

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Bureau 03
Direction de la sécurité sociale

Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé, en application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique et des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et des décrets n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et 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

NOR : SANH0230614C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 (art. 36), codifiée aux articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale ;
Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (art. 84), codifiée aux articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique ;
Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professionnels de santé libérales et les organismes d'assurance maladie ;
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) ;
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 ;
Décret n° 2002-793 du 3 mai 2002 relatif aux conditions d'exercice des professionnels de santé délivrant des soins palliatifs à domicile pris pour l'application de l'article L. 162-1-10 du code de la sécurité sociale ;
Arrêté du 30 avril 2002 portant détermination de la dotation nationale de développement des réseaux pour 2002.
Texte abrogé : circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux qu'elle annule et remplace.

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution), Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales), Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des unions régionales des caisses d'assurance maladie et des caisses générales de sécurité sociale (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs de CPAM ; Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses régionales d'assurance maladie ; Mesdames et Messieurs les médecins-conseils régionaux ; Monsieur le médecin-conseil chef de service de la Réunion (pour information) Selon les termes de la loi du 4 mars 2002, 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 spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires... »
Ils sont ainsi interdisciplinaires et multiprofessionnels, centrés sur le patient dont ils assurent

une prise en charge adaptée à ses besoins tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.

Les réseaux de santé contribuent à l'évolution de notre système de santé, qui doit être moins cloisonné et s'ouvrir à la coopération et à la complémentarité entre structures sanitaires, établissements de santé publics et privés, secteur libéral et structures médico-sociales et sociales.

Les lois précitées ont posé le fondement de leur encadrement juridique, leur organisation, leurs financements : la présente circulaire en précise les modalités de mise en oeuvre.

Deux axes opérationnels la structurent :

- les principes généraux communs aux réseaux : structuration et organisation, coordination, système d'information, qualité et évaluation, financement ;
- l'instruction régionale : dispositif commun d'instruction, modalités d'organisation de la décision conjointe ARH/URCAM de financement sur la dotation régionale de développement des réseaux.

I. - UN CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE RÉNOVÉ ET SIMPLIFIÉ

Les nouvelles dispositions législatives et réglementaires reconnaissent et définissent les réseaux de santé d'une part, simplifient et modifient les procédures administratives et financières applicables d'autre part. Ainsi les procédures d'agrément des réseaux de soins par les ARH ou des réseaux de soins expérimentaux « SOUBIE » par le ministère sont supprimées, mais les financements acquis à ce titre sont poursuivis jusqu'à échéance.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins (art. 84) a introduit au sein du code de la santé publique l'article L. 6321-1 qui donne une définition unique et souple des « réseaux de santé » et se substitue à l'ancien article L. 6121-5 relatif aux réseaux de soins. Le décret d'application fixe les critères de qualité ainsi que les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation auxquels les réseaux doivent satisfaire pour bénéficier de financements publics.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (art. 36) introduit de nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale, articles L. 162-43 à L. 162-46, qui créent au sein de l'ONDAM une enveloppe financière mixte ville/hôpital et clinique, champs sanitaire/médico-social et social, spécifiquement dédiée aux réseaux ; le montant de cette dotation nationale de développement des réseaux est fixé et réparti chaque année entre les régions par arrêté ministériel. Le décret d'application du 25 octobre 2002 précise les modalités minimales communes relatives à l'instruction préalable et à la décision conjointe.

II. - DES PRINCIPES GÉNÉRAUX COMMUNS

Pour bénéficier de financements publics, les réseaux de santé doivent s'inscrire dans le cadre des priorités de santé publique et des orientations régionales en matière sanitaire, médico-sociale et sociale ; des priorités de santé publique et s'intégrer dans les orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire et médico-sociaux ; ils répondent à un besoin de santé identifié, dans une aire géographique définie, pour une pathologie et/ou des pathologies et/ou une population déterminée.

A. - La structuration générale des réseaux et la coordination

Organisés autour du patient, les réseaux en assurent une prise en charge sanitaire et médico-sociale globale et continue, qui associe la ville et l'hôpital.

« Constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers », les réseaux de santé formalisent leur mode de coordination.

Pour pouvoir bénéficier de financements publics, conformément à la loi, ils doivent formaliser également leurs objectifs, leurs modes d'organisation, et de fonctionnement et d'évaluation suivant des modalités décrites dans le décret d'application de la loi droit des malades, et en garantir la transparence.

Les réseaux sont organisés et formalisés

Les réseaux de santé définissent leurs objectifs et font connaître les principes selon lesquels leur action est mise en oeuvre pour les atteindre. Des documents contractuels, définis dans le décret précité, sont indispensables nécessaires à leur formalisation :

- document d'information à destination des patients, signé par le patient, sa famille ou son entourage lors d'une prise en charge personnalisée individualisée ;
- charte qualité du réseau cosignée par chacun des acteurs ;
- convention constitutive.

Les droits du patients sont garantis

Toute personne a le libre choix d'entrer ou de sortir d'un réseau.

Conformément à la loi, toute personne prise en charge par un réseau de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ; toutefois, « deux ou plusieurs professionnels peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible » (art. 3 de la loi droits des malades).

Les réseaux sont structurés

Si la personnalité morale du réseau n'est pas une obligation légale, la création d'une structure juridique adaptée et librement choisie (association, groupement d'intérêt public, groupement d'intérêt économique, groupement de coopération sanitaire...) permettra de donner un support à la gestion et au financement du réseau et d'apporter des garanties juridiques minimales aux financeurs. Un règlement intérieur peut venir compléter ce dispositif et préciser les modalités de fonctionnement.

La coordination constitue le fondement essentiel du réseau

La coordination administrative est assurée par un coordonnateur identifié, voire une cellule de coordination qui constitue l'équipe de référence à l'intérieur comme à l'extérieur du réseau. A partir des référentiels de pratiques interdisciplinaires élaborés par les professionnels de santé, elle organise la concertation entre les différents intervenants (réunions de travail transversales,

mise en place d'actions pluridisciplinaires de prévention et formation). Elle est aussi l'interlocutrice des institutions et partenaires extérieurs au réseau.

La coordination médicale nécessite au sein de l'équipe des professionnels de santé intervenant dans le réseau la désignation d'un médecin coordonnateur (ou d'une cellule de coordination) ; celui-ci organise l'accueil du nouveau patient, définit dans la continuité sa trajectoire, et assure son orientation au sein du réseau à chaque étape de sa prise en charge. Il assure l'échange d'informations entre les intervenants et l'étude partagée des cas.

Cette coordination médico-administrative peut être assurée par les mêmes personnes.

B. - Le système d'information

Un des enjeux majeurs de la coordination est la mise en oeuvre d'un système d'information, permettant la transmission d'informations de nature médicale et administrative entre les professionnels de santé concernant la prise en charge globale du patient, dès lors qu'il a donné son consentement et désigné les professionnels qu'il autorise à accéder à ces informations. Les modalités d'accès, d'échange, de partage et d'archivage des informations pour l'ensemble des partenaires du réseau dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité sont précisées dans la charte du réseau. Les procédures d'accès doivent être sécurisées. Les conditions d'utilisation et d'archivage des informations nominatives relatives aux patients doivent être prévues notamment pour ce qui concerne la dissolution du réseau ou lorsqu'un professionnel ou un malade quittent le réseau.

La CNIL doit avoir donné son accord sur l'utilisation des applications.

Il est recommandé que les différents systèmes d'information informatisés utilisés au sein d'un réseau soient interopérables ; l'ARH et l'URCAM favoriseront l'utilisation par les réseaux, au sein de leur région, d'une même norme d'échange.

C. - Qualité et évaluation

S'inscrivant dans une démarche d'amélioration de la prise en charge, les réseaux proposent à leurs membres un dispositif et une démarche qualité et s'engagent à procéder à leur évaluation.

La qualité des services et prestations du réseau est garantie :

- les professionnels s'engagent au sein de la charte du réseau, dans le respect des règles déontologiques applicables, à suivre les recommandations de bonnes pratiques et mettre en commun référentiels et protocoles ; ils participent à des formations interprofessionnelles et pluridisciplinaires au travail en réseau, à des actions de prévention et à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
- ils garantissent également le respect des droits des malades, leur droit à l'information, leurs droits en termes de protection des données individuelles. Ils précisent le système d'information choisi tant pour le traitement des données médicales que pour l'évaluation.

Les actions menées sont évaluées

Le promoteur du réseau définit, à partir de l'analyse des besoins sanitaires constatés, pathologies ou problèmes de santé spécifiques, et compte tenu de l'organisation des soins proposée dans l'aire géographique considérée, la liste des objectifs à atteindre et les résultats escomptés ainsi que les modalités d'évaluation de ces résultats.

L'évaluation portera notamment sur les processus de prise en charge médicale et médico-

sociale, les processus organisationnels, les coûts correspondants et confrontera les résultats observés aux objectifs attendus.

Les professionnels du réseau s'engagent, afin de vérifier le respect des objectifs de ce dernier, à assurer le suivi de son activité tout au long de son développement. Dans le cadre du réseau, les professionnels de santé engageront également une démarche d'auto-évaluation.

En fonction de l'importance du projet, les dispositions suivantes pourront être adoptées pour mener à bien cette évaluation :

- le réseau pourra organiser en son sein une cellule spécifique d'évaluation comprenant éventuellement des membres venus de structures extérieures et des experts en évaluation ;
- les ARH et les URCAM pourront proposer des outils élaborés en commun, à partir de référentiels prédéfinis ;
- les ARH et les URCAM pourront demander au promoteur l'intervention d'un prestataire extérieur.

Cette évaluation du réseau est ainsi structurée :

- au plus tard le 31 mars de chaque année, le promoteur du réseau transmet aux différents financeurs un rapport d'activité relatif à l'année précédente, qui précise les résultats obtenus au regard des objectifs initiaux ;
- tous les trois ans, ou au plus tard trois mois avant le terme de la décision de financement prévue à l'article R. 162-63, un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau est également produit et transmis. Ce rapport fait notamment état des modalités de financement global du réseau retraçant l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

D. - Le financement

Les réseaux de santé doivent être assurés de pouvoir poursuivre leurs missions par des financements stables, dès lors que l'ARH et l'URCAM font le constat qu'ils répondent à des besoins de santé et que leur action est utile. Ils ont la possibilité d'avoir recours simultanément à des sources de financement multiples :

- financements pluriannuels sur crédits de l'assurance maladie (notamment au sein de l'ONDAM), subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ;
- financements conjoncturels sur le fonds d'aide à la qualité des soins de ville géré par l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé libéraux (prise en charge des études préalables, des évaluations et des aides au démarrage - investissement, fonctionnement - pour la première voire, la seconde année de fonctionnement des réseaux).

Ces financements publics ne sont pas exclusifs d'autres financements, à condition que la participation financière directe ou indirecte à l'activité d'un réseau ne soit pas utilisée à des fins de promotion et de publicité et que les règles déontologiques soient respectées.

Afin de pouvoir bénéficier de ces ressources, les réseaux présentent un plan de financement comportant un budget prévisionnel, en fonctionnement et en investissement, en recettes et en dépenses. Dans le cadre de la décision de financement sur la dotation régionale qui peut porter sur trois ans, le budget pluriannuel se décompose en budgets annuels, présentés chaque année.

Les documents budgétaires précisent :

- les frais de structure qui comprennent la rémunération des professionnels hors champ conventionnel (diététiciens, psychologues, assistants sociaux...) ;
- le nombre prévisionnel de professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans le réseau et le volume prévisionnel de leurs interventions ainsi que les propositions de tarifs dérogatoires à la nomenclature correspondants, en distinguant par nature d'intervention ;
- les dérogations aux prestations légales en faveur des patients.

Les réseaux de soins « SOUBIE » sont autorisés à mener leur expérimentation jusqu'au terme de la période autorisée par la loi et à bénéficier des financements acquis (dérogations tarifaires) sur le risque et des financements acquis au titre d'autres sources (FAQSV, collectivités territoriales...). A la fin de cette période, le résultat de l'évaluation de leurs structure et actions servira de support à la décision de poursuivre leur financement sur la nouvelle enveloppe « réseaux ».

S'agissant de la prise en charge des soins palliatifs à domicile, la rémunération des professionnels libéraux exerçant dans le cadre d'une équipe de soins à domicile, dès lors que des dispositions conventionnelles seront mises en oeuvre, sera financée sur le risque assurance maladie conformément à la loi n° 99-947 du 9 juin 1999, y compris lorsque les professionnels de l'équipe de soins palliatifs interviennent à domicile au sein d'un réseau. Les membres de l'équipe ainsi rémunérés bénéficient en revanche des actions de formation et d'évaluation proposées par le réseau et financés sur l'enveloppe.

La rémunération des professionnels par des forfaits en application de l'article L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale permet d'encourager l'engagements des professionnels à participer à « des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, notamment à des réseaux de soins ». Ce dispositif n'est pas réservé à des réseaux spécifiques mais a une portée générale pour l'ensemble des professionnels de la ville intervenant dans le cadre des réseaux de santé.

III. - LES MODALITÉS D'ORGANISATION DANS LES RÉGIONS

A. - Un dispositif d'instruction commun aux différents financeurs autour de l'arh-urcam

Pour simplifier les démarches, éviter au promoteur d'avoir une multiplicité d'interlocuteurs et aider les financeurs potentiels à prendre leur décision, la mise en place d'une structure régionale de coordination sous forme de « guichet unique » qui organise l'ensemble de la procédure d'examen des projets et demandes de financements des réseaux est recommandée :

- un secrétariat technique, commun à l'ARH et à l'URCAM, permet de recevoir, pendant au moins deux périodes prédéterminées dans l'année, les projets de réseaux sollicitant un financement et d'en assurer, le cas échéant, une instruction coordonnée avec les autres financeurs publics. Il enregistre les dossiers, se prononce sur leur recevabilité (dossier déclaré complet), reçoit le promoteur, et lui apporte, le cas échéant, un appui méthodologique ; il analyse les projets en sollicitant les diverses institutions représentant l'assurance maladie et les services de l'Etat, leurs experts respectifs, notamment médicaux, ainsi que les représentants des collectivités territoriales éventuellement financeurs ; il peut faire appel à d'autres experts médico-administratifs et auditeurs préalablement formés ;

- le secrétariat technique peut organiser la consultation des représentants des professionnels de santé libéraux et hospitaliers ainsi que des fédérations d'établissements concernés, des élus éventuellement cofinanceurs et des représentants des usagers, sur les projets de réseaux finalisés. Cette concertation peut avoir lieu au sein d'un comité régional des réseaux lorsqu'un tel comité est constitué. L'avis du comité est consultatif et technique et peut constituer ainsi une aide à la décision des financeurs sollicités. Le comité est informé du suivi et de l'évaluation du plan régional des réseaux de santé.

B. - Modalités d'organisation de la décision de financer un réseau sur la dotation régionale

La décision de financer un réseau sur la dotation régionale de développement des réseaux (issue de l'enveloppe créée au sein de l'ONDAM) est prise conjointement par le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM concernés ; déconcentrée, elle est donc prise au plus près des préoccupations régionales, dans le cadre des orientations relatives au développement des réseaux proposées chaque année par les directeurs, pour délibération respective, à la commission exécutive de l'ARH et au conseil d'administration de l'URCAM concernée. Elle devrait ainsi faciliter l'émergence d'initiatives locales adaptées aux besoins.

La prise de décision

Une convention conclue dans chaque région entre le directeur de l'ARH et de l'URCAM définit les conditions de l'instruction conjointe des demandes de financement. La décision conjointe de financer le réseau est prise dans les quatre mois à partir de la réception d'un dossier complet (enregistré à sa réception), indiquant nécessairement les modalités par lesquelles acteurs du réseau et patients manifestent leur volonté de participer au réseau ainsi que les modalités prévues de suivi des dépenses. Elle ne peut porter sur une période supérieure à trois ans. Elle est publiée et notifiée à son promoteur et comprend le numéro d'identification du réseau attribué par l'ARH (suivant des modalités définies en annexe), le silence gardé pendant plus de quatre mois valant rejet.

Les modalités d'imputation sur la dotation régionale

S'agissant des modalités de prise en charge des dépenses des réseaux, l'article L. 162-45 du CSS précise que « la décision peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. »

Les dépenses qui peuvent être imputées sur la dotation régionale de développement des réseaux sont les dépenses liées aux frais de fonctionnement du réseau (notamment la rémunération des membres de la cellule de coordination, y compris du salaire du coordonnateur), aux actions collectives de prévention (hors financement par les FNPEIS ou FNASS ad hoc, aux formations pluridisciplinaires au travail en réseau (hors formation continue des professionnels concernés qui relève du cadre conventionnel ad hoc), la rémunération des prestations des professionnels hors champ conventionnel, les dérogations aux prestations légales au bénéfice des assurés ou des professionnels de santé (non prévues par les conventions).

Lorsque l'engagement de financer le réseau est pluriannuel, le montant du financement est calculé annuellement. Au terme de chaque année du financement autorisé, le budget

prévisionnel de l'année suivante doit être soumis à l'approbation du directeur de l'URCAM et de l'ARH pour bénéficier et ajuster, le cas échéant, le versement annuel suivant à la baisse comme à la hausse. Dans ce dernier cas, la hausse doit être limitée au budget pluriannuel initialement accordé.

La décision conjointe prend en compte pour chaque nouveau projet le montant de l'enveloppe disponible après imputation des dotations résultant des décisions antérieures.

Les modalités de versement du financement accordé

Lorsqu'un financement est accordé sur la dotation régionale de développement des réseaux c'est la décision de financement qui détermine les modalités de versement ainsi que sa périodicité (échéances de paiement).

Une attention particulière doit être apportée au respect de l'enveloppe disponible, ce qui conduit à avoir une vision globale de l'ensemble des charges qui seront imputées sur cette enveloppe en terme de fonctionnement et d'activité des professionnels.

La décision favorisera le versement d'une dotation globale couvrant l'ensemble des dépenses inscrites au budget, y compris la rémunération des professionnels libéraux, imputées sur la dotation régionale des réseaux.

Le versement sera effectué par la CPAM dans la circonscription de laquelle le réseau a son siège, la CPAM prenant le rôle de « caisse pivot ». Toutefois, par convention entre les régimes, le paiement correspondant peut être assuré par une caisse relevant d'un autre régime. La répartition entre les régimes s'effectuera selon les modalités applicables pour la répartition de la dotation hospitalière pour l'année considérée.

Lorsque des dérogations sont versées par le réseau aux professionnels de santé libéraux ou que des prises en charge dérogatoires sont accordées aux patients, un dispositif de suivi est établi par le promoteur avec la CPAM afin de suivre les dépenses correspondantes.

S'agissant de la rémunération des professionnels de santé intervenant dans le réseau, elle peut néanmoins être payée directement au professionnel concerné sous forme forfaitaire, tant que des dispositions conventionnelles n'ont pas prévu de rémunérations spécifiques.

Dès lors que des dispositions conventionnelles auront prévu des rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux participant aux réseaux de santé, ces rémunérations seront imputées sur le compte risque de l'assurance maladie, s'agissant de prestations de droit commun. Ce transfert impliquera que les montants des forfaits versés aux professionnels ne pourront en aucun cas être différents de ceux définis dans les annexes tarifaires des conventions.

IV. - RELATIONS ENTRE LES RÉGIONS ET LES INSTANCES NATIONALES

Chaque année, les directeurs de l'ARH et de l'URCAM élaborent une synthèse régionale des rapports d'activité et d'évaluation des réseaux qui leur sont adressés ainsi que de la consommation de la dotation régionale de développement des réseaux, et récapitulent les dérogations et dépenses financées à ce titre.

Ces documents de synthèse sont transmis à la commission exécutive de l'ARH et au conseil d'administration de l'URCAM concernés ainsi qu'au ministre chargé de la santé (DHOS) et communiqués aux caisses nationales d'assurance maladie pour un suivi national.

V. - DISPOSITIONS TRANSITOIRES POUR LA FIN 2002

La parution des différents textes permet dès maintenant de notifier aux réseaux dont les dossiers sont prêts et opérationnels les moyens financiers leur permettant de mener d'ores et déjà leurs actions. Les CPAM sont en mesure de verser les montants prévus dans l'arrêté portant notification de la décision conjointe ARH/URCAM, à condition que la notification leur parvienne au plus tard le 23 décembre et précise le numéro d'identification du réseau, les modalités de versement et les échéances de paiement dès l'exercice 2002.

S'agissant des réseaux relevant du dispositif « SOUBIE », l'amendement à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 permet de poursuivre les financements sur les bases déjà acquises. En conséquence, le relais de ces financements n'a pas à être assuré dès maintenant sur la dotation régionale des réseaux.

Conclusion

L'ensemble des dispositifs législatifs et réglementaires et la présente circulaire doivent permettre aux partenaires régionaux de répondre aux besoins de santé publique par une approche coordonnée des dispositifs et faciliter le développement des réseaux, en appuyant les initiatives des promoteurs qui apportent une vraie valeur ajoutée pour le patient.

Des annexes viendront compléter cette circulaire dans les prochains mois afin de proposer des outils adaptables localement, d'aide au montage d'un projet de réseau, à l'instruction et à la décision à partir de la mutualisation des expériences ainsi valorisées : « quatre page » régional d'informations générales et pratiques sur les réseaux, guide pour l'instruction et l'évaluation, guide du promoteur, modèles-type...

Afin de pouvoir accompagner la mise en place du dispositif et en cas de difficulté, vous pouvez contacter au ministère de la santé Mlle Bentegeat (Sophie), tél. : 01-40-56-54-33, mél. sophie.bentegeat@sante.gouv.fr et à la CNAMTS Mlle Drolez (Stéphanie), tél. : 01-42-79-31-31, mél. : stephanie.drolez@cnamts.fr.

Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
E. Couty

Le directeur de la sécurité sociale,
D. Libault

Le directeur,
D. Lenoir

supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

ANNEXE I

Attribution du numéro d'identification des réseaux de santé
(bénéficiant d'une décision de financement sur la DNDR)

1. La composition du numéro d'identification

Une catégorie spécifique « réseaux de santé financés par dotation nationale des réseaux » : code 710.

Un identifiant à neuf caractères numériques :

- les 2 premiers caractères = 96 ;
- le troisième caractère = 0 (contrainte pour la CNAM) ;
- les 2 caractères suivants = code INSEE de la région décisionnaire ;
- les 3 caractères suivants = compteur indiquant le numéro d'ordre ;
- le dernier caractère = une clé calculée avec le même algorithme que dans les numéros FINESS.

2. Comment renseigner le numéro d'identification de chaque réseau ?

Cette démarche passe obligatoirement par l'utilisation d'un fichier Microsoft Excel comprenant une macro-commande permettant l'intégration automatique d'un numéro d'identification pour chaque réseau. Ce fichier « matrice », différent pour chaque région, vous sera communiqué par messagerie.

Ce fichier comporte 2 onglets :

- le premier onglet « liste des dispositifs » renseigne les différents réseaux de santé dans un tableau à 9 colonnes ;
- le second onglet « calcul » permet à l'utilisateur de faire fonctionner la macro-commande du fichier pour inscrire automatiquement le numéro d'identification.

Etape 1 : renseignement des caractéristiques de chaque réseau de santé

A l'ouverture du fichier, le système vous demandera si vous souhaitez activer les macro-commandes. Il est impératif de les activer, sans quoi le renseignement du numéro d'identification de chaque réseau sera impossible.

Le fichier ainsi ouvert fait apparaître une série de neuf colonnes permettant de renseigner les informations de chaque réseau de santé.

Figure 1 : exemple de l'onglet « liste des dispositifs » du document Excel d'identification du réseau de santé :

Cette liste est à remplir par vos soins. Cependant, la dernière colonne, correspondant au numéro d'identification sera renseignée automatiquement dans la seconde étape décrite plus en avant dans ce document.

supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

Etape 2 : génération automatique des numéros d'identification

Accédez à l'onglet calcul du fichier en cliquant sur celui-ci. La feuille Excel qui apparaît correspond à la figure ci-dessous.

Figure 2 : visualisation de l'onglet « calcul » permettant le renseignement du numéro d'identification :

Cette macro calcule et place dans la 9e colonne I du tableau de la liste des réseaux un numéro d'identification construit comme expliqué dans le paragraphe 1 de cette note.

Pour cela, renseignez le rang du numéro d'ordre du dernier réseau que vous créez dans votre région (ici 11 pour exemple), ce qui permet à la macro-commande de connaître le nombre de numéros à générer. Une fois ce chiffre renseigné, appuyez sur la touche « entrée » de votre clavier.

Ensuite cliquez sur la case « calculer » pour activer la macro-commande. Le numéro d'identification correspondant à chaque réseau sera alors indiqué dans la colonne correspondante du premier onglet.

Il est à noter qu'à chaque création d'un nouveau réseau dans le premier onglet, cette opération doit être renouvelée en augmentant de 1 le nombre de numéros à générer.

Vous pouvez aussi initialiser une série de numéros dans le tableau de la liste des réseaux et renouveler l'opération de calcul chaque fois que vous avez épuisé une séquence de numéros par exemple de 10 en 10.