se prononce, au minimum, sur les critères relevant de sa compétence :

- intérêt médical, au regard de l'offre de soins existante, libérale et hospitalière, des besoins de santé sur l'aire géographique considérée, des priorités de santé publique nationales et régionales, de la sécurité, de l'organisation, de la qualité, de la coordination et de la continuité des soins.
- intérêt et opportunité au regard d'éventuels autres réseaux, des orientations définies par les SROS, SNOS et schémas gérontologiques...

L'avis motivé sur l'ensemble du projet finalisé est transmis aux Directeurs d'URCAM et d'ARH.

- Rôle des Caisses dans l'instruction du dossier :

Le Directeur de l'URCAM sollicite l'avis de la Caisse qui a vocation à devenir caisse pivot.

L'appréciation de la Caisse, qui constitue une aide importante à la décision, porte notamment sur :

- l'analyse des besoins ;
- le promoteur du réseau ;
- les modalités d'application de la décision de financement envisagées par le promoteur.

➤ Décision de financement

Les directeurs de l'ARH et de l'URCAM décident conjointement des financements dans la limite de la dotation régionale de développement des réseaux. Les décisions précisent la durée d'application : elle est au maximum de 3 ans et peut être prorogée au delà par une nouvelle décision formulée au vu des résultats de l'évaluation.

Les conditions de notification et de retrait de la décision sont décrites dans le décret du 25/10/2002.

Celui-ci ne prévoit pas de possibilité d'appel en cas de refus de financement.

Du fait de l'absence d'agrément, la décision de financement pour une durée déterminée est une acceptation implicite des conditions de fonctionnement décrites par le promoteur dans le dossier de demande de financement.

Le directeur de l'URCAM est co-responsable de la décision de financement. En cas d'avis négatif, sa position est bloquante.

En qualité de représentant des assurés sociaux, le Conseil d'Administration de l'URCAM doit être associé aux décisions de financement. Pour ce faire, il appartient au Conseil de l'URCAM de définir la politique qu'il entend mettre en œuvre sur sa région en fixant les orientations générales dans lesquelles les décisions du directeur devront s'inscrire. De même, la concertation entre le directeur de l'URCAM et le président du Conseil d'Administration de l'URCAM favorisera une approche globale des financements des réseaux.

Le directeur de l'URCAM doit en outre veiller au respect des conditions posées par l'assurance maladie, décrites précédemment (cf. B)) lors de la formulation de chaque décision de financement.

➤ Modalités de versement pour les CPAM

La loi prévoit deux modalités de versement pour les réseaux financés par la dotation de développement des réseaux :

- un forfait global versé à la structure gestionnaire recouvrant l'ensemble des charges du réseau ;
- des prestations individualisées pour les professionnels de santé et les patients en sus d'un forfait global versé à la structure gestionnaire couvrant les dépenses de fonctionnement et les rémunérations des "non professionnels de santé".

Dans l'attente d'une solution cible destinée à couvrir l'ensemble des besoins de liquidation et d'information liés aux organisations émergentes des soins telles que les réseaux, **la solution transitoire envisagée est la suivante :**

- Pour le versement du forfait global, l'article R 162-68 du CSS prévoit que ce règlement est en principe assuré par la CPAM dans la circonscription de laquelle le réseau a son siège. Il prévoit également que les dispositions de versement et de répartition entre les régimes sont identiques à celles de la dotation globale versée aux établissements publics sanitaires.

Un compte de charge et un compte d'acomptes spécifiques seront notifiés aux CPAM par l'Agence Comptable Nationale. Dans l'attente d'une solution informatique, les caisses pourront liquider et payer manuellement des acomptes sur le compte de classe 4.

- Pour le versement des prestations individualisées, les codes de prestations de l'applicatif Dexter pourront être utilisés pour une saisie dans PROGRES par la CPAM dont relève l'assuré. Les modalités d'utilisation de cette solution informatique sont décrites dans *la circulaire CNAMTS cab/dir n° 7/2000 du 23/08/2000*.

Pour que les versements soient réalisés, la structure gestionnaire du réseau doit impérativement disposer d'une personnalité morale et être identifiée par un numéro inter-régimes.

Cet identifiant, attribué par l'ARH, et issu d'un fichier permettant une consolidation nationale, figure dans la décision de financement conjointe URCAM/ ARH. Il doit

impérativement être reporté sur les feuilles de soins et tous les documents utilisés dans le cadre de l'activité du réseau.

➤ Suivi statistique et comptable pour les CPAM

Le calcul des dépenses imputées sur la dotation de développement des réseaux est réalisé, au niveau régional, à partir d'un double suivi :

- Le forfait global fait l'objet d'un suivi comptable individualisé ;
- Le cas échéant, les prestations individualisées payées en sus impactent les comptes des prestations concernées. L'interrogation des bases informationnelles par requête ERASME permet de connaître les dépenses des assurés du régime général.

Concernant le suivi des prestations individualisées, les dépenses liées aux dérogations accordées dans le cadre des réseaux expérimentaux dits "Soubie" ne devront pas être comptabilisées car celles-ci relèvent de l'enveloppe "soins de ville" jusqu'au terme de la période autorisée et ne s'imputent donc pas dans la dotation de développement des réseaux.

Les dépenses correspondantes pourront être isolées à partir de la liste des numéros d'identification des réseaux "Soubie" figurant en annexe.

➤ Rôle des Services Médicaux dans le suivi des réseaux

Les Services Médicaux peuvent, conformément à leurs missions, réaliser, de leur propre initiative ou à la demande du secrétariat des réseaux, l'analyse, à un moment donné, du fonctionnement médical du réseau (analyse du service médical rendu). Leurs conclusions seront transmises aux deux directeurs ARH/URCAM.

Les Services Médicaux peuvent réaliser le suivi médical externe du dispositif et dans ce cadre, transmettre des informations, et participer, selon une méthodologie définie initialement, au suivi global externe du réseau. Là aussi, leurs conclusions seront transmises aux deux directeurs ARH/URCAM.

Suivi et évaluation globale

L'article R 162-66 du CSS prévoit la transmission au Ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale et aux caisses nationales d'assurance maladie d'une synthèse régionale annuelle comprenant l'analyse des rapports d'activité annuel des réseaux financés par la dotation de développement et l'analyse des évaluations intervenant au terme de la décision de financement.

Afin d'assurer une remontée d'information homogène de la gestion de la dotation de développement des réseaux en région et permettre de procéder notamment à des comparaisons inter-régionales, la rédaction d'un document type spécifique est envisagée. Des précisions sur ce point seront fournies ultérieurement.

Par ailleurs, il est important de faire remonter l'ensemble des difficultés rencontrées tant dans la procédure que sur le fonds des dossiers. Le Département Innovations en

Organisation des Soins (DIOS) de la DRM à la CNAMTS assurera la centralisation des remontées pour les trois caisses nationales, lesquelles procéderont à une diffusion auprès de l'ensemble des URCAM de leur résolution.

ANNEXES

- 1) Article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002
- 2) 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.
- 3) Arrêté du 30 avril 2002 portant détermination de la dotation nationale des réseaux pour 2002
- 4) Article 84 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- 5) Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L 6321-1 du code de la santé publique.
- 6) Circulaire MIN/DHOS/DSS/ / CNAMTS n°2002-610 du 19 décembre 2002.
- 7) Critères de choix propres à l'assurance maladie
- 8) Présentation schématique de la dotation nationale de développement des réseaux
- 9) Liste des numéros d'identification des réseaux agréés dans le cadre dit "Soubie"