

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Décision du 19 juin 2015 fixant le contrat type et les avenants types mentionnés à l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale

NOR : AFSS1514915S

Le directeur de la sécurité sociale, le directeur général de l'offre de soins et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1435-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 322-5-5 et R. 322-11 et suivants ;

Vu la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;

Vu le décret n° 2015-207 du 24 février 2015 modifiant les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux dépenses de transports remboursées par l'assurance maladie ;

Vu l'arrêté du 22 décembre 2014 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville pour la période allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015 ;

Vu la décision du 17 décembre 2010 fixant le contrat type mentionné au 1^o de l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 ;

Vu la décision du 8 juin 2011 modifiant le contrat type mentionné au 1 de l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et créant un avenant 1 ;

Vu la décision du 25 juin 2012 modifiant le contrat type mentionné au 1 de l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et créant des modèles d'avenant annuel actualisant l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement,

Décident :

Préambule

Le dispositif de contractualisation d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins a été renforcé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et son décret d'application. Les nouveautés induites par ces textes conduisent à fixer un nouveau modèle de contrat type et de ses avenants.

Art. 1^{er}. – Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins mentionné à l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale est signé entre, d'une part, l'établissement de santé et, d'autre part, l'agence régionale de santé et l'organisme local d'assurance maladie dans le ressort desquels l'établissement a son siège.

Art. 2. – Les contrats et les avenants signés en application de la présente décision doivent être conformes au contrat type et aux avenants types joints en annexe.

Art. 3. – La présente décision et ses annexes seront publiées au *Journal officiel* de la République française.

Art. 4. – La décision du 17 décembre 2010 susvisée est abrogée.

Toutefois, cette décision continue à s'appliquer aux contrats conclus avant la publication de la présente décision.

Fait le 19 juin 2015.

*Le directeur
de la sécurité sociale,*
T. FATOME

*Le directeur général
de l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie,*
N. REVEL

*Le directeur général
de l'offre de soins,*
J. DEBEAUPUIS

ANNEXES

ANNEXE 1

CONTRAT TYPE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
À DESTINATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET PORTANT SUR LES DÉPENSES DE TRANSPORT

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'établissement de santé)
 (adresse)
 représenté par

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1435-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 322-5-5 et R. 322-11 et suivants ;

Vu l'arrêté du 22 décembre 2014 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville pour la période allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015 ;

Vu l'arrêté du 7 avril 2015 fixant le montant de dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Vu la décision du 19 juin 2015 fixant le contrat type et les avenants types mentionnés à l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}*Objet du contrat*

Les parties au présent contrat conviennent des dispositions suivantes portant sur les modalités d'engagement et les objectifs de réduction du taux d'évolution ou de maîtrise des dépenses de transport de l'établissement prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville et les objectifs d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation des transports.

Tous les médecins sont tenus dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Ils doivent de ce fait 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.

Dans cette optique, l'objectif de maîtrise des dépenses de transport porté au contrat donne lieu à la fixation d'un taux cible d'évolution des dépenses de transport, pour chacune des trois années, par l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie et l'établissement de santé, en tenant compte du niveau initial d'évolution de ses dépenses ou du montant de ses dépenses issues de prescriptions hospitalières de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, des caractéristiques sanitaires de sa patientèle et des conditions locales de l'organisation des soins.

Les avenants au contrat sont proposés et approuvés dans les mêmes formes que le contrat.

Article 2

Durée du contrat

Le contrat est signé au cours de l'année de ciblage et au plus tard le 30 novembre de la même année.

Il entre en vigueur le premier jour du mois suivant sa signature.

Il est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

Article 3

Engagements de l'établissement

L'établissement contractant s'engage :

- à respecter l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de l'établissement fixé chaque année conformément à l'annexe 1 du présent contrat ;
- à relayer auprès des médecins prescripteurs exerçant au sein de l'établissement et des services concernés par les prescriptions de transports, les actions de sensibilisation et d'information mises en œuvre par l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, afin d'atteindre l'objectif de dépenses de transport fixé au présent contrat ;
- à faire mentionner systématiquement par les médecins prescripteurs leur numéro RPPS sur le formulaire de prescription et de demande d'accord préalable et le numéro FINESS actualisé de l'établissement ;
- à améliorer son organisation interne pour rendre plus efficient le transport de malades et proposer aux patients le mode de transport le moins onéreux compatible avec leur état de santé.

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 présent contrat. Cette annexe 3 est adaptée et complétée, le cas échéant, par les signataires pour tenir compte de la situation de l'établissement.

Les prescriptions de transport prises en compte pour l'élaboration et le suivi des indicateurs définis dans le présent contrat sont celles qui sont réalisées par les médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement et prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville.

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.

Article 4

*Engagements de l'agence régionale de santé
et de l'organisme local d'assurance maladie*4.1. Mise à disposition des données nécessaires
au suivi des dépenses de transport

L'organisme local d'assurance maladie, conjointement avec l'agence régionale de santé s'engage à fournir régulièrement à l'établissement de santé les données nécessaires au suivi de l'application du présent contrat, au minimum deux fois par an.

Chaque année, avant le 1^{er} juin, l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie établit un bilan des prescriptions de transport de l'établissement ayant occasionné des dépenses remboursées par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville l'année civile précédente et le transmet à l'établissement.

4.2. Suivi et accompagnement
de l'établissement de santé

L'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie s'engage à :

- informer l'établissement de santé sur ses engagements et le fonctionnement du contrat ;
- mettre en œuvre des actions de sensibilisation ;
- mettre en place des réunions d'information avec les praticiens hospitaliers, les responsables de pôles ;
- diffuser le référentiel commun d'organisation des transports sanitaires post-hospitaliers du 27 mai 2010 ;
- diffuser le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale ;
- mettre à sa disposition un interlocuteur privilégié pour l'accompagner dans sa démarche et le suivi de ses objectifs.

L'organisme local d'assurance maladie s'engage à :

- communiquer à l'établissement de santé son profil d'activité en matière de prescriptions de transport et des informations sur les dépenses afférentes aux différents transports.

Article 5

Modalités de fixation et d'évaluation des objectifs portés au contrat

5.1. Fixation des objectifs de taux d'évolution

La détermination de l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transports prescrits par les médecins exerçant dans l'établissement de santé et prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville, pour chacune des trois années couvertes par le présent contrat est établie sur la base :

- du bilan des dépenses de transports prescrits remboursées l'année civile précédente ;
- des caractéristiques de l'établissement en termes d'activité et de l'organisation des soins de son territoire ;
- le cas échéant, du taux annuel fixé par arrêté des ministres visé à l'article R. 322-11 du code de la sécurité sociale. Pour la première année du contrat, le montant des dépenses constituant l'objectif à atteindre est calculé en appliquant le taux cible fixé au contrat pour l'année considérée au montant des dépenses constatées l'année précédente.

Pour les deux années suivantes, le montant des dépenses constituant l'objectif à atteindre est calculé en appliquant le taux cible fixé au contrat pour les années considérées au montant des dépenses constituant l'objectif à atteindre de l'année précédente.

5.2. Evaluation

A chaque date anniversaire d'entrée en vigueur du présent contrat, l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie évalue le niveau d'atteinte des objectifs fixés. L'évaluation s'établit en référence au montant des dépenses constituant l'objectif à atteindre de l'année précédente.

Article 6

Modalités de mise en œuvre du mécanisme de reversement ou d'intéressement

En fonction du niveau d'atteinte de l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport pour l'année considérée, l'établissement peut être enjoint par l'ARS, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, de reverser à l'organisme local d'assurance maladie une partie du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables ou peut bénéficier d'un intéressement par versement de l'organisme local d'assurance maladie, sur injonction de l'ARS d'une partie des économies qu'il aura générées.

L'appréciation de l'atteinte de l'objectif, prend en compte d'éventuelles modifications d'activités telles que la fermeture ou l'ouverture d'un service ou toute autre modification ayant un effet significatif sur l'activité de l'établissement de santé.

Lorsque le résultat est conforme à l'objectif fixé, il n'y a ni reversement ni intéressement.

6.1. Détermination du montant de reversement à l'assurance maladie

Lorsque le montant des dépenses de transport de l'établissement constaté pour l'année considérée est supérieur au montant cible fixé au contrat pour cette même année, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'établissement de santé de reverser à l'organisme local d'assurance maladie un montant correspondant à une fraction du dépassement entre le montant constaté pour l'année considérée et le montant cible.

Cette fraction est déterminée en prenant en compte la nature et l'importance des manquements de l'établissement à ses engagements figurant à l'article 3 du contrat (), dans la limite de 70 % du dépassement entre le montant constaté pour l'année considérée et le montant cible. Les modalités de calculs de ce plafond sont détaillées à l'annexe 2.

Afin de moduler le montant du reversement en fonction de l'atteinte des autres objectifs fixés au présent contrat, un coefficient de pondération peut être fixé dans le plan d'actions figurant à l'annexe 3.

6.2. Détermination du montant de l'intéressement versé à l'établissement

Lorsque le montant des dépenses de transport de l'établissement constaté pour l'année considérée est inférieur au montant cible fixé au contrat pour cette même année, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une contrepartie financière plafonnée à 30 % des économies réalisées, correspondant au différentiel entre le montant des dépenses de transport cible et le montant des dépenses constatées pour l'année considérée.

Cette contrepartie financière est déterminée en prenant en compte le respect et la réalisation des engagements de l'établissement figurant au contrat.

Afin de moduler le montant de l'intéressement en fonction de l'atteinte ou du non-respect des autres objectifs fixés au présent contrat, un coefficient de pondération peut être fixé dans le plan d'actions figurant à l'annexe 3.

Article 7

Modalités de révision

Le contrat peut faire l'objet d'ajustements par voie d'avenant annuel en fonction des résultats des évaluations annuelles, du taux mentionné à l'article R. 322-11 du code de la sécurité sociale ou en cas de modification substantielle du périmètre d'activité de l'établissement.

L'avenant est proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat, et il est conforme à l'avenant type et aux avenants modifiant les objectifs, publiés au *Journal officiel*.

Article 8

Résiliation

Chacune des parties peut résilier son engagement à tout moment en cas de :

- non-respect des engagements de l'accord du fait d'une des autres parties ;
- modifications substantielles législatives, réglementaires ou modifications des référentiels.

La partie signataire notifie sa décision de résilier le présent contrat par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires de l'accord. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis de deux mois.

En cas de résiliation et de révision de l'accord, toutes les mesures seront prises en temps utile pour que les actions en cours soient menées à leur terme.

Article 9

Voies de recours

En cas de contestation du reversement, 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 deux mois à compter de la réception de la notification de la décision contestée.

En cas de contestation sur le montant du reversement ou de ses modalités de recouvrement ou sur le montant de l'intéressement l'établissement peut saisir dans le même délai et la même forme le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Fait à, le

Pour l'agence régionale de santé :

Pour l'organisme local d'assurance maladie :

Pour l'établissement de santé :

*Annexe 1***Objectifs de l'établissement**

Etablissement de santé

Numéro FINESS :

Date de signature du contrat : Date d'effet du contrat :

Taux d'évolution des dépenses de transports à atteindre par l'établissement.

Le montant de référence a été calculé sur la base des dépenses de transport 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 sur l'année civile antérieure (année Réf) à l'année de signature (année 1).

Montant de référence des dépenses (année Réf) : MTréf en €.

Taux d'évolution de référence observé (évolution entre l'année de réf et année Réf - 1) : Xréf en %.

Le montant des dépenses à atteindre chaque année d'application du contrat et résultant de l'application du taux d'évolution cible est défini ci-après comme le « montant cible des dépenses », soit :

Montant cible des dépenses de l'année 1 : MTc 1 en €

L'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses est défini ci-après comme le « taux cible d'évolution » :

1. Année 1 : période du au :

Taux cible d'évolution **Xc 1** = %.

Le montant cible des dépenses de l'année 1 :

MTc 1 = €.

2. Année 2 : période du au :

Taux cible d'évolution **Xc 2** = %.

Le montant cible des dépenses de l'année 2 :

MTc 2 = €.

3. Année 3 : période du au :

Taux cible d'évolution **Xc 3 =** %.

Le montant cible des dépenses de l'année 3 :

MTc 3 = €.

L'établissement est évalué sur la base de ces objectifs pour déterminer si un intéressement ou un reversement sera appliqué.

Les indicateurs des pratiques hospitalières en matière de prescriptions de transport permettant d'évaluer la mise en œuvre des engagements de l'établissement sont mentionnés dans le plan d'action à l'annexe 3.

Un coefficient peut être attribué à chacun de ces indicateurs et permettre ainsi de déterminer la fraction des dépenses de transport qui constituera le montant de l'intéressement ou du reversement selon les cas (cf. annexe 2).

Annexe 2**Note méthodologique***1. Mode de calcul du taux d'évolution cible des dépenses de transport de l'établissement*

Le montant de dépenses cible de l'année 1 (MTc1) correspond au taux d'évolution cible Xc1 en % appliqué au montant de référence (MTréf).

Le montant de dépenses cible de l'année 2 (MTc2) correspond au taux d'évolution cible Xc2 en % appliqué au montant de dépenses cible de l'année 1 (MTc1).

Le montant de dépenses cible de l'année 3 MTc3 correspond au taux d'évolution cible Xc3 en % appliqué au montant de dépenses cible de l'année 2 (MTc2).

Le montant des dépenses constaté chaque année est défini sous les termes « MT (année) ».

Les taux d'évolution cibles fixés pour la période du contrat doivent être déterminés au regard des moyens d'action pouvant être mis en œuvre par l'établissement compte tenu du diagnostic initial.

2. Détermination du plafond de reversement ou de l'intéressement

Soit MTc1= Montant des dépenses cible de l'année 1

MT1 = Montant des dépenses constaté de l'année 1

La détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 1 s'effectue à la date anniversaire de la souscription au contrat en année 2. Le montant des dépenses de transport constaté pour l'année 1 (MT1) est comparé au montant des dépenses de transport cible MTc1 pour l'année 1 afin de vérifier si le taux cible fixé Xc1 en % par le contrat est respecté.

a) Mécanisme de reversement.

Si l'établissement n'a pas atteint son objectif ($MT1 > MTc1$), le montant du reversement R est calculé de la façon suivante :

Soit **D le montant de dépassement =**

Montant des dépenses observé de l'année 1. – Montant des dépenses cible de l'année 1.

= $MT1 - MTc1$.

Le reversement maximal est calculé de la façon suivante :

Rmax = D × 70 %.

Le montant du reversement R est déterminé en tenant compte du respect des engagements de l'établissement prévus à l'article 3 et est plafonné au montant maximal Rmax.

b) Mécanisme d'intéressement :

Si l'établissement a dépassé son objectif ($MT1 < MTc1$), le montant de l'intéressement I est calculé de la façon suivante :

Soit **E le montant d'économies =**

Montant des dépenses cible de l'année 1 – Montant des dépenses constaté de l'année 1.

= $MTc1 - MT1$

L'intéressement maximal est calculé de la façon suivante :

Imax = E × 30 %.

Le montant de l'intéressement I est déterminé en tenant compte du respect des engagements de l'établissement prévus à l'article 3 et est plafonné au montant maximal Imax.

Pour les années suivantes, le mode de calcul du montant du reversement ou de l'intéressement est identique :

– La détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 2 s'effectue à la date anniversaire de la souscription au contrat en année 3. Le montant des dépenses de transport constaté pour l'année 2 (MT2) est comparé au montant des dépenses de transport cible MTc2 pour l'année 2 afin de vérifier si le taux cible fixé Xc2 en % par le contrat est respecté ;

– La détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 3 s'effectue à la date anniversaire de la souscription au contrat en année 4. Le montant des dépenses de transport constaté pour l'année 3 (MT3) est comparé au montant des dépenses de transport cible MTc3 pour l'année 3 afin de vérifier si le taux cible fixé Xc3 % au contrat est respecté.

3. Détermination du montant du reversement ou de l'intéressement

Le montant du reversement ou de l'intéressement est fixé dans la limite du plafond ci-dessus énoncé, par le directeur général de l'ARS en fonction de l'atteinte par l'établissement de ses engagements inscrits dans le plan d'actions de l'annexe 3.

Les engagements qualitatifs et quantitatifs peuvent se voir attribuer un coefficient pour scorer les objectifs et pondérer le montant du reversement ou de l'intéressement en fonction des atteintes ou des manquements constatés.

Ces coefficients sont déterminés lors de la réalisation du plan d'action, conjointement par l'ARS, l'organisme local d'assurance maladie et l'établissement.

Annexe 3 Plan d'actions

Département :

Nom de l'établissement :

Numéro FINESS :

Date :

Exemple d'actions pouvant figurer dans le plan d'actions élaboré avec l'établissement

OBJECTIFS D'AMÉLIORATION des bonnes pratiques fixés au contrat type	ACTEURS	INTERLOCUTEURS concernés	MOYENS HUMAINS, ORGANISATIONNELS, techniques, financiers	INDICATEURS DE SUIVI	PLANNING prévisionnel (à préciser pour chaque action)	COEFFICIENT
1. Définir les actions prioritaires après bilan de la gestion des transports dans l'établissement						
1.1. Informer l'établissement et diffuser le guide ANAP « Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé » publié en mai 2013	ARS	Etablissement				
1.2. Etablir un bilan de la gestion des transports par l'établissement et définir les actions à mettre en œuvre	Etablissement ANAP et ARS	Etablissement	Autoévaluation de l'établissement grâce à l'outil QuickEval de l'ANAP et notamment sur les pratiques de prescription en matière de séries de transports	Réalisation de l'autodiagnostic Propositions d'actions d'amélioration du processus de prescriptions de transport		
2. Faire respecter les règles de prescription et notamment celle du transport le moins onéreux						
2.1. Mettre en place des réunions d'information avec les responsables de pôles sur l'application du référentiel de prescription, sur les tarifs des différents transports	Etablissement	Chefs de service prescripteurs Autres personnels impliqués	Organisation de réunions pour les responsables de service et autres personnel impliqué dans la gestion des transports (appui le cas échéant de l'AM) Réalisation d'une information interne, sur la signature par l'établissement d'un CAQOS, rappelant les règles de prescription et les conditions de prise en charge par l'assurance maladie	Nb de réunions ou actions de sensibilisation/an : au moins deux réunions par an Rappel des consignes en réunion		
2.2. Diffuser et expliquer les référentiels, les règles et les procédures de prescriptions	Etablissement	Services prescripteurs	Libération d'un temps de réunion Travail d'information à réaliser en lien avec l'assurance maladie (mémo et autres outils CPAM/CGSS)	Nb de réunions de rappel à la réglementation et nb de mémos diffusés Nb de PS impliqués dans la démarche/nb de prescripteurs de transport		
2.3. Améliorer la répartition des transports entre ambulance et TAP	Etablissement	Services prescripteurs	Analyse des prescriptions sur la base des deux indicateurs	Part des dépenses de transports en ambulance sur le total des dépenses de transport Part des patients transportés en ambulance sur le nombre total de patients transportés		

OBJECTIFS D'AMÉLIORATION des bonnes pratiques fixés au contrat type	ACTEURS	INTERLOCUTEURS concernés	MOYENS HUMAINS, ORGANISATIONNELS, techniques, financiers	INDICATEURS DE SUIVI	PLANNING prévisionnel (à préciser pour chaque action)	COEFFICIENT
2.4. Favoriser la prescription des transports en véhicule personnel/transport en commun en fonction de l'état du patient	Etablissement	Services prescripteurs de transport		Part des dépenses de transport en véhicules personnel et de transport en commun sur le total des dépenses de transport		
3. Améliorer l'organisation, la traçabilité et le suivi des prescriptions de transport						
3.1. Respecter l'obligation d'indiquer sur le formulaire de prescription médicale de transport ou de demande d'accord préalable, le numéro du répertoire partagé des professionnels de santé du prescripteur (RPPS) et le numéro FINESS actualisé	Etablissement CPAM/CGSS	Les services prescripteurs de transport	Création de fiche mémo sur le RPPS ou recours de ce numéro dans les fichiers RH de l'établissement Action de sensibilisation des PS à réaliser en lien avec l'assurance maladie Utilisation du nouveau formulaire CERFA de prescription médicale de transports ou de demande d'accord préalable	Qualité de l'identification Taux de prescriptions comportant numéro RPPS et numéro FINESS renseignés et corrects		
3.2. Respecter le caractère préalable de la prescription notamment pour les rendez-vous de suivi	Etablissement	Services prescripteurs de transport		Taux de prescriptions <i>a priori</i> pour les rendez-vous de suivi (avant la date du RV)		
3.3. Améliorer l'organisation interne des transports liés à la sortie d'hospitalisation	Etablissement	Services prescripteurs de séries de transports	Procédure de gestion des sorties : intégration de l'organisation de la sortie, dès l'entrée pour favoriser le retour à domicile en véhicule personnel lorsque cela est possible, pour respecter le choix du patient en termes de société de transport et assurer l'équité du recours aux sociétés de transport. Procédure de gestion centralisée de la prescription / commande de transports Procédure de mise en œuvre d'une plateforme de gestion du recours aux transports conformes à l'état de santé du patient (cahier des charges et autres outils CPAM/CGSS) Participation au programme ANAP d'accompagnement des établissements de santé	Intégration d'une rubrique dans le dossier patient Taux de personnes accompagnantes enregistrées Poids des remboursements de transports en VP/TC en sortie d'hospitalisation Existence ou acquisition d'un logiciel dédié à la gestion des prescriptions Accompagnement ANAP		
3.4. Améliorer la gestion des transports itératifs des patients	Etablissement		Réalisation d'un diagnostic par l'établissement sur les pratiques de prescription en matière de séries de transports Regroupement des rendez-vous médicaux d'un même patient Prise en compte de la destination des patients transportés Anticipation des transports de l'établissement Mise en place transport partagé/covoiturage	Part des dépenses de transports en ambulance sur le total des dépenses de transport Part des patients transportés en ambulance sur le nombre total de patients transportés Nombre de transports prévus avant 24 h sur nombre total de transport Nombre de trajets avec transport partagé/nombre de trajets)		
4. Sensibiliser les patients						

OBJECTIFS D'AMÉLIORATION des bonnes pratiques fixés au contrat type	ACTEURS	INTERLOCUTEURS concernés	MOYENS HUMAINS, ORGANISATIONNELS, techniques, financiers	INDICATEURS DE SUIVI	PLANNING prévisionnel (à préciser pour chaque action)	COEFFICIENT
4.1. Diffuser et expliquer les règles de prescription et de prise en charge d'un transport (mode de transport le moins coûteux adapté à l'état de santé des patients)	Etablissement	Patients	Diffusion d'affiches rappelant les modes de transport pris en charge en fonction de l'état de santé et les conditions d'établissement d'une prescription (médicale, préalable au transport...) en lien avec les CPAM/CGSS	Nombre de mémos diffusés auprès des patients		
5. Agir auprès des transporteurs						
5.1. Mener des actions auprès des transporteurs pour renforcer la démarche de l'établissement	CPAM/CGSS	Transporteurs	Rappel des référentiels et des règles de prise en charge La CPAM doit en commission paritaire locale : - informer les représentants des transporteurs de la signature du CAQOS - rappeler la nécessité de renseigner le numéro RPPS sur la facture	Nombre de réunions ou actions de sensibilisation/an		
5.2. Améliorer la qualité de service des transporteurs	E t a b l i s s e m e n t CPAM/CGSS ARS	Ensemble des services	Mise en place avec la CPAM et l'ARS : - d'un recensement des manquements des transporteurs - d'une charte de qualité des relations entre ES et transporteurs	Signalements transmis et charte mise en œuvre		
6. Actions spécifiques pour l'activité de dialyse (en sus des actions décrites ci-dessus)						
6.1. Améliorer le processus de prescription des transports relatifs aux séances de dialyse	Etablissement	Services prescripteurs de séries de transports	Diminution du recours à l'ambulance sur la base des profils dialyse	Nombre de transports en ambulance (comparaison par rapport au niveau national) Taux de recours à l'ambulance		
6.2. Participer aux expérimentations locales, et notamment : - expérimentation carte de transports assis - expérimentation VP/TC	Etablissement	CPAM/CGSS expérimentatrices	Signature du protocole Réunions de présentation du dispositif Diffusion du dépliant accompagnant le formulaire de prise en charge	Nombre de formulaires de prescription (PMT) simplifiés délivrés par les ES		
7. Suivi du plan d'actions						
7.1. Suivre en commun les différentes actions	Etablissement CPAM/CGSS ARS	Etablissement CPAM/CGSS ARS	Suivi de la réalisation des actions Suivi statistique et transmission de données périodiques de remboursements de transports prescrits par l'établissement	Evaluation au regard des éléments statistiques produits par l'assurance maladie Points infra-annuels pour analyse des résultats et détermination d'actions correctives		

ANNEXE 2

AVENANT TYPE AU CONTRAT D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'ORGANISATION DES SOINS À DESTINATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET PORTANT SUR LES DÉPENSES DE TRANSPORT

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)
 représentée par

Et

L'établissement de santé :

..... (nom de l'établissement de santé)
 (adresse)
 représenté par

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1435-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 322-5-5 et R. 322-11 et suivants ;

Vu l'arrêté du 22 décembre 2014 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville pour la période allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015 ;

Vu l'arrêté du 7 avril 2015 fixant le montant de dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Vu la décision du 19 juin 2015 fixant le contrat type et les avenants types mentionnés à l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale ;

Vu le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les dépenses de transports du

Il a été convenu ce qui suit :

Le présent avenant modifie les modalités d'engagement des signataires d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins en 2013 ou en 2014, les objectifs de réalisation relatifs à la réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville et à l'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation des transports. Il simplifie les modalités de détermination du reversement ou de l'intéressement en fonction de l'atteinte des objectifs.

A ce titre, le présent avenant se substitue aux dispositions prévues par le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins susvisé.

Il est conforme à l'avenant type national approuvé par décision signée du directeur général de l'UNCAM et de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, le et publiée au *Journal officiel* le

Article 1^{er}*Objet du contrat*

Les parties au présent contrat conviennent des dispositions suivantes portant sur les modalités d'engagement et les objectifs de réduction du taux d'évolution ou de maîtrise des dépenses de transport de l'établissement prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville et les objectifs d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation des transports.

Tous les médecins sont tenus dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Ils doivent de ce fait 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.

Dans cette optique, l'objectif de maîtrise des dépenses de transport porté au contrat donne lieu à la fixation d'un taux cible d'évolution des dépenses de transport, pour chacune des trois années, par l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie et l'établissement de santé, en tenant compte du niveau initial d'évolution de ses dépenses ou du montant de ses dépenses issues de prescriptions hospitalières de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, des caractéristiques sanitaires de sa patientèle et des conditions locales de l'organisation des soins.

Les avenants au contrat sont proposés et approuvés dans les mêmes formes que le contrat.

Article 2

Durée du contrat

Le contrat est signé au cours de l'année de ciblage et au plus tard le 30 novembre de la même année.
Il entre en vigueur le premier jour du mois suivant sa signature.
Il est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

Article 3

Engagements de l'établissement

L'établissement contractant s'engage :

- à respecter l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de l'établissement fixé chaque année conformément à l'annexe 1 du présent contrat ;
- à relayer auprès des médecins prescripteurs exerçant au sein de l'établissement et des services concernés par les prescriptions de transports, les actions de sensibilisation et d'information mises en œuvre par l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, afin d'atteindre l'objectif de dépenses de transport fixé au présent contrat ;
- à faire mentionner systématiquement par les médecins prescripteurs leur numéro RPPS sur le formulaire de prescription et de demande d'accord préalable et le numéro FINESS actualisé de l'établissement ;
- à améliorer son organisation interne pour rendre plus efficient le transport de malades et proposer aux patients le mode de transport le moins onéreux compatible avec leur état de santé.

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 présent contrat. Cette annexe 3 est adaptée et complétée, le cas échéant, par les signataires pour tenir compte de la situation de l'établissement.

Les prescriptions de transport prises en compte pour l'élaboration et le suivi des indicateurs définis dans le présent contrat sont celles qui sont réalisées par les médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement et prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville.

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.

Article 4

Engagements de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie

4.1. Mise à disposition des données nécessaires au suivi des dépenses de transport

L'organisme local d'assurance maladie conjointement avec l'agence régionale de santé s'engage à fournir régulièrement à l'établissement de santé les données nécessaires au suivi de l'application du présent contrat, au minimum deux fois par an.

Chaque année, avant le 1^{er} juin, l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie établit un bilan des prescriptions de transport de l'établissement ayant occasionné des dépenses remboursées par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville l'année civile précédente et le transmet à l'établissement.

4.2. Suivi et accompagnement de l'établissement de santé

L'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie s'engage à :

- informer l'établissement de santé sur ses engagements et le fonctionnement du contrat ;
- mettre en œuvre des actions de sensibilisation ;
- mettre en place des réunions d'information avec les praticiens hospitaliers, les responsables de pôles ;
- diffuser le référentiel commun d'organisation des transports sanitaires post-hospitaliers du 27 mai 2010 ;
- diffuser le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale ;
- mettre à sa disposition un interlocuteur privilégié pour l'accompagner dans sa démarche et le suivi de ses objectifs.

L'organisme local d'assurance maladie s'engage à :

- communiquer à l'établissement de santé son profil d'activité en matière de prescriptions de transport et des informations sur les dépenses afférentes aux différents transports.

Article 5

Modalités de fixation et d'évaluation des objectifs portés au contrat

5.1. Fixation des objectifs de taux d'évolution

La détermination de l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transports prescrits par les médecins exerçant dans l'établissement de santé et prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville, pour chacune des trois années couvertes par le présent contrat est établie sur la base :

- du bilan des dépenses de transports prescrits remboursées l'année civile précédente ;
- des caractéristiques de l'établissement en termes d'activité et de l'organisation des soins de son territoire ;
- le cas échéant, du taux annuel fixé par arrêté des ministres visé à l'article R. 322-11 du code de la sécurité sociale. Pour la première année du contrat, le montant des dépenses constituant l'objectif à atteindre est calculé en appliquant le taux cible fixé au contrat pour l'année considérée au montant des dépenses constatées l'année précédente.

Pour les deux années suivantes, le montant des dépenses constituant l'objectif à atteindre est calculé en appliquant le taux cible fixé au contrat pour les années considérées au montant des dépenses constituant l'objectif à atteindre de l'année précédente.

5.2. Evaluation

A chaque date anniversaire d'entrée en vigueur du présent contrat, l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie évalue le niveau d'atteinte des objectifs fixés. L'évaluation s'établit en référence au montant des dépenses constituant l'objectif à atteindre de l'année précédente.

Article 6

Modalités de mise en œuvre du mécanisme de reversement ou d'intéressement

En fonction du niveau d'atteinte de l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport pour l'année considérée, l'établissement peut être enjoint par l'ARS, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, de reverser à l'organisme local d'assurance maladie une partie du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables ou peut bénéficier d'un intéressement par versement de l'organisme local d'assurance maladie, sur injonction de l'ARS d'une partie des économies qu'il aura générées.

L'appréciation de l'atteinte de l'objectif, prend en compte d'éventuelles modifications d'activités telles que la fermeture ou l'ouverture d'un service ou toute autre modification ayant un effet significatif sur l'activité de l'établissement de santé.

Lorsque le résultat est conforme à l'objectif fixé, il n'y a ni reversement ni intéressement.

6.1. Détermination du montant de reversement à l'assurance maladie

Lorsque le montant des dépenses de transport de l'établissement constaté pour l'année considérée est supérieur au montant cible fixé au contrat pour cette même année, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'établissement de santé de reverser à l'organisme local d'assurance maladie un montant correspondant à une fraction du dépassement entre le montant constaté pour l'année considérée et le montant cible.

Cette fraction est déterminée en prenant en compte la nature et l'importance des manquements de l'établissement à ses engagements figurant à l'article 3 du contrat (), dans la limite de 70 % du dépassement entre le montant constaté pour l'année considérée et le montant cible. Les modalités de calculs de ce plafond sont détaillées à l'annexe 2.

Afin de moduler le montant du reversement en fonction de l'atteinte des autres objectifs fixés au présent contrat, un coefficient de pondération peut être fixé dans le plan d'actions figurant à l'annexe 3.

6.2. Détermination du montant de l'intéressement versé à l'établissement

Lorsque le montant des dépenses de transport de l'établissement constaté pour l'année considérée est inférieur au montant cible fixé au contrat pour cette même année, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une contrepartie financière plafonnée à 30 % des économies réalisées, correspondant au différentiel entre le montant des dépenses de transport cible et le montant des dépenses constatées pour l'année considérée.

Cette contrepartie financière est déterminée en prenant en compte le respect et la réalisation des engagements de l'établissement figurant au contrat.

Afin de moduler le montant de l'intéressement en fonction de l'atteinte ou du non-respect des autres objectifs fixés au présent contrat, un coefficient de pondération peut être fixé dans le plan d'actions figurant à l'annexe 3.

Article 7

Modalités de révision

Le contrat peut faire l'objet d'ajustements par voie d'avenant annuel en fonction des résultats des évaluations annuelles, du taux mentionné à l'article R. 322-11 du code de la sécurité sociale ou en cas de modification substantielle du périmètre d'activité de l'établissement.

L'avenant est proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat, et il est conforme à l'avenant type et aux avenants modifiant les objectifs, publiés au *Journal officiel*.

Article 8

Résiliation

Chacune des parties peut résilier son engagement à tout moment en cas de :

- non-respect des engagements de l'accord du fait d'une des autres parties ;
- modifications substantielles législatives, réglementaires ou modifications des référentiels.

La partie signataire notifie sa décision de résilier le présent contrat par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires de l'accord. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis de deux mois.

En cas de résiliation et de révision de l'accord, toutes les mesures seront prises en temps utile pour que les actions en cours soient menées à leur terme.

Article 9

Voies de recours

En cas de contestation du reversement, 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 deux mois à compter de la réception de la notification de la décision contestée.

En cas de contestation sur le montant du reversement ou de ses modalités de recouvrement ou sur le montant de l'intéressement l'établissement peut saisir dans le même délai et la même forme le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Fait à, le

Pour l'agence régionale de santé :

Pour l'organisme local d'assurance maladie :

Pour l'établissement de santé :

*Annexe 1***Objectifs de l'établissement**

Etablissement de santé

Numéro FINESS :

Date de signature du contrat : Date d'effet du contrat :

Taux d'évolution des dépenses de transports à atteindre par l'établissement.

Le montant de référence a été calculé sur la base des dépenses de transport 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 sur l'année civile antérieure (année Réf) à l'année de signature (année 1).

Montant de référence des dépenses (année Réf) : MTréf en €.

Taux d'évolution de référence observé (évolution entre l'année de réf et année Réf-1) : Xréf en %.

Le montant des dépenses à atteindre chaque année d'application du contrat et résultant de l'application du taux d'évolution cible est défini ci-après comme le « montant cible des dépenses », soit :

Montant cible des dépenses de l'année 1 : MTc 1 en €.

L'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses est défini ci-après comme le « taux cible d'évolution » :

1. Année 1 : période du au :

Taux cible d'évolution **Xc 1** = %.

Le montant cible des dépenses de l'année 1 :

MTc 1 = €.

2. Année 2 : période du au :

Taux cible d'évolution **Xc 2** = %.

Le montant cible des dépenses de l'année 2 :

MTc 2 = €.

3. Année 3 : période du au :

Taux cible d'évolution **Xc 3 =** %.

Le montant cible des dépenses de l'année 3 :

MTc 3 = €.

L'établissement est évalué sur la base de ces objectifs pour déterminer si un intéressement ou un reversement sera appliqué.

Les indicateurs des pratiques hospitalières en matière de prescriptions de transport permettant d'évaluer la mise en œuvre des engagements de l'établissement sont mentionnés dans le plan d'action à l'annexe 3.

Un coefficient peut être attribué à chacun de ces indicateurs et permettre ainsi de déterminer la fraction des dépenses de transport qui constituera le montant de l'intéressement ou du reversement selon les cas (cf. annexe 2).

Annexe 2**Note méthodologique***1. Mode de calcul du taux d'évolution cible des dépenses de transport de l'établissement*

Le montant de dépenses cible de l'année 1 (MTc1) correspond au taux d'évolution cible Xc1 en % appliqué au montant de référence (MTréf).

Le montant de dépenses cible de l'année 2 (MTc2) correspond au taux d'évolution cible Xc2 en % appliqué au montant de dépenses cible de l'année 1 (MTc1).

Le montant de dépenses cible de l'année 3 MTc3 correspond au taux d'évolution cible Xc3 en % appliqué au montant de dépenses cible de l'année 2 (MTc2).

Le montant des dépenses constaté chaque année est défini sous les termes « MT (année) ».

Les taux d'évolution cibles fixés pour la période du contrat doivent être déterminés au regard des moyens d'action pouvant être mis en œuvre par l'établissement compte tenu du diagnostic initial.

2. Détermination du plafond de reversement ou de l'intéressement

Soit

MTc1 = Montant des dépenses cible de l'année 1.

MT1 = Montant des dépenses constaté de l'année 1.

La détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 1 s'effectue à la date anniversaire de la souscription au contrat en année 2. Le montant des dépenses de transport constaté pour l'année 1 (MT1) est comparé au montant des dépenses de transport cible MTc1 pour l'année 1 afin de vérifier si le taux cible fixé Xc1 en % par le contrat est respecté.

a) Mécanisme de reversement :

Si l'établissement n'a pas atteint son objectif ($MT1 > MTc1$), le montant du reversement R est calculé de la façon suivante :

Soit **D le montant de dépassement =**

Montant des dépenses observé de l'année 1 – Montant des dépenses cible de l'année 1
= $MT1 - MTc1$.

Le reversement maximal est calculé de la façon suivante :

Rmax = D × 70 %.

Le montant du reversement R est déterminé en tenant compte du respect des engagements de l'établissement prévus à l'article 3 et est plafonné au montant maximal Rmax.

b) Mécanisme d'intéressement :

Si l'établissement a dépassé son objectif ($MT1 < MTc1$), le montant de l'intéressement I est calculé de la façon suivante :

Soit **E le montant d'économies =**

Montant des dépenses cible de l'année 1. – Montant des dépenses constaté de l'année 1.
= $MTc1 - MT1$.

L'intéressement maximal est calculé de la façon suivante :

Imax = E × 30 %.

Le montant de l'intéressement I est déterminé en tenant compte du respect des engagements de l'établissement prévus à l'article 3 et est plafonné au montant maximal Imax.

Pour les années suivantes, le mode de calcul du montant du reversement ou de l'intéressement est identique :

- la détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 2 s'effectue à la date anniversaire de la souscription au contrat en année 3. Le montant des dépenses de transport constaté pour l'année 2 (MT2) est comparé au montant des dépenses de transport cible MTc2 pour l'année 2 afin de vérifier si le taux cible fixé Xc2 en % par le contrat est respecté ;
- la détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 3 s'effectue à la date anniversaire de la souscription au contrat en année 4. Le montant des dépenses de transport constaté pour l'année 3 (MT3) est comparé au montant des dépenses de transport cible MTc3 pour l'année 3 afin de vérifier si le taux cible fixé Xc3 % au contrat est respecté.

3. Détermination du montant du reversement ou de l'intéressement

Le montant du reversement ou de l'intéressement est fixé dans la limite du plafond ci-dessus énoncé, par le directeur général de l'ARS en fonction de l'atteinte par l'établissement de ses engagements inscrits dans le plan d'actions de l'annexe 3.

Les engagements qualitatifs et quantitatifs peuvent se voir attribuer un coefficient pour scorer les objectifs et pondérer le montant du reversement ou de l'intéressement en fonction des atteintes ou des manquements constatés.

Ces coefficients sont déterminés lors de la réalisation du plan d'action, conjointement par l'ARS, l'organisme local d'assurance maladie et l'établissement.

Annexe 3

Plan d'actions

Département :

Nom de l'établissement :

Numéro FINESS :

Date :

Exemple d'actions pouvant figurer dans le plan d'actions élaboré avec l'établissement

OBJECTIFS D'AMÉLIORATION des bonnes pratiques fixés au contrat type	ACTEURS	INTERLOCUTEURS concernés	MOYENS HUMAINS, ORGANISATIONNELS, techniques, financiers	INDICATEURS DE SUIVI	PLANNING prévisionnel (à préciser pour chaque action)	COEFFICIENT
1. Définir les actions prioritaires après bilan de la gestion des transports dans l'établissement						
1.1. Informer l'établissement et diffuser le guide ANAP « Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé » publié en mai 2013	ARS	Etablissement				
1.2. Etablir un bilan de la gestion des transports par l'établissement et définir les actions à mettre en œuvre	Etablissement ANAP et ARS	Etablissement	Autoévaluation de l'établissement grâce à l'outil QuickEval de l'ANAP et notamment sur les pratiques de prescription en matière de séries de transports	Réalisation de l'autodiagnostic Propositions d'actions d'amélioration du processus de prescriptions de transport		
2. Faire respecter les règles de prescription et notamment celle du transport le moins onéreux						
2.1. Mettre en place des réunions d'information avec les responsables de pôles sur l'application du référentiel de prescription, sur les tarifs des différents transports	Etablissement	Chefs de service prescripteurs Autres personnels impliqués	Organisation de réunions pour les responsables de service et autres personnel impliqué dans la gestion des transports (appui le cas échéant de l'AM) Réalisation d'une information interne, sur la signature par l'établissement d'un CAQOS, rappelant les règles de prescription et les conditions de prise en charge par l'assurance maladie	Nb de réunions ou actions de sensibilisation/an : au moins deux réunions par an Rappel des consignes en réunion		
2.2. Diffuser et expliquer les référentiels, les règles et les procédures de prescriptions	Etablissement	Services prescripteurs	Libération d'un temps de réunion Travail d'information à réaliser en lien avec l'assurance maladie (mémo et autres outils CPAM/CGSS)	Nb de réunions de rappel à la réglementation et nb de mémos diffusés Nb de PS impliqués dans la démarche/nb de prescripteurs de transport		
2.3. Améliorer la répartition des transports entre ambulance et TAP	Etablissement	Services prescripteurs	Analyse des prescriptions sur la base des deux indicateurs	Part des dépenses de transports en ambulance sur le total des dépenses de transport Part des patients transportés en ambulance sur le nombre total de patients transportés		

OBJECTIFS D'AMÉLIORATION des bonnes pratiques fixés au contrat type	ACTEURS	INTERLOCUTEURS concernés	MOYENS HUMAINS, ORGANISATIONNELS, techniques, financiers	INDICATEURS DE SUIVI	PLANNING prévisionnel (à préciser pour chaque action)	COEFFICIENT
2.4. Favoriser la prescription des transports en véhicule personnel/transport en commun en fonction de l'état du patient	Etablissement	Services prescripteurs de transport		Part des dépenses de transport en véhicules personnel et de transport en commun sur le total des dépenses de transport		
3. Améliorer l'organisation, la traçabilité et le suivi des prescriptions de transport						
3.1. Respecter l'obligation d'indiquer sur le formulaire de prescription médicale de transport ou de demande d'accord préalable, le numéro du répertoire partagé des professionnels de santé du prescripteur (RPPS) et le numéro FINESS actualisé	Etablissement CPAM/CGSS	Les services prescripteurs de transport	Création de fiche mémo sur le RPPS ou recours de ce numéro dans les fichiers RH de l'établissement Action de sensibilisation des PS à réaliser en lien avec l'assurance maladie Utilisation du nouveau formulaire CERFA de prescription médicale de transports ou de demande d'accord préalable	Qualité de l'identification Taux de prescriptions comportant numéro RPPS et numéro FINESS renseignés et corrects		
3.2. Respecter le caractère préalable de la prescription notamment pour les rendez-vous de suivi	Etablissement	Services prescripteurs de transport		Taux de prescriptions <i>a priori</i> pour les rendez-vous de suivi (avant la date du RV)		
3.3. Améliorer l'organisation interne des transports liés à la sortie d'hospitalisation	Etablissement	Services prescripteurs de séries de transports	Procédure de gestion des sorties : intégration de l'organisation de la sortie, dès l'entrée pour favoriser le retour à domicile en véhicule personnel lorsque cela est possible. pour respecter le choix du patient en termes de société de transport et assurer l'équité du recours aux sociétés de transport. Procédure de gestion centralisée de la prescription /commande de transports Procédure de mise en œuvre d'une plateforme de gestion du recours aux transports conformes à l'état de santé du patient (cahier des charges et autres outils CPAM/CGSS) Participation au programme ANAP d'accompagnement des établissements de santé	Intégration d'une rubrique dans le dossier patient Taux de personnes accompagnantes enregistrées Poids des remboursements de transports en VP/TC en sortie d'hospitalisation Existence ou acquisition d'un logiciel dédié à la gestion des prescriptions Accompagnement ANAP		
3.4. Améliorer la gestion des transports itératifs des patients	Etablissement		Réalisation d'un diagnostic par l'établissement sur les pratiques de prescription en matière de séries de transports Regroupement des rendez-vous médicaux d'un même patient Prise en compte de la destination des patients transportés Anticipation des transports de l'établissement Mise en place transport partagé/ covoiturage	Part des dépenses de transports en ambulance sur le total des dépenses de transport Part des patients transportés en ambulance sur le nombre total de patients transportés Nombre de transports prévus avant 24 h sur nombre total de transport Nombre de trajets avec transport partagé/nombre de trajets)		
4. Sensibiliser les patients						

OBJECTIFS D'AMÉLIORATION des bonnes pratiques fixés au contrat type	ACTEURS	INTERLOCUTEURS concernés	MOYENS HUMAINS, ORGANISATIONNELS, techniques, financiers	INDICATEURS DE SUIVI	PLANNING prévisionnel (à préciser pour chaque action)	COEFFICIENT
4.1. Diffuser et expliquer les règles de prescription et de prise en charge d'un transport (mode de transport le moins coûteux adapté à l'état de santé des patients)	Etablissement	Patients	Diffusion d'affiches rappelant les modes de transport pris en charge en fonction de l'état de santé et les conditions d'établissement d'une prescription (médicale, préalable au transport...) en lien avec les CPAM/CGSS	Nombre de mémos diffusés auprès des patients		
5. Agir auprès des transporteurs						
5.1. Mener des actions auprès des transporteurs pour renforcer la démarche de l'établissement	CPAM/CGSS	Transporteurs	Rappel des référentiels et des règles de prise en charge La CPAM doit en commission paritaire locale : - informer les représentants des transporteurs de la signature du CAQOS - rappeler la nécessité de renseigner le numéro RPPS sur la facture	Nombre de réunions ou actions de sensibilisation/an		
5.2. Améliorer la qualité de service des transporteurs	Etablissement CPAM/CGSS ARS	Ensemble des services	Mise en place avec la CPAM/CGSS et l'ARS : - d'un recensement des manquements des transporteurs - d'une charte de qualité des relations entre ES et transporteurs	Signalements transmis et charte mise en œuvre		
6. Actions spécifiques pour l'activité de dialyse (en sus des actions décrites ci-dessus)						
6.1. Améliorer le processus de prescription des transports relatifs aux séances de dialyse	Etablissement	Services prescripteurs de séries de transports	Diminution du recours à l'ambulance sur la base des profils dialyse	Nombre de transports en ambulance (comparaison par rapport au niveau national) Taux de recours à l'ambulance		
6.2. Participer aux expérimentations locales, et notamment : - expérimentation carte de transports assis - expérimentation VP/TC	Etablissement	C P A M / C G S S expérimentatrices	Signature du protocole Réunions de présentation du dispositif Diffusion du dépliant accompagnant le formulaire de prise en charge	Nombre de formulaires de prescription (PMT) simplifiés délivrés par les ES		
7. Suivi du plan d'actions						
7.1. Suivre en commun les différentes actions	Etablissement CPAM/CGSS ARS	Etablissement CPAM/CGSS ARS	Suivi de la réalisation des actions Suivi statistique et transmission de données périodiques de remboursements de transports prescrits par l'établissement	Evaluation au regard des éléments statistiques produits par l'assurance maladie Points infra-annuels pour analyse des résultats et détermination d'actions correctives		

ANNEXE 3

AVENANT TYPE MODIFIANT LES OBJECTIFS DU CONTRAT D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'ORGANISATION DES SOINS À DESTINATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET PORTANT SUR L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE TRANSPORT

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)
 représentée par

Et

L'établissement de santé :

..... (nom de l'organisme)
 (adresse)
 représentée par

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1435-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 322-5-5 et R. 322-11 et suivants ;

Vu l'arrêté du XXXX fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville pour la période allant du 1^{er} janvier XXXX au 31 décembre XXXX ;

Vu l'arrêté du 7 avril 2015 fixant le montant de dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Vu la décision du 19 juin 2015 fixant le contrat type et les modèles d'avenant mentionnés à l'article L.322-5-5 du code de la sécurité sociale ;

Vu le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les dépenses de transports du ,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Actualisation des taux cibles et des objectifs qualitatifs portant sur les pratiques hospitalières en matière de prescription de transport portés au contrat

Conformément aux dispositions des articles 5 et 7 du contrat susvisé et au vu de l'évaluation annuelle du niveau d'atteinte des objectifs fixés *et/ou* de la variation du taux arrêté annuellement par l'Etat, les taux annuels cibles *et/ou* les engagements de l'établissement mentionnés à l'article 3 et énumérés dans le plan d'actions de l'annexe 3 du contrat sont révisés.

Les objectifs d'évolution des dépenses de transports sont fixés en annexe 1 du présent avenant.

Les objectifs d'amélioration des bonnes pratiques fixés au contrat type sont fixés dans le plan d'actions de l'annexe 3.

Article 2

Reversement à l'assurance maladie

Le reversement est calculé, pour l'année de signature de l'avenant, au prorata de la période débutant à la date de d'entrée en vigueur de l'avenant jusqu'au 31 décembre de la même année.

Fait à, le

Pour l'agence régionale de santé :

Pour l'organisme local d'assurance maladie concerné :

Pour l'établissement de santé :

Annexe 1

Objectifs de l'établissement

Etablissement de santé

Numéro FINESS :

Date de signature du contrat : Date d'effet du contrat :

Taux d'évolution des dépenses de transports à atteindre par l'établissement.

Le montant de référence a été calculé sur la base des dépenses de transport 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 sur l'année civile antérieure (année Réf) à l'année de signature (année 1).

Montant de référence des dépenses (année Réf) : MTréf en €.

Taux d'évolution de référence observé (évolution entre l'année de réf et année Réf-1) : Xréf en %.

Le montant des dépenses à atteindre chaque année d'application du contrat et résultant de l'application du taux d'évolution cible est défini ci-après comme le « montant cible des dépenses », soit :

Montant cible des dépenses de l'année 1 : MTc 1 en €.

L'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses est défini ci-après comme le « taux cible d'évolution » :

1. Année 1 : période du au :

Taux cible d'évolution **Xc 1** = %.

Le montant cible des dépenses de l'année 1 :

MTc 1 = €.

2. Année 2 : période du au %.

Taux cible d'évolution **Xc 2** = %.

Le montant cible des dépenses de l'année 2 :

MTc 2 = €.

3. Année 3 : période du au :

Taux cible d'évolution **Xc 3** = %.

Le montant cible des dépenses de l'année 3 :

MTc 3 = €.

L'établissement est évalué sur la base de ces objectifs pour déterminer si un intéressement ou un reversement seront appliqués.

Les indicateurs des pratiques hospitalières en matière de prescriptions de transport permettant d'évaluer la mise en œuvre des engagements de l'établissement sont mentionnés dans le plan d'action à l'annexe 3.

Un coefficient peut être attribué à chacun de ces indicateurs et permettre de déterminer la fraction des dépenses de transport qui constituera le montant de l'intéressement ou du reversement selon les cas (cf. annexe 2).

Annexe 2

Note méthodologique

1. Mode de calcul du taux d'évolution cible des dépenses de transport de l'établissement

Le montant de dépenses cible de l'année 1 (MTc1) correspond au taux d'évolution cible Xc1 en % appliqué au montant de référence (MTréf).

Le montant de dépenses cible de l'année 2 (MTc2) correspond au taux d'évolution cible Xc2 en % appliqué au montant de dépenses cible de l'année 1 (MTc1).

Le montant de dépenses cible de l'année 3 MTc3 correspond au taux d'évolution cible Xc3 en % appliqué au montant de dépenses cible de l'année 2 (MTc2).

Le montant des dépenses constaté chaque année est défini sous les termes « MT (année) ».

Les taux d'évolution cibles fixés pour la période du contrat doivent être déterminés au regard des moyens d'action pouvant être mis en œuvre par l'établissement compte tenu du diagnostic initial.

2. Détermination du plafond de reversement ou de l'intéressement

Soit

MTc1= Montant des dépenses cible de l'année 1

MT1 = Montant des dépenses constaté de l'année 1

La détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 1 s'effectue à la date anniversaire de la souscription au contrat en année 2. Le montant des dépenses de transport constaté pour l'année 1 (MT1) est comparé au montant des dépenses de transport cible MTc1 pour l'année 1 afin de vérifier si le taux cible fixé Xc1 en % par le contrat est respecté.

a) Mécanisme de reversement.

Si l'établissement n'a pas atteint son objectif ($MT1 > MTc1$), le montant du reversement R est calculé de la façon suivante :

Soit **D le montant de dépassement** =

Montant des dépenses observé de l'année 1 – Montant des dépenses cible de l'année 1
= $MT1 - MTc1$.

Le reversement maximal est calculé de la façon suivante :

Rmax = D × 70 %.

Le montant du reversement R est déterminé en tenant compte du respect des engagements de l'établissement prévus à l'article 3 et est plafonné au montant maximal Rmax.

b) Mécanisme d'intéressement :

Si l'établissement a dépassé son objectif ($MT1 < MTc1$), le montant de l'intéressement I est calculé de la façon suivante :

Soit **E le montant d'économies** =

Montant des dépenses cible de l'année 1 – Montant des dépenses constaté de l'année 1
= $MTc1 - MT1$.

L'intéressement maximal est calculé de la façon suivante :

I_{max} = E × 30 %

Le montant de l'intéressement I est déterminé en tenant compte du respect des engagements de l'établissement prévus à l'article 3 et est plafonné au montant maximal I_{max}.

Pour les années suivantes, le mode de calcul du montant du reversement ou de l'intéressement est identique :

- la détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 2 s'effectue à la date anniversaire de la souscription au contrat en année 3. Le montant des dépenses de transport constaté pour l'année 2 ($MT2$) est comparé au montant des dépenses de transport cible $MTc2$ pour l'année 2 afin de vérifier si le taux cible fixé $Xc2$ en % par le contrat est respecté ;
- la détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 3 s'effectue à la date anniversaire de la souscription au contrat en année 4. Le montant des dépenses de transport constaté pour l'année 3 ($MT3$) est comparé au montant des dépenses de transport cible $MTc3$ pour l'année 3 afin de vérifier si le taux cible fixé $Xc3$ % au contrat est respecté.

3. Détermination du montant du reversement ou de l'intéressement

Le montant du reversement ou de l'intéressement est fixé dans la limite du plafond ci-dessus énoncé, par le directeur général de l'ARS en fonction de l'atteinte par l'établissement de ses engagements inscrits dans le plan d'actions de l'annexe 3.

Les engagements qualitatifs et quantitatifs peuvent se voir attribuer un coefficient pour scorer les objectifs et pondérer le montant du reversement ou de l'intéressement en fonction des atteintes ou des manquements constatés.

Ces coefficients sont déterminés lors de la réalisation du plan d'action, conjointement par l'ARS, l'organisme local d'assurance maladie et l'établissement.

Annexe 3 Plan d'actions

Département :

Nom de l'établissement :

Numéro FINESS :

Date :

Exemple d'actions pouvant figurer dans le plan d'actions élaboré avec l'établissement

OBJECTIFS D'AMÉLIORATION des bonnes pratiques fixés au contrat type	ACTEURS	INTERLOCUTEURS concernés	MOYENS HUMAINS, ORGANISATIONNELS, techniques, financiers	INDICATEURS DE SUIVI	PLANNING prévisionnel (à préciser pour chaque action)	COEFFICIENT
1. Définir les actions prioritaires après bilan de la gestion des transports dans l'établissement						
1.1. Informer l'établissement et diffuser le guide ANAP « Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé » publié en mai 2013	ARS	Etablissement				
1.2. Etablir un bilan de la gestion des transports par l'établissement et définir les actions à mettre en œuvre	Etablissement ANAP et ARS	Etablissement	Autoévaluation de l'établissement grâce à l'outil QuickEval de l'ANAP et notamment sur les pratiques de prescription en matière de séries de transports	Réalisation de l'autodiagnostic Propositions d'actions d'amélioration du processus de prescriptions de transport		
2. Faire respecter les règles de prescription et notamment celle du transport le moins onéreux						
2.1. Mettre en place des réunions d'information avec les responsables de pôles sur l'application du référentiel de prescription, sur les tarifs des différents transports	Etablissement	Chefs de services prescripteurs Autres personnels impliqués	Organisation de réunions pour les responsables de service et autres personnel impliqué dans la gestion des transports (appui le cas échéant de l'AM) Réalisation d'une information interne, sur la signature par l'établissement d'un CAQOS, rappelant les règles de prescription et les conditions de prise en charge par l'assurance maladie	Nb de réunions ou actions de sensibilisation/an : au moins deux réunions par an Rappel des consignes en réunion		
2.2. Diffuser et expliquer les référentiels, les règles et les procédures de prescriptions	Etablissement	Services prescripteurs	Libération d'un temps de réunion Travail d'information à réaliser en lien avec l'assurance maladie (mémo et autres outils CPAM/CGSS)	Nb de réunions de rappel à la réglementation et nb de mémos diffusés Nb de PS impliqués dans la démarche/nb de prescripteurs de transport		
2.3. Améliorer la répartition des transports entre ambulance et TAP	Etablissement	Services prescripteurs	Analyse des prescriptions sur la base des deux indicateurs	Part des dépenses de transports en ambulance sur le total des dépenses de transport Part des patients transportés en ambulance sur le nombre total de patients transportés		

OBJECTIFS D'AMÉLIORATION des bonnes pratiques fixés au contrat type	ACTEURS	INTERLOCUTEURS concernés	MOYENS HUMAINS, ORGANISATIONNELS, techniques, financiers	INDICATEURS DE SUIVI	PLANNING prévisionnel (à préciser pour chaque action)	COEFFICIENT
2.4. Favoriser la prescription des transports en véhicule personnel/transport en commun en fonction de l'état du patient	Etablissement	Services prescripteurs de transport		Part des dépenses de transport en véhicules personnel et de transport en commun sur le total des dépenses de transport		
3. Améliorer l'organisation, la traçabilité et le suivi des prescriptions de transport						
3.1. Respecter l'obligation d'indiquer sur le formulaire de prescription médicale de transport ou de demande d'accord préalable, le numéro du répertoire partagé des professionnels de santé du prescripteur (RPPS) et le numéro FINESS actualisé	Etablissement CPAM/CGSS	Les services prescripteurs de transport	Création de fiche mémo sur le RPPS ou recours de ce numéro dans les fichiers RH de l'établissement Action de sensibilisation des PS à réaliser en lien avec l'assurance maladie Utilisation du nouveau formulaire CERFA de prescription médicale de transports ou de demande d'accord préalable	Qualité de l'identification Taux de prescriptions comportant numéro RPPS et numéro FINESS renseignés et corrects		
3.2. Respecter le caractère préalable de la prescription notamment pour les rendez-vous de suivi	Etablissement	Services prescripteurs de transport		Taux de prescriptions a priori pour les rendez-vous de suivi (avant la date du RV)		
3.3. Améliorer l'organisation interne des transports liés à la sortie d'hospitalisation	Etablissement	Services prescripteurs de séries de transports	Procédure de gestion des sorties : intégration de l'organisation de la sortie, dès l'entrée pour favoriser le retour à domicile en véhicule personnel lorsque cela est possible. pour respecter le choix du patient en termes de société de transport et assurer l'équité du recours aux sociétés de transport. Procédure de gestion centralisée de la prescription /commande de transports Procédure de mise en œuvre d'une plateforme de gestion du recours aux transports conformes à l'état de santé du patient (cahier des charges et autres outils CPAM/CGSS) Participation au programme ANAP d'accompagnement des établissements de santé	Intégration d'une rubrique dans le dossier patient Taux de personnes accompagnantes enregistrées Poids des remboursements de transports en VP/TC en sortie d'hospitalisation Existence ou acquisition d'un logiciel dédié à la gestion des prescriptions Accompagnement ANAP		
3.4. Améliorer la gestion des transports itératifs des patients	Etablissement		Réalisation d'un diagnostic par l'établissement sur les pratiques de prescription en matière de séries de transports Regroupement des rendez-vous médicaux d'un même patient Prise en compte de la destination des patients transportés Anticipation des transports de l'établissement Mise en place transport partagé/covoiturage	Part des dépenses de transports en ambulance sur le total des dépenses de transport Part des patients transportés en ambulance sur le nombre total de patients transportés Nombre de transports prévus avant 24 h sur nombre total de transport Nombre de trajets avec transport partagé/nombre de trajets)		
4. Sensibiliser les patients						

OBJECTIFS D'AMÉLIORATION des bonnes pratiques fixés au contrat type	ACTEURS	INTERLOCUTEURS concernés	MOYENS HUMAINS, ORGANISATIONNELS, techniques, financiers	INDICATEURS DE SUIVI	PLANNING prévisionnel (à préciser pour chaque action)	COEFFICIENT
4.1. Diffuser et expliquer les règles de prescription et de prise en charge d'un transport (mode de transport le moins coûteux adapté à l'état de santé des patients)	Etablissement	Patients	Diffusion d'affiches rappelant les modes de transport pris en charge en fonction de l'état de santé et les conditions d'établissement d'une prescription (médicale, préalable au transport...) en lien avec les CPAM	Nombre de mémos diffusés auprès des patients		
5. Agir auprès des transporteurs						
5.1. Mener des actions auprès des transporteurs pour renforcer la démarche de l'établissement	CPAM/CGSS	Transporteurs	Rappel des référentiels et des règles de prise en charge La CPAM doit en commission paritaire locale : - informer les représentants des transporteurs de la signature du CAQOS - rappeler la nécessité de renseigner le numéro RPPS sur la facture	Nombre de réunions ou actions de sensibilisation/an		
5.2. Améliorer la qualité de service des transporteurs	Etablissement CPAM/CGSS ARS	Ensemble des services	Mise en place avec la CPAM et l'ARS : - d'un recensement des manquements des transporteurs - d'une charte de qualité des relations entre ES et transporteurs	Signalements transmis et charte mise en œuvre		
6. Actions spécifiques pour l'activité de dialyse (en sus des actions décrites ci-dessus)						
6.1. Améliorer le processus de prescription des transports relatifs aux séances de dialyse	Etablissement	Services prescripteurs de séries de transports	Diminution du recours à l'ambulance sur la base des profils dialyse	Nombre de transports en ambulance (comparaison par rapport au niveau national). Taux de recours à l'ambulance		
6.2. Participer aux expérimentations locales, et notamment : - expérimentation carte de transports assis - expérimentation VP/TC	Etablissement	CPAM/CGSS expérimentatrices	Signature du protocole Réunions de présentation du dispositif Diffusion du dépliant accompagnant le formulaire de prise en charge	Nombre de formulaires de prescription (PMT) simplifiés délivrés par les ES		
7. Suivi du plan d'actions						
7.1. Suivre en commun les différentes actions	Etablissement CPAM/CGSS ARS	Etablissement CPAM/CGSS ARS	Suivi de la réalisation des actions Suivi statistique et transmission de données périodiques de remboursements de transports prescrits par l'établissement	Evaluation au regard des éléments statistiques produits par l'assurance maladie Points infra-annuels pour analyse des résultats et détermination d'actions correctives		