

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale

NOR : AFSS1712943A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-30-2 et D. 162-14 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 25 avril 2017 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 26 avril 2017,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le contrat type prévu à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale est annexé au présent arrêté.

Art. 2. – La cheffe de service, adjointe au directeur général de l'offre de soins, chargée des fonctions de directrice générale de l'offre de soins par intérim et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 avril 2017.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

*La cheffe de service,
adjointe au directeur général de l'offre de soins,
chargée des fonctions de directrice générale
de l'offre de soins par intérim,*

K. JULIENNE

*Le ministre de l'économie
et des finances,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur
de la sécurité sociale,*

T. FATOME

Annexe**CONTRAT
D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE L'EFFICIENCE DES SOINS****Entre les soussignés :**

- **L'agence régionale de santé (ARS) :**
(nom de l'organisme),
(adresse)
Représentée par
- **L'organisme local d'assurance maladie**
(nom de l'organisme),
(adresse)
Représenté par

Et

L'établissement de santé :
(nom de l'organisme),
(adresse)
Représenté par

Vu le code de la santé publique ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-30-2 à L. 162-30-4 ;
Vu l'arrêté fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale ;
Vu l'arrêté relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale en date du ;
Vu le plan régional de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins ;
Vu le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ;
Vu l'avis de la conférence médicale d'établissement ou commission médicale d'établissement.

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 rassemble l'ensemble des dispositifs contractuels ayant pour objectif de garantir un juste recours à des soins de qualité au sein d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Ce dispositif contractuel est complémentaire à celui du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements sur lequel repose la structuration de l'offre de soins, les missions des établissements de santé et l'allocation budgétaire correspondante.

Ce contrat constitue le support d'un dialogue de gestion annuel entre l'établissement, l'agence régionale de santé et l'organisme local d'assurance maladie et s'inscrit dans une démarche globale de recherche de qualité, d'efficacité et de régulation de l'offre de soins. Il permet, sur la base d'un constat partagé, d'établir une feuille de route unique relative à l'amélioration des pratiques dans tous les domaines où des marges de progrès significatives existent.

La signature du présent contrat a pour objet d'impliquer les établissements à concourir à la mise en œuvre des thèmes qui les concernent, conformément aux référentiels nationaux et aux orientations régionales et nationales d'amélioration de la qualité, de la sécurité, de la pertinence et de l'efficacité des soins.

Ce contrat comporte un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations et, le cas échéant en fonction de ce qui a été convenu dans le cadre du dialogue annuel avec l'établissement et du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soin incluant le plan régional d'amélioration de la pertinence des soins, un ou plusieurs volets additionnels. Ces volets additionnels sont conclus avec les établissements identifiés en application de ce plan ou en raison du non respect, par professionnels y exerçant, pour certains actes, prestations ou prescriptions, d'un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou des taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale.

Le présent contrat est applicable à l'ensemble des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (MCO y compris HAD ou dialyse, SSR, PSY). Toutefois, à titre exceptionnel, lorsque les dispositions ne peuvent pas trouver à s'appliquer en raison du type d'activité exercé (exemple : établissements psychiatriques qui n'ont donc pas de liste en sus au sens de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale), elles ne sont pas opposables.

Chapitre I. Conditions générales d'application

Les clauses énumérées au chapitre I sont applicables à l'ensemble des volets du contrat.

Article 1^{er} : objet du contrat

Le contrat a pour objet de définir les engagements de l'établissement de santé et les professionnels qui y exercent compte tenu des objectifs d'amélioration de la qualité, de la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de maîtrise des dépenses qu'il leur est demandé d'atteindre sur la base d'un constat partagé.

Article 2 : durée du contrat

Le présent contrat est signé pour une durée indéterminée et entre en vigueur au 1^{er} janvier suivant la date de signature.

Si le contrat comporte un ou plusieurs volets additionnels, ils sont conclus pour une durée maximale de cinq ans et entrent en vigueur au 1^{er} janvier suivant la date de leur signature.

Tout avenant au présent contrat entre également en vigueur au 1^{er} janvier suivant sa date de signature.

Article 3 : obligations générales des parties

L'établissement s'engage à :

- respecter l'ensemble des obligations et mettre en œuvre les moyens nécessaires au respect des objectifs fixés dans chaque volet du contrat et à en assurer la diffusion auprès des professionnels exerçant en son sein et intervenant dans la prise en charge des patients ;
- mettre en œuvre les plans d'actions figurant dans chaque volet du contrat et en assurer un suivi et une évaluation régulière ;
- prendre connaissance du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience des soins et du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins et à en assurer la diffusion auprès des professionnels exerçant en son sein et intervenant dans la prise en charge des patients ;
- communiquer en interne et auprès des usagers sur le contenu du contrat, le plan d'actions défini et les résultats attendus et mettre en place un dispositif de suivi ;
- mettre à disposition des professionnels de santé exerçant en son sein les référentiels applicables et actualisés, les données nécessaires au diagnostic, au suivi et à l'évaluation de la pertinence des prises en charge ;
- promouvoir les démarches collectives d'évaluation et d'amélioration de la pertinence des actes, prestations et prescriptions ;
- favoriser les échanges interprofessionnels et interdisciplinaires ;
- s'assurer que les prescriptions réalisées par ses professionnels contiennent obligatoirement : l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro du répertoire partagé des professionnels de santé, RPPS) auquel est joint l'identifiant FINESS de l'établissement en application de l'article R. 161-45 du code de la sécurité sociale ;
- communiquer à l'agence régionale de santé et à l'organisme local d'assurance maladie un rapport annuel d'évaluation du contrat ainsi que les éléments leur permettant d'apprécier l'atteinte des objectifs ;
- désigner un interlocuteur privilégié pour chaque volet concerné ;

- signaler à l'agence régionale de santé et à l'organisme local d'assurance maladie tout changement relatif à sa situation.

L'agence régionale de santé et l'organisme local d'assurance maladie s'engagent, chacun en ce qui le concerne, à :

- identifier un ou plusieurs référents pour accompagner l'établissement dans sa démarche d'amélioration et de suivi de ses objectifs ;
- transmettre à l'établissement une fiche récapitulant l'ensemble des données qui lui seront transmises dans le cadre du suivi du contrat et le calendrier prévisionnel de diffusion de ces éléments et des points d'étapes qui seront réalisés, les objectifs, notamment les taux cibles régionaux d'évolution des dépenses d'assurance maladie quand ils existent ;
- réaliser une évaluation annuelle de l'atteinte des objectifs de ce contrat et procéder à un dialogue partagé afin d'envisager les perspectives d'actions, sur la base d'un rapport d'évaluation ;
- mettre en place des réunions d'information et de sensibilisation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement.

Article 4 : sources des données utilisées

Pour la fixation des objectifs à atteindre et leur évaluation, sont notamment utilisées les données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique et celles transmises à l'État par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article 5 : évaluation

Conformément à l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale, le contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle par les parties sur la base des indicateurs et obligations fixés dans chaque volet consolidé. Elle donne lieu à un rapport d'évaluation.

L'établissement se dote d'un dispositif de suivi et d'audit interne lui permettant de s'assurer de l'application des engagements souscrits. Ce dispositif et l'évaluation qui en est faite permettent d'alimenter un rapport annuel d'autoévaluation.

Article 6 : intéressement et sanctions

Chaque volet du contrat fait l'objet d'une évaluation.

Pour le volet obligatoire, l'évaluation porte sur l'ensemble des obligations fixées au contrat et en particulier, sur la réalisation du plan d'action et de l'atteinte des cibles qui y sont fixées. Cette évaluation peut conduire à l'application des sanctions dans les conditions définies à l'article D. 162-16 du code de la sécurité sociale.

Pour chacun des volets additionnels, il est prévu une obligation de résultat qui, si elle est respectée peut conduire à la notification d'un intéressement lorsqu'il est prévu par le volet. Si cette obligation n'est pas respectée, le directeur général de l'agence régionale de santé peut,

dans les conditions définies à l'article D. 162-16 du code de la sécurité sociale et après avis de l'organisme local d'assurance maladie, prononcer une sanction financière, la réduction du taux de prise en charge des produits de la liste en sus ou engager une procédure de mise sous accord préalable, selon les modalités fixées dans chaque volet. Ces sanctions ou le cas échéant, intéressements sont pondérés par le niveau de réalisation des obligations complémentaires éventuellement fixées.

A l'issue de cette évaluation, il est procédé à la somme des sanctions et intéressements. Ce montant est ensuite notifié à l'établissement dans les conditions fixées au même article.

Article 7 : révision du contrat

Dans le cadre de l'évaluation annuelle de la situation de l'établissement de santé, en cas de modifications des orientations ou référentiels nationaux ou en cas de modification substantielle de la situation de l'établissement de santé, il peut être procédé à une révision du contrat par voie d'avenant dans les mêmes conditions que le contrat initial.

En outre, chacune des parties peut demander, en accord avec les autres parties signataires, une révision du présent contrat par voie d'avenant.

L'avenant est proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat.

Article 8 : résiliation d'un volet du contrat

Si les parties signataires décident d'un commun accord de mettre fin à l'un des volets additionnels du contrat, le directeur de l'agence régionale de santé et le représentant de l'organisme local d'assurance maladie signent avec l'établissement de santé un avenant de résiliation dont la date d'effet est fixée au 31 décembre de l'année en cours.

Article 9 : voies de recours

En cas de contestation de la sanction, de son montant ou du montant de l'intéressement, l'établissement de santé peut saisir le tribunal administratif dans le ressort duquel l'autorité qui a pris la décision attaquée a légalement son siège, par lettre recommandée dans le délai de 2 mois à compter de la réception de la notification de la décision contestée.

En cas de contestation des modalités de recouvrement, l'établissement peut saisir dans le même délai et la même forme le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Chapitre II.

Volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations

Article 10 : obligations générales de l'établissement

L'établissement s'engage à améliorer et à sécuriser le circuit du médicament et des produits et prestations (LPP), à favoriser et à garantir le respect des référentiels de bon usage des médicaments, dispositifs médicaux et prestations.

Il s'engage également à mettre en œuvre l'ensemble des moyens nécessaires à la promotion de la prescription des produits génériques ou biosimilarisés et au respect des taux d'évolution des dépenses résultant des prescriptions des produits de santé inscrits sur les listes mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale et de ceux prescrits à l'hôpital et remboursés sur l'enveloppe soins de ville.

Il s'engage à mettre en œuvre une politique de qualité de la prise en charge médicamenteuse et de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. A cette fin, il élabore notamment un système de management de la qualité qui s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques associés pour l'ensemble du processus de prise en charge thérapeutique.

Figurent à l'annexe 1 ci-jointe les objectifs de réalisation pour chacun des engagements souscrits. Ils sont accompagnés d'indicateurs de suivi et/ou de résultats et d'un échéancier de mise en œuvre.

Article 10-1 : amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations

L'établissement, dans le respect des référentiels de bonnes pratiques existants, souscrit à des engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations qui prennent la forme d'un plan d'actions pluriannuel devant porter notamment sur les points suivants :

- le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ;
- la prescription en dénomination commune internationale (DCI) ;
- la traçabilité depuis la prescription jusqu'à l'administration des médicaments ou jusqu'à l'utilisation pour les dispositifs médicaux au travers de l'informatisation du parcours patient ;
- l'informatisation et la traçabilité, notamment au travers de la dispensation à délivrance nominative de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament et pour le circuit des produits et prestations mentionnés à l'article D. 165-1 du code de la sécurité sociale, de la prescription jusqu'à l'implantation du dispositif médical ;
- l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription pour toutes les prescriptions de médicaments par les praticiens y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 ou lors de la sortie de l'établissement de santé ;

Article 10-2 : développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau

L'établissement s'engage à développer des pratiques pluridisciplinaires tant au niveau interne qu'au niveau territorial et régional en vue de garantir la continuité de la prise en charge thérapeutique du patient tout au long de son parcours de soins.

Il conçoit et met en œuvre un plan de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la prise en charge médicamenteuse et de la conciliation médicamenteuse.

Il met également en œuvre un plan de vigilance et de bon usage des antibiotiques.

Article 10-3 : engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires

L'établissement s'engage à mettre en place des actions visant à :

- promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique ;
- promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible ;
- mettre en œuvre les moyens nécessaires à la maîtrise de l'évolution de la part des dépenses de médicaments génériques et biosimilaires.

Article 10-4 : engagements relatifs aux médicaments et de la liste des produits et prestations prescrits en établissement de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville

L'établissement doit mettre en œuvre l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation de ces prescriptions nécessaires pour assurer le respect du taux d'évolution des dépenses des prescriptions effectuées en établissements de santé de médicament et de la liste des produits et prestation remboursés sur l'enveloppe de soins de ville, fixé par l'arrêté mentionné à l'article L. 162-30-3.

Article 10-5 : engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et respect des référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations

Pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, l'établissement met notamment en œuvre les engagements suivants :

- respecter les taux d'évolution des dépenses des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ;
- respecter les taux d'évolution des dépenses des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ;

- garantir une utilisation des produits conforme aux indications de l'autorisation de mise sur le marché, sous réserve des restrictions de prise en charge apportées le cas échéant par les arrêtés d'inscription des produits sur les listes, aux conditions de prise en charge prévues par la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pour les produits et prestations, le cas échéant aux recommandations temporaires d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ou pour les produits et prestations. A défaut, et par exception en l'absence d'alternative pour le patient, lorsque le prescripteur ne se conforme pas aux dispositions précédentes, il porte au dossier médical l'argumentation qui l'a conduit à prescrire, en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture.
- assurer le suivi par service, par UCD et par prescripteur des prescriptions hors référentiels (hors AMM, hors RTU) en colligeant l'argumentation qui a conduit à prescrire.

Article 10-6 : évaluation

Une information portant sur l'analyse des prescriptions et de leur évolution est présentée chaque semestre à la commission ou à la conférence définie à l'article R. 6111-10 du code de la santé publique et adressé à l'observatoire mentionné à l'article D.162-9 du code de la sécurité sociale, directeur de l'ARS ainsi qu'à l'organisme local d'assurance maladie.

Une évaluation annuelle de l'ensemble des obligations du volet socle et les obligations générales du contrat ci-dessus permettront de déterminer leur niveau d'atteinte et de déclencher, le cas échéant, le mécanisme de sanction.

Ne garder que la mention choisie

En cas de non atteinte des objectifs fixés, l'établissement est passible :

- d'une sanction financière correspondant à un montant maximum de x% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos (*dans la limite de 1% des produits*)
- ou*
- d'une diminution de la part prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale dans la limite de 30 % et en tenant compte de ces manquements.

Le montant déterminé maximum et le niveau de pondération issu de l'évaluation des obligations complémentaires sont à reporter dans la grille annexée au contrat.

Chapitre III : dispositions relatives aux volets additionnels

Au vu des référentiels mentionnés dans l'arrêté du XX susvisé et du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, l'établissement s'engage sur les volets additionnels suivants.

Volet additionnel
relatif à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant
sur les transports

Article 1^{er} : objet du volet

Le présent volet a pour objet de définir les modalités d'engagements pris par l'établissement en vue de l'atteinte des objectifs de maîtrise des dépenses de transport de l'établissement prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville ainsi que des objectifs d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation des transports, afin de répondre à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient et son degré d'autonomie.

Ces objectifs portent notamment sur la gestion centralisée des commandes de transport, l'optimisation du recours aux ambulances et le développement du transport partagé.

Article 2 : durée de l'engagement

Le présent volet est signé pour une durée de ... (maximum 5 ans) et entre en vigueur le 1^{er} janvier

Article 3 : engagements de l'établissement

Sur la base :

- du bilan des dépenses de transports de l'année civile précédente issues des prescriptions hospitalières constatées pour tous les régimes et prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville des médecins exerçant leur activité dans l'établissement ;
- des caractéristiques de l'établissement en termes d'activité et de l'organisation des soins de son territoire ;

et compte tenu du constat fait par l'agence régionale de santé d'un montant ou d'un taux d'évolution de dépenses issues des prescriptions des transports de l'établissement supérieur au seuil ou au taux mentionnés à l'article X de l'arrêté X pris en application de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.

Taux d'évolution de référence observé (année N-2/ année N-1) : $X_{réf}$ (en%)

Ou Montant de référence observé (année N-1) : $MT_{réf}$ (en €)

Obligations de résultat

L'établissement s'engage sur les deux obligations de résultats suivantes :

(L'obligation mentionnée au b est facultative et est donc à supprimer s'il est souhaité faire porter le contrat sur la seule obligation mentionnée au a)

- a. L'établissement s'engage à maîtriser ses prescriptions comme suit :

Année 1 : Objectif cible d'évolution des dépenses de transports pour l'année 1 (année N) : XX%

Année 2 : Taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports pour l'année 2 (année N+1) : XX%

- b. L'établissement s'engage à ... (compléter avec une obligation de résultat telle que la mise d'une plateforme de centralisation et/ou commande de transports ou taux de transports en ambulance).

Obligations complémentaires :

Un plan d'actions comportant les axes d'amélioration à suivre par l'établissement et la liste des indicateurs permettant d'évaluer les progrès de l'établissement est obligatoirement annexé au contrat. Cette annexe est adaptée et complétée, le cas échéant, par les signataires pour tenir compte de la situation de l'établissement.

L'évaluation de l'atteinte des engagements de l'établissement est prise en compte dans la détermination du montant du reversement ou de l'intéressement de l'établissement selon les cas.

Les différents objectifs contribuent à la pondération de l'intéressement ou de la sanction qui sera appliqué à l'établissement.

Article 4 : évaluation

Intéressement :

En cas d'atteinte des objectifs mentionnés au a et au b, l'établissement est éligible à un intéressement d'un montant correspondant au maximum à 30% de l'économie réalisée (montant des dépenses cible – montant des dépenses observé) visant à financer ...

(à compléter sur la destination des crédits).

Cette formule est à modifier dans le cas où seule l'obligation de réduction des dépenses de transports est fixée. Dans ce cas, il suffit d'indiquer en cas d'atteinte de l'objectif, ...

Sanction :

En cas de non atteinte de l'objectif mentionné au b, l'établissement est passible d'une sanction financière correspondant à un montant maximum de 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

Cette formule est à modifier dans le cas où seule l'obligation de réduction des dépenses de transports est fixée. Dans ce cas, il suffit d'indiquer en cas de non atteinte de l'objectif, ...

Les cibles, leur réalisation et le résultat financier de l'évaluation sont à reporter dans la grille annexée au contrat.

Volet additionnel
à relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations
et des prescriptions en santé

Préambule

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient et conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales.

L'amélioration de la pertinence des soins a donc pour objectifs l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'une meilleure efficience des dépenses de santé.

Cette démarche implique la participation des professionnels de santé, notamment dans le cadre d'un travail en équipe.

Elle se traduit, au niveau régional, par un plan d'actions régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS). Le présent contrat en constitue une déclinaison.

Article 1^{er} : objet du volet

Le présent volet vise à accompagner les professionnels dans la démarche d'amélioration de la pertinence des soins délivrés par l'établissement de santé signataire. Il peut compléter d'autres volets dès lors que les domaines d'actions figurent au PAPRAPS.

Son champ d'application recouvre les actes, prestations et prescriptions correspondant aux domaines définis comme prioritaires par le PAPRAPS, publié par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en date du ...

Ce volet concerne les domaines d'actions issus du PAPRAPS définis ci-après :

A compléter des domaines d'action concernés...

Article 2 : durée de l'engagement

Le présent volet est signé pour une durée de ... (maximum 5 ans) et entre en vigueur le 1^{er} janvier

Article 3 : engagement de l'établissement

Obligation de résultat

L'établissement de santé s'engage à respecter l'obligation de résultat mentionnée à l'article 6 du volet obligatoire suivante :

Indiquer le choix d'une thématique principale arrêtée dans le PAPRAPS....

Obligations complémentaires

Par ailleurs, l'établissement de santé s'engage sur les obligations complémentaires suivantes :

- Thématiques, objectifs indicateurs
- Thématiques, objectifs indicateurs
- Thématiques, objectifs indicateurs

Article 4 : évaluation

La réalisation des objectifs du contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle, effectuée par l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, sur la base des données disponibles et des résultats de l'autoévaluation de l'établissement signataire du contrat transmise par l'établissement.

Intéressement (*à l'appréciation de l'ARS*) :

Sous réserve d'atteinte de l'objectif de résultat mentionnée à l'article 3 ci-dessus, les modalités d'intéressement sont définies par les parties contractantes.

A conserver ou adapter en fonction des marges de manœuvres régionales sur le fond d'intervention régional.

Sanctions (*ne garder que la mention utile*) :

Si les obligations mentionnées à l'article 3 ne sont pas satisfaites, l'établissement de santé est passible :

d'une sanction financière correspondant à un montant maximum de 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos qui peut être pondérée par le niveau de réalisation des obligations complémentaires fixées le cas échéant.

Ou :

D'une procédure de mise sous accord préalable, dans les conditions prévues par l'article R. 162-44-3, au titre du champ thématique concerné par les manquements constatés ;

Les cibles, leur réalisation et le résultat financier de l'évaluation sont à reporter dans la grille annexée au contrat.

Volet additionnel
relatif à l'amélioration des pratiques en établissement de santé (CAPES)

Article 1^{er} : objet du volet

Le présent volet a pour objectif d'accompagner les établissements ciblés par rapport aux référentiels nationaux dans des actions d'amélioration de ses pratiques sur certains risques (risque infectieux, risque médicamenteux et risque de rupture de parcours).

Article 2 : durée de l'engagement

Le présent volet est signé pour une durée de ... (maximum 5 ans) et entre en vigueur le 1^{er} janvier

Article 3 : engagement de l'établissement

Objectifs de résultat

Sur la base des résultats des indicateurs et des valeurs cibles fixés par l'arrêté du XX susvisé, l'agence régionale de santé a constaté les résultats suivants inférieurs à la valeur cible fixée par l'arrêté :

Ne mentionner que les risques ciblés

- les résultats de l'indicateur retenu sur le risque médicamenteux :
 - Valeur constatée dans l'établissement :
 - Valeur cible référentiel :
- les résultats de l'indicateur retenu sur le risque de rupture de parcours :
 - Valeur constatée dans l'établissement :
 - Valeur cible référentiel :
- les résultats de l'indicateur retenu sur le risque infectieux :
 - Valeur constatée dans l'établissement :
 - Valeur cible référentiel :

L'établissement s'engage à améliorer ses pratiques et à atteindre les valeurs cibles indiquées supra.

Obligations complémentaires :

Un plan d'actions comportant les axes d'amélioration à suivre par l'établissement et la liste des indicateurs permettant d'évaluer les progrès de l'établissement est obligatoirement annexé. Cette annexe est adaptée et complétée, le cas échéant, par les signataires pour tenir compte de la situation de l'établissement. L'évaluation de l'atteinte de ces objectifs complémentaires est prise en compte dans la détermination du montant de la sanction de l'établissement.

Article 4 : évaluation

Chaque année, les résultats des indicateurs et des valeurs cibles sont mesurées à partir des dernières données disponibles, distinctes des données ayant conduit au ciblage.

En cas de non atteinte des objectifs fixés à l'article 3, l'établissement de santé est passible d'une sanction financière correspondant à un montant maximum de 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos calculée selon les modalités ci-dessous.

Actions d'amélioration	CAPES signé sur 1 risque	CAPES signé sur 2 risques	CAPES signé sur 3 risques
Pas du tout mises en œuvre	0,33%	0,66%	1%
Partiellement mises en œuvre	0,16%	0,33%	0,5%
Complètement mises en œuvre	0%	0%	0%

Les cibles, leur réalisation et le résultat financier de l'évaluation sont à reporter dans la grille annexée au contrat.

Annexes

Annexe 1 : liste des indicateurs fixés au niveau national pour le volet obligatoire produits de santé

Annexe 2 : grille d'évaluation

**Annexe 1 : liste des indicateurs fixés au niveau national
pour le volet obligatoire produits de santé**

Art. 10: Obligations générales de l'établissement	
Art. 10-1 : amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations	
Obligations	Indicateurs
Utilisation des logiciels d'aide à la prescription pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 ou lors de la sortie de l'établissement de santé	Taux de prescriptions de sortie informatisées y compris consultations externes : nombre de lignes de prescriptions de sortie informatisées / nombre total de prescriptions de sortie - Taux d'équipement en logiciels d'aide à la prescription dont la version opérationnelle dans le service est certifiée (en nombre de services équipés) : nombre de lits utilisant un LAP certifié / nombre total de lits de l'établissement. - Nombre d'unités de soins utilisant un LAP certifié / nombre total d'unités de soins de l'établissement
Identification obligatoire des prescriptions réalisées par ses professionnels par l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro du répertoire partagé des professionnels de santé -RPPS) auquel est joint l'identifiant FINESS de l'établissement en application de l'article R.161-45 du CSS	Taux de prescriptions incluant le numéro RPPS du prescripteur et le numéro FINESS de l'établissement : - nombre d'ordonnances de sortie délivrées précisant le numéro FINESS et RPPS / nombre total d'ordonnances de sortie - nombre d'ordonnances intra-hospitalières précisant le numéro RPPS / nombre total d'ordonnances intra-hospitalières
Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament, et pour le circuit des produits et prestations mentionnés à l'article D. 165-1 du CSS, de la prescription jusqu'à la pose du dispositif médical	Traçabilité des médicaments : - Nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration / nombre de lits total Traçabilité des DMI : - nombre d'unités de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée / nombre total d'unités de DMI implantées - Déploiement de la classification CLADIMED® : nbre d'unités de DMI stockées enregistrées selon la classification CLADIMED dans l'établissement / nombre d'unités de DMI stockées dans l'établissement
Art. 10-2: développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau	
Obligations	Indicateurs
Mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse	Déploiement de la conciliation médicamenteuse chez les patients priorités sur la base d'une analyse des risques : Nombre de patients priorités et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et/ou de sortie / Nombre de patients priorités hospitalisés
Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB)	Taux de traitements de plus de 7 jours non justifiée : Nombre de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifiés / nombre total de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours.

Art. 10-3: Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires	
Obligations	Indicateurs
Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique	Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV : nombre de boîtes-(en excluant le paracétamol du calcul) dans le répertoire des génériques en PHEV / nombre total de boîtes prescrites en PHEV
Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible	- Taux de prescription des biosimilaires : Nombre d'UCD de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement / Nombre d'UCD prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les prescriptions intra hospitalières Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF - Taux de prescription des biosimilaires : Nombre de boîtes de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement / Nombre de boîtes prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les PHEV Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF
Part d'achat de génériques et bio similaires	Part d'achat de génériques et biosimilaires : - Nombre d'UCD délivrées appartenant au répertoire des génériques / nombre d'UCD totales délivrées aux services de l'établissement de santé - Nombre d'UCD délivrées de médicaments biosimilaires / nombre d'UCD de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires délivrées aux services de l'établissement de santé
Art. 10-4: Engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soin de ville	
Obligations	Indicateurs
Mettre en œuvre l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation de ces prescriptions nécessaires pour assurer le respect du taux d'évolution des dépenses des PHEV de produits de santé	Taux d'évolution des dépenses de médicaments et produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soin de ville : montant des dépenses remboursées de l'année évaluée / montant des dépenses remboursées de l'année précédant celle de l'évaluation - 1 hors rétrocession et hépatite C
Art. 10.5 : engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrits sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et respect des référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations	
Obligations	Indicateurs
Suivi des dépenses des médicaments et DMI de la liste en sus	Taux d'évolution des dépenses de médicaments inscrits sur la liste en sus : montant des dépenses de médicaments de la liste en sus remboursées l'année évaluée / montant des dépenses de médicaments liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation - 1
	Taux d'évolution des dépenses de produits et prestations inscrits sur la liste en sus : montant des dépenses de produits et prestations liste en sus remboursées de l'année évaluée / montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation - 1
	Taux de prescriptions hors référentiels (RTU, AMM) pour les médicaments et produits et prestations de la liste en sus : nombre d'initiation de traitement (patients) hors référentiel / nombre d'initiation de traitement (patients) total

Annexe 2 : Grille d'évaluation annuelle

: Année _____

Volet du contrat	Obligations de résultat (reporter l'obligation ou la cible inscrite dans le contrat)	Résultats (atteinte oui/non ou niveau)	Obligations complémentaires (cibles ou obligations)	Résultats (atteinte oui/non ou niveau)	Montant de l'intéressement (+) ou de la sanction (-)
Volet obligatoire					
transports					
qualité					
pertinence					
TOTAL					