

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 24 septembre 2021 modifiant l'arrêté du 27 avril 2017 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

NOR : SSAS2121070A

Le ministre des solidarités et de la santé,
Vu le code de la santé publique
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-30-2 et D. 162-14 ;
Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, notamment son article 64 ;
Vu l'arrêté du 27 avril 2017 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 ;
Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole en date 30 juin 2021 ;
Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 6 juillet 2021,

Arrête :

Art. 1^{er}. – L'annexe de l'arrêté du 27 avril 2017 susvisé est remplacée par l'annexe du présent arrêté.

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 24 septembre 2021.

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service
adjointe au directeur de la sécurité sociale,*
M. KERMOAL-BERTHOME

La directrice générale de l'offre des soins,
K. JULIENNE

ANNEXE

CONTRAT D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICACITÉ DES SOINS

Entre les soussignés :

L'agence régionale de santé (ARS) :

(nom de l'organisme),

(adresse)

Représentée par

L'organisme local d'assurance maladie :

(nom de l'organisme),

(adresse)

Représenté par

Et

L'établissement de santé (entité juridique) :

(nom de l'organisme),

(adresse)

Représenté par

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-30-2 à L. 162-30-4 ;

Vu l'arrêté du 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 du fixant la liste des actes, prestations ;
Vu l'arrêté relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale en date du ;
Vu le plan régional de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins ;
Vu le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ;
Vu l'avis de la conférence médicale d'établissement ou commission médicale d'établissement.

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le contrat d'amélioration de la qualité et d'efficacité des soins s'inscrit dans une démarche globale de recherche de pertinence, d'efficacité 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'efficacité des soins.

Ce contrat peut comporter un ou plusieurs volets relatifs, premièrement au bon usage des médicaments, produits et des prestations, deuxièmement à l'amélioration de l'organisation des soins portant notamment sur les transports, et troisièmement à la promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations. Ce troisième volet peut comprendre, le cas échéant, une partie dédiée au dispositif décrit par l'article D. 162-16-1 du code de la sécurité sociale.

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. 162-30-3 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^{er}

Le présent contrat concerne l'(ou les) entité(s) géographique(s) suivante(s) (ciblées par au moins un indicateur) :

Nom de l'entité géographique n° 1

Adresse de l'entité géographique

n° de FINESS géographique

[Nom de l'entité géographique n° 2

Adresse de l'entité géographique

n° de FINESS géographique]

...

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 la pertinence des soins et des prescriptions et de maîtrise des dépenses qu'il leur est demandé d'atteindre sur la base d'un constat partagé.

Ce contrat est établi avec l'établissement ciblé pour le ou les volets suivants (*à préciser*) :

- le bon usage des médicaments, des produits et des prestations
- l'amélioration de l'organisation des soins portant notamment sur les transports
- la promotion de la pertinence des actes, des prescriptions et des prestations

Article 3

Durée du contrat

Le présent contrat est signé pour une durée maximale de 5 ans et entre en vigueur au 1^{er} janvier suivant la date de signature.

Tout avenant au présent contrat entre également en vigueur au 1^{er} 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) concernées 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'Etat 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

et/ou

- des référentiels régionaux définis par l'agence régionale de santé, notamment le PAPRAPS publié par arrêté du directeur général de l'Agence régional de santé en date du

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 X 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 XX 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 :

Modalités de ciblage à préciser à l'appréciation des ARS et des organismes locales d'Assurance maladie.

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 permettant d'évaluer les progrès de l'établissement est obligatoirement annexé au contrat. Cette annexe est adaptée et complétée, le cas échéant, par les signataires pour tenir compte de la situation de l'établissement.

L'évaluation de l'atteinte des engagements de l'établissement est prise en compte dans la détermination du montant 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

Evaluation

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 à reporter dans la grille annexée au contrat.

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

Article 1^{er}

Le présent volet concerne l'(ou les) entité(s) géographique(s) suivante(s) (ciblée(s) par au moins un indicateur) :

Nom de l'entité géographique n° 1
 Adresse de l'entité géographique
 n° de FINESS géographique
 [Nom de l'entité géographique n° 2
 Adresse de l'entité géographique
 n° de FINESS géographique]
 ...

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.

Article 3

Engagements de l'établissement

Sur les indicateurs nationaux :

Entité géographique	Indicateurs nationaux
mentionner Nom + n° FINESS géographique	<p>Mentionner l'(ou les) indicateur(s) national (aux) retenu(s) pour l'entité géographique ciblée</p> <p>a. Les résultats de l'indicateur national retenu relatif à ... (à compléter)</p> <p>- Valeur constatée dans l'établissement :</p> <p>- Valeur cible référentiel :</p> <p>Le cas échéant, mentionner les objectifs annuels de l'établissement sur la durée du contrat.</p> <p>b. Les résultats de l'indicateur national retenu relatif à ... (à compléter ou à retirer)</p> <p>- Valeur constatée dans l'établissement :</p> <p>- Valeur cible référentiel :</p> <p>Le cas échéant, mentionner les objectifs annuels de l'établissement sur la durée du contrat.</p> <p>...</p>
...	...

L'établissement s'engage à améliorer ses pratiques de prescription des produits de santé et prestations susvisés et à atteindre les valeurs cibles indiquées supra, pour chacune des entités géographiques ciblées.

Sur les indicateurs régionaux :

L'établissement s'engage à améliorer ses pratiques de prescriptions de produits de santé sur ces thématiques suivantes, pour chacune des entités géographiques concernées :

Entité géographique	Indicateurs régionaux
mentionner Nom + n° FINESS géographique)	Indiquer le choix des indicateurs régionaux pour laquelle ou lesquelles l'entité géographique a été ciblée (ex : une ou des thématiques arrêtés dans le PAPRAPS).
...	...

Article 4

Evaluation

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 résultant de la somme de ces montants :

Pour a, le montant de l'intéressement correspond à ... % de l'économie réalisée ;

Pour b, le montant de l'intéressement correspond à ... % de l'économie réalisée ;

...

Ces formules sont à modifier suivant le(s) indicateur(s) national(aux) retenu(s)

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

Sur les indicateurs régionaux : (à l'appréciation des ARS)

Sous réserve d'atteinte des objectifs de résultat sur les indicateurs régionaux mentionnés à l'article 3 ci-dessus, les modalités d'intéressement sont définies par les parties contractantes.

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

Volet relatif à l'amélioration de l'organisation des soins

Article 1^{er}

Le présent volet concerne l'(ou les) entité(s) géographique(s) suivante(s) (ciblée(s) par au moins un indicateur) :

Nom de l'entité géographique n° 1

Adresse de l'entité géographique

n° de FINESS géographique

[Nom de l'entité géographique n° 2

Adresse de l'entité géographique

n° de FINESS géographique]

...

Article 2

Objet du volet

Le présent volet fixe les objectifs 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.

Article 3

Engagements de l'établissement

Sur les indicateurs nationaux :

Entité géographique	Indicateurs nationaux
<i>mentionner Nom + n° FINESS géographique</i>	<p><i>Mentionner l'(ou les) indicateur(s) national(aux) retenu(s) pour l'entité géographique ciblée</i></p> <p><i>a. Les résultats de l'indicateur national retenu relatif à ... (à compléter)</i></p> <p>- Valeur constatée dans l'établissement :</p> <p>- Valeur cible référentiel :</p> <p><i>Le cas échéant, mentionner les objectifs annuels de l'établissement sur la durée du contrat.</i></p> <p><i>b. Les résultats de l'indicateur national retenu relatif à ... (à compléter ou à retirer)</i></p> <p>- Valeur constatée dans l'établissement :</p> <p>- Valeur cible référentiel :</p> <p><i>Le cas échéant, mentionner les objectifs annuels de l'établissement sur la durée du contrat.</i></p> <p>...</p>
...	...

L'établissement s'engage à améliorer ses pratiques de prescription et/ou d'organisation des soins susvisés et à atteindre les valeurs cibles indiquées supra, pour chacune des entités géographiques ciblées.

Sur les indicateurs régionaux :

L'établissement s'engage à améliorer ses pratiques de prescription et/ou d'organisation des soins sur ces thématiques suivantes, pour chacune des entités géographiques concernées :

Entité géographique	Indicateurs régionaux
<i>mentionner Nom + n° FINESS géographique)</i>	<i>Indiquer le choix des indicateurs régionaux pour laquelle ou lesquelles l'entité géographique a été ciblée (ex : une ou des thématiques arrêtés dans le PAPRAPS).</i>
...	...

Article 4*Evaluation***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 est éligible à un intéressement résultant de la somme de ces montants :

Pour *a*, le montant de l'intéressement correspond à ... % de l'économie réalisée ;

Pour *b*, le montant de l'intéressement correspond à ...% de l'économie réalisée ;

...

Ces formules sont à modifier suivant le(s) indicateur(s) national(aux) retenu(s)

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

Sur les indicateurs régionaux (à l'appréciation des ARS)

Sous réserve d'atteinte des objectifs de résultat sur les indicateurs régionaux mentionné à l'article 3 ci-dessus, les modalités d'intéressement sont définies par les parties contractantes.

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

Volet à relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé**Article 1^{er}**

Le présent volet concerne l'(ou les) entité(s) géographique(s) suivante(s) (ciblée(s) par au moins un indicateur) :

Nom de l'entité géographique n° 1

Adresse de l'entité géographique

n° de FINESS géographique

[Nom de l'entité géographique n° 2

Adresse de l'entité géographique

n° de FINESS géographique]

...

Article 2*Objet du volet*

Ce présent volet vise à accompagner les professionnels dans la démarche d'amélioration de la pertinence des soins délivrés par l'établissement de santé signataire.

Ainsi, son champ d'application recouvre également les actes, prestations et prescriptions correspondant aux domaines définis comme prioritaires au niveau national ou au niveau régional.

Le cas échéant, il peut également concerner les actes, prestations et prescriptions entrant dans le cadre du dispositif défini par l'article D. 162-16-1 du code de la sécurité sociale (cf. article 5 de ce volet).

Article 3*Engagements de l'établissement***Sur les indicateurs nationaux :**

Entité géographique	Indicateurs nationaux
<i>mentionner Nom + n° FINESS géographique</i>	<p>Mentionner l'(ou les) indicateur(s) national (aux) retenu(s) pour l'entité géographique ciblée</p> <p>a. Les résultats de l'indicateur national retenu relatif à ... (à compléter)</p> <p>- Valeur constatée dans l'établissement :</p> <p>- Valeur cible référentiel :</p> <p><i>Le cas échéant, mentionner les objectifs annuels de l'établissement sur la durée du contrat.</i></p> <p>b. Les résultats de l'indicateur national retenu relatif à ... (à compléter ou à retirer)</p> <p>- Valeur constatée dans l'établissement :</p> <p>- Valeur cible référentiel :</p> <p><i>Le cas échéant, mentionner les objectifs annuels de l'établissement sur la durée du contrat.</i></p> <p>...</p>
...	...

L'établissement s'engage à améliorer la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé susvisés et à atteindre les valeurs cibles indiquées supra, pour chacune des entités géographiques ciblées.

Sur les indicateurs régionaux :

L'établissement s'engage à améliorer la pertinence des soins sur ces thématiques suivantes, pour chacune des entités géographiques concernées :

Entité géographique	Indicateurs régionaux
<i>mentionner Nom + n° FINESS géographique</i>	<i>Indiquer le choix des indicateurs régionaux pour laquelle ou lesquelles l'entité géographique a été ciblée (ex : une ou des thématiques arrêtés dans le PAPRAPS).</i>
...	...

Article 4

Evaluation réalisée hors du cadre du dispositif mentionné par l'article D. 162-16-1 du code de la sécurité sociale

Une évaluation annuelle de l'ensemble des obligations du présent volet distinctes des obligations relatives au dispositif mentionné par l'article D. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est réalisée.

Sur les indicateurs nationaux :

Suivant le taux d'atteinte des objectifs mentionnés sur les indicateurs nationaux 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 est éligible à un intéressement résultant de la somme de ces montants :

Pour *a*, le montant de l'intéressement correspond à ... % de l'économie réalisée ;

Pour *b*, le montant de l'intéressement correspond à ...% de l'économie réalisée ;

Ces formules sont à modifier suivant le(s) indicateur(s) national(aux) retenu(s)

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

Sur les indicateurs régionaux : (à l'appréciation des ARS)

Sous réserve d'atteinte des objectifs de résultat sur les indicateurs régionaux mentionné à l'article 3 ci-dessus, les modalités d'intéressement sont définies par les parties contractantes.

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

Article 5

Evaluation réalisée dans le cadre du dispositif mentionné par l'article D. 162-16-1 du code de la sécurité sociale

L'établissement a été ciblé sur la base de l'arrêté mentionné à l'article D. 162-16-1 du code de la sécurité sociale
Sur la base :

– du bilan régional sur les actes, prestations et prescriptions concernés par l'arrêté du ...relatif au dispositif défini par l'article D. 162-16-1 du code de la sécurité sociale ;

et compte tenu du constat fait par l'agence régionale de santé d'un taux de recours de l'acte, ou prestations ou prescription (*préciser l'acte ou prestation ou prescription concernée*) par l'établissement supérieur à ...

Pour chacun des actes ou prestations ou prescriptions concernés :

Entité géographique	Indicateurs nationaux
<i>mentionner Nom + n° FINESS géographique</i>	<i>Mentionner l'(ou les) acte(s) ou prestation(s) ou prescription(s) concerné(s) pour l'entité géographique ciblée</i> <i>a. Les résultats relatifs à ... (à compléter)</i> <i>- Valeur du recours constatée dans l'établissement :</i> <i>- Valeur cible (=Volume annuel cible attendu) : (préciser à quelle échéance)</i> <i>Mentionner les engagements annuels de l'établissement sur la durée du contrat.</i> <i>b. Les résultats relatifs à ... (à compléter ou à retirer)</i> <i>- Valeur du recours constatée dans l'établissement :</i> <i>- Valeur cible (=Volume annuel cible attendu) : (préciser à quelle échéance)</i> <i>Mentionner les engagements annuels de l'établissement sur la durée du contrat.</i> ...
...	...

Une évaluation annuelle des engagements de chaque entité géographique relatif au dispositif mentionné par l'article D. 162-16-1 du code de la sécurité sociale permet de déterminer leur niveau d'atteinte et de déclencher, le cas échéant, le mécanisme d'abattement sur le tarif des actes au-dessus du nombre annuel cible attendu.

Suivant l'écart entre la valeur atteinte et la valeur cible, et en fonction du calendrier défini, l'établissement est éligible au mécanisme d'abattement sur le tarif de l'acte concerné :

Pour *a*, le niveau de l'abattement correspond théoriquement à ... % du tarif de l'acte ;

Pour *b*, le niveau de l'abattement correspond théoriquement à ... % du tarif de l'acte ;

Ces formules sont à modifier suivant le(s) indicateur(s) national(aux) retenu(s)

Comme précisé dans le décret ... relatif au dispositif mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé adresse à l'établissement concerné sa proposition de niveau d'abattement et de durée initiale d'application de ce dernier.

ANNEXE

GRILLE D'ÉVALUATION

Grille d'évaluation annuelle : **Année** _____

Entité géographique (<i>mentionner Nom + n° FINESS géographique</i>)	Volet Produits de santé	Volet Organisation (dont Transports)	Volet Pertinence
Obligations de résultat sur les indicateurs nationaux (reporter l'obligation ou la cible inscrite dans le contrat)			
Entité 1			
Entité 2			
Résultats (atteinte oui/non ou niveau)			
Entité 1			
Entité 2			
Montant de l'intéressement national			
Entité 1			
Entité 2			
Obligations de résultats sur les indicateurs régionaux (cibles ou obligations)			
Entité 1			
Entité 2			
Résultats (atteinte oui/non ou niveau)			
Entité 1			
Entité 2			
Montant de l'intéressement régional			
Entité 1			
Entité 2			
Montant total (national+ régional) de l'intéressement après prise en compte de l'ensemble des résultats (potentiellement, après pondération)			
Entité 1			
Entité 2			
...			

Montant final de l'intéressement total délégué à l'établissement signataire de ce présent contrat :