

Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins

2022-2024

Nom établissement

CONTRAT D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE L'EFFICIENCE DES SOINS

Entre les soussignés :

- **L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine :**
103 bis rue Belleville - CS 91704 - 33063 Bordeaux Cedex
Représentée par son Directeur Général Monsieur Benoît ELLEBOODE

- **L'organisme local d'Assurance Maladie**
CPAM XXXXXX,
Adresse
Représenté par XXXXX, Directeur

Et

- **L'établissement de santé (entité juridique) :**
ES,
ADRESSE
Représenté par son représentant légal ou par le représentant légal de l'entité géographique

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 du 23 février 2022 fixant les référentiels mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale et applicables au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 du même code ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2020 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 24 septembre 2021 ;

Vue l'instruction ministérielle DSS/MCGR/2021/170 du 27 juillet 2021 relative au CAQES : modalités du suivi des contrats actuels, de la phase transitoire en 2021 et de la mise en œuvre des nouveaux CAQES en 2022 ;

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

Le contrat d'amélioration de la qualité et d'efficience des soins s'inscrit dans une démarche globale de recherche de pertinence, d'efficience et de régulation de l'offre de soins et constitue le support d'un dialogue de gestion annuel entre l'établissement, l'ARS et la Caisse d'Assurance Maladie.

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

Ce contrat peut comporter un ou plusieurs volets relatifs :

- à la pertinence des prescriptions,
- à la pertinence des parcours et des séjours.

Ces volets sont conclus avec les établissements identifiés en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (ou PAPRAPS) ou en raison du non-respect d'un ou plusieurs 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. 16230-3 du code de la sécurité sociale.

Le présent contrat peut s'appliquer à l'ensemble des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Conditions générales d'application

Les clauses énumérées dans ces conditions générales sont applicables à l'ensemble des volets du contrat.

Article 1 : le présent contrat concerne l'établissement suivant :

ES

Adresse

Finess juridique : XXXXX

Article 2 : objet du contrat

Le contrat a pour objet de définir les modalités d'engagement pris par l'(ou les) entité(s) géographique(s) de l'établissement de santé et des professionnels qui y exercent compte tenu des objectifs d'amélioration de la pertinence des soins et des prescriptions et de la maîtrise des dépenses qu'il leur est demandé d'atteindre sur la base d'un constat partagé.

Ce contrat est établi avec l'établissement ciblé pour le ou les sujets suivants :

- Le bon usage des médicaments, des produits et des prestations, la pertinence des prescriptions des examens pré anesthésiques et la pertinence des prescriptions de transports (volet 1 du contrat)
- La pertinence des parcours et des séjours (volet 2 du contrat).

Article 3 : durée du contrat

Le présent contrat est signé pour une durée de 3 ans. Il entre exceptionnellement en vigueur le 1er juillet 2022 suivant la date de signature et prendra fin le 31 décembre 2024.

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

Article 4 : 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 au sein de l'(ou des) entité(s) géographique(s) concernée(s) et en assurer un suivi et une évaluation régulière ;
- 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 ;
- 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 géographique de l'établissement en application des articles L 162-5-15 et 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 le 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 actions d'accompagnement des établissements, notamment à l'attention des professionnels de santé y exerçant.

Article 5 : source 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. Les données transmises par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) peuvent également être utilisées.

Article 6 : ciblage des établissements

Le ciblage de ce(s) entité(s) géographique(s) a été réalisé par l'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie en région, au vu :

- des référentiels nationaux mentionnés à l'article L.162-30-3 du code de la sécurité sociale et fixés par l'arrêté en date du 31 décembre 2020.

et/ou

- des référentiels régionaux définis par l'Agence Régionale de Santé, notamment le PAPRAPS

Sur les indicateurs nationaux :

L'établissement est ciblé sur la base du constat fait par l'Agence Régionale de Santé d'un montant ou d'un taux d'évolution de dépenses supérieur au seuil ou au taux mentionnés par l'arrêté du 23 février 2022 susvisé pour un ou des indicateur(s) au regard :

- du bilan de l'(ou des) entité(s) géographique(s) de l'établissement sur les indicateurs et des valeurs cibles fixés par l'arrêté du 31 décembre 2020 susvisé, sur l'année civile précédente ;
- des caractéristiques de l'(ou des) entité(s) géographique(s) de l'établissement en termes d'activité et de l'organisation des soins de son territoire.

Sur les indicateurs régionaux :

L'établissement est ciblé sur des critères retenus par l'Agence Régionale de Santé en région en fonction des priorités inscrites dans le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (ou PAPRAPS).

Article 7 : mise en place du plan d'actions

Un plan d'actions comportant les axes d'amélioration à suivre par l'établissement et la liste des indicateurs et résultats à atteindre permettant d'évaluer les progrès de l'établissement est 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 de l'intéressement de l'établissement selon les cas. Les différents objectifs contribuent à la pondération de l'intéressement qui sera appliqué à l'établissement.

Article 8 : 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.

Conformément à l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale, le contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle effectuée conjointement par l'Agence Régionale de Santé et l'organisme local d'Assurance Maladie sur la base des données disponibles relatives aux indicateurs et obligations fixés dans chaque volet consolidé et des résultats de l'autoévaluation transmise par l'établissement. Elle donne lieu à un rapport d'évaluation.

Cette évaluation annuelle permettra de déterminer leur niveau d'atteinte et de déclencher, le cas échéant, le mécanisme de délégation d'un intéressement.

Article 9 : intéressements

Pour chaque volet, 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. Il peut être prévu la notification d'un intéressement en fonction des économies réalisées sur les dépenses d'Assurance Maladie pour les indicateurs nationaux fixés par les référentiels nationaux mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale.

Si les cibles fixées pour les indicateurs régionaux sont respectées, il peut être prévu la notification d'un intéressement calculé en fonction de l'atteinte de ces cibles.

Ces intéressements peuvent être, le cas échéant, révisés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé suivant le degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat.

Le montant global des intéressements ainsi définis est ensuite notifié à l'établissement.

Les cibles, leur réalisation, le niveau de pondération issu de l'évaluation des résultats de l'ensemble des objectifs du présent contrat, ainsi que le montant total de l'intéressement après prise en compte de l'ensemble des résultats sont reportés dans le rapport d'évaluation annuel.

Ces intéressements sont versés sous la forme d'une dotation du fond d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Article 10 : 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 11 : résiliation d'un volet du contrat

Si les parties signataires décident d'un commun accord de mettre fin à l'un des volets 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 12 : voies de recours

En cas de contestation 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.

VOLET PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

Ce volet comporte des thématiques relatives aux sujets suivants :

- Prescription des produits de santé, bon usage des médicaments, des produits et des prestations
- Pertinence des prescriptions des examens pré anesthésiques
- Pertinence de la prescription des transports et amélioration de l'organisation des soins portant sur les transports

Article 1 : le présent volet concerne :

Pour les indicateurs nationaux l'(ou les) entité(s) géographique(s) :

Indicateurs nationaux (IN)	Finess n°1	Finess n°2	Finess n°3
NAT_1 Perfusions			
NAT_2 Inhibiteurs de la pompe à protons			
NAT_3 Examens pré anesthésiques			
NAT_4 Pansements			
NAT_5 Ezétimibe			
NAT_6 Ambulance			

Pour les indicateurs régionaux, l'établissement est concerné par les indicateurs suivants :

Indicateurs régionaux (IR)	Etablissement concerné (OUI/NON)
Liste en sus : <ul style="list-style-type: none">• MEDCOUTINN Médicaments• DMI Dispositifs médicaux	
ATB Antibiotiques	
MIPA Médicaments inappropriés chez la personne âgée	
Iatrogénie médicamenteuse et parcours / <ul style="list-style-type: none">• CHO Chimiothérapies orales• DLR Douleur• PSY Santé mentale	
Génériques et biosimilaires : <ul style="list-style-type: none">• GEN Génériques• BIOSIM Biosimilaires	
TS Transport	

Article 2 : objet du volet

Le présent volet fixe les objectifs visant :

- À l'amélioration du bon usage des médicaments, des produits et des prestations par l'établissement afin d'assurer la qualité des soins des patients tout en permettant une meilleure maîtrise des dépenses de l'Assurance Maladie en particulier sur l'enveloppe de soins de ville.
- De maîtrise des dépenses de l'établissement relatives à l'organisation des soins, notamment celles liées aux transports, prises en charge par l'Assurance Maladie notamment sur l'enveloppe de soins de ville ainsi que des objectifs d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription 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.
- Un établissement peut être éligible même s'il ne se situe pas dans un département avec un taux de recours élevé et suite à l'analyse régionale par l'Assurance Maladie et l'ARS. Il s'agit d'établissements vecteurs des bonnes pratiques concourant à la pertinence des soins.

Article 3 : engagements de l'établissement

Sur les indicateurs nationaux :

L'établissement s'engage à améliorer ses pratiques de prescription susvisées et à atteindre les valeurs cibles indiquées dans les documents annexes au présent volet au contrat, par thématique, pour chacune des entités géographiques ciblées.

Sur les indicateurs régionaux :

L'établissement s'engage à améliorer ses pratiques de prescriptions, engagement explicités par thème dans les documents annexes au présent volet du contrat.

Article 4 : 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 aux articles R.1413-90 et R.1413-91 du code de santé publique, au directeur de l'ARS ainsi qu'à l'Organisme Local d'Assurance Maladie.

Sur les indicateurs nationaux :

Suivant le taux d'atteinte des objectifs sur les indicateurs nationaux mentionnés à l'article 3, et du montant de l'économie réalisée sur les dépenses de l'Assurance Maladie sur l'enveloppe soins en ville, l'établissement peut être éligible à un intéressement.

Le montant de l'intéressement, dit national, peut être adapté par le directeur de l'ARS en fonction de l'atteinte de l'ensemble des objectifs prévus dans le contrat et des priorités fixées annuellement.

Sur les indicateurs régionaux :

Les modalités d'intéressement sont définies avec l'objectif de proposer une distribution de l'enveloppe harmonisée entre les différents thèmes / indicateurs régionaux retenus et les catégories d'établissements concernés. Cette distribution s'effectue au prorata des établissements concernés par thèmes régionaux et en fonction du niveau d'investissement de l'établissement sur les thèmes les concernant.

L'attribution de l'intéressement sera réalisée en fonction du score obtenu lors de l'évaluation annuelle, réalisée conjointement par l'Agence Régionale de Santé et l'organisme local de l'Assurance Maladie.

Le montant de l'intéressement sera proportionnel au niveau d'atteinte des engagements du thème par l'établissement, méthodologie qui permettra d'intéresser les établissements ayant atteint un ou plusieurs objectifs par thème.

Le montant de l'intéressement peut être adapté par le directeur de l'ARS en fonction de l'atteinte de l'ensemble des objectifs prévus dans le contrat et des priorités fixées annuellement.

Date d'effet du contrat : 1er juillet 2022

Pour l'établissement de santé	
Pour l'organisme local d'Assurance Maladie	
Pour l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine	

**CF. ANNEXE 1 : VOLET PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS
ANNEXE 2 : VOLET PERTINENCE DES PARCOURS ET DES SEJOURS**

