

Décision du 17 décembre 2010 fixant le contrat type mentionné au I de l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

17/12/2010

Le directeur de la sécurité sociale 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 son article L. 322-5-5 ;

Vu la [loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009](#) de financement de la sécurité sociale pour 2010, notamment son article 45 ;

Vu l'arrêté du 12 octobre 2010 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports remboursées sur l'enveloppe soins de ville, en application de l'[article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale](#),

Décident :

Article 1

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.

Article 2

Ce contrat permet aux établissements de santé présentant un fort taux d'évolution des dépenses de transports remboursées en ville (1) consécutifs aux prescriptions hospitalières de s'engager dans une démarche individuelle afin de réduire le taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement et d'améliorer leurs pratiques de prescription de transport dans le respect du référentiel de prescription médicale des transports (2), conformément aux objectifs fixés à l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Les contrats signés en application de la présente décision sont conformes au contrat type joint en annexe 1.

Ils font l'objet d'un avenant chaque année après que l'Etat a arrêté le taux prévisionnel national d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville et prescrits par les médecins exerçant en établissement de santé.

La souscription au contrat par l'établissement de santé se fait sur proposition de l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie.

Cette souscription concerne les établissements présentant les caractéristiques suivantes :

- les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement de santé ont connu une progression supérieure au taux arrêté annuellement par l'Etat ;
- le dépassement constaté résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé et le degré d'autonomie du bénéficiaire telle que définie à l'[article L. 322-5 du code de la sécurité sociale](#).

Dans le cadre du contrat, l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, propose à l'établissement de santé un objectif de réduction du taux d'évolution de ses dépenses de transport ainsi qu'un objectif d'amélioration de ses pratiques hospitalières en termes de prescription de transports. Il est informé également des pénalités qu'il encourt en cas de refus.

La proposition de contrat demeure valable un mois à l'issue duquel l'agence régionale de santé rappelle à l'établissement les pénalités qu'il encourt en cas de refus, et l'informe du délai complémentaire d'un mois au cours duquel l'établissement doit conclure le contrat ou présenter ses observations écrites.

A l'expiration de ce nouveau délai, l'absence de réponse de l'établissement de santé vaut refus implicite de la contractualisation (3).

Article 3

Lors de la proposition de souscription au contrat, l'agence régionale de santé remet au représentant de l'établissement de santé deux exemplaires du contrat type et une fiche lui indiquant ses objectifs de progrès et un bilan annuel des dépenses

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/decision-du-17-decembre-2010-fixant-le-contrat-type-mentionne-au-i-de-larticle-45-d-e-la-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2010/>

de transport générées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement de santé.

Article 4

A la fin de chacune des trois années de la durée du contrat, un bilan d'application du contrat par l'établissement est réalisé par l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie.

S'il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution de ses dépenses de transport, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations.

S'il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif de réduction du taux d'évolution de ses dépenses de transport, l'agence régionale de santé peut enjoindre l'organisme local d'assurance maladie à verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Article 5

Les contrats qui ne respectent pas les présentes dispositions ou le modèle type national sont nuls et de nul effet.

Article 6

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

A N N E X E 1 À LA DÉCISION : CONTRAT TYPE

Contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur l'évolution des dépenses de transport à destination des établissements de santé

Entre les soussignés :

l'agence régionale de santé (ARS) :

(nom de l'organisme)

(adresse)

représentée par

la caisse d'assurance maladie mentionnée aux articles L. 174-2 et suivants du code de la sécurité sociale

(nom de l'organisme)

(adresse)

représentée par

Et

l'établissement de santé :

(nom de l'établissement de santé)

(adresse)

représenté par

Vu l'[article L. 1435-4 du code de la santé publique](#) ;

Vu l'[article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale](#) ;

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/decision-du-17-decembre-2010-fixant-le-contrat-type-mentionne-au-i-de-larticle-45-d-e-la-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2010/>

Vu l'article 45 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 ;

Vu l'arrêté du 12 octobre 2010 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports remboursées sur l'enveloppe soins de ville ;

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

il a été convenu ce qui suit :

Article 1er

Objet du contrat

Les parties au présent contrat conviennent des dispositions suivantes portant sur les modalités d'engagement et 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.

Tous les médecins étant 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 également 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 réduction du taux d'évolution 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 de prescriptions hospitalières de transport remboursées en ville, des caractéristiques sanitaires de sa patientèle et des conditions locales de l'organisation des soins.

Le taux cible annuel d'évolution des dépenses de transport fixé à l'établissement de santé est révisé chaque année par avenant au contrat pour tenir compte du taux national d'évolution arrêté par l'Etat.

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

Article 2

Durée du contrat

Le contrat est signé au plus tard au cours des cinq premiers mois de l'année civile et entre en vigueur le premier jour du mois suivant sa signature et au plus tard le 1er juin.

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 relayer auprès des médecins prescripteurs exerçant au sein de l'établissement et des services concernés par les prescriptions de transport 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 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport fixé au présent contrat ;

— à faire mentionner systématiquement par les médecins prescripteurs leur numéro du répertoire partagé des professionnels de santé sur le formulaire de prescription ;

— à améliorer son organisation interne pour le transport de malades.

Une liste d'indicateurs permettant de définir les objectifs de progrès est jointe en annexe 1 au présent contrat.

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.

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 du taux d'évolution des dépenses

L'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie s'engage à fournir à l'établissement de santé, chaque trimestre civil, les données nécessaires au suivi de l'application du présent contrat. Chaque année, avant le 1er avril, 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 remboursements en ville l'année 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 publié par la DGOS, des outils d'aide à la prescription et des référentiels de bonnes pratiques ;
- communiquer à l'établissement de santé son profil d'activité en matière de prescription de transport et des informations sur les coûts des différents transports ;
- mettre à sa disposition un interlocuteur privilégié pour l'accompagner dans sa démarche et le suivi de ses objectifs.

Article 5 Modalités de fixation des taux d'évolution annuels et d'évaluation des objectifs portés au contrat

5.1. Fixation des taux

La détermination des objectifs de réduction des taux d'évolution des dépenses de transport prescrits par les médecins exerçant dans l'établissement de santé et remboursées en ville, pour chacune des trois années couvertes par le contrat, est établie sur la base :

- du bilan des dépenses de transport prescrits de l'année civile précédente transmis par l'agence régionale de santé avant le 1er avril de l'année de conclusion du contrat ;
- des caractéristiques de l'établissement en termes d'activité et de l'organisation des soins de son territoire.

Les taux annuels cibles portés au contrat visent à rapprocher les taux d'évolution de l'établissement du taux annuel fixé par arrêté des ministres prévu à l'article R. 322-11 du code de la santé publique.

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 de l'année civile précédente et à leur évolution annuelle.

Les taux annuels cibles portés au contrat sont révisés chaque année au vu de l'évaluation annuelle et du taux mentionné à l'article R. 322-11 du code de la santé publique. Ils donnent lieu à actualisation dans le cadre de l'avenant annuel au contrat pour tenir compte, le cas échéant, de la variation du taux arrêté annuellement par l'Etat.

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 à reverser à l'organisme local d'assurance maladie une partie du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables ou bénéficier d'un intéressement par versement de l'organisme local d'assurance maladie d'une partie des économies qu'il aura générées.

6.1. Reversement à l'assurance maladie

Lorsque le montant des dépenses de transport de l'établissement constaté pour l'année précédant la date anniversaire du contrat est supérieur au montant cible pour l'année considérée, l'agence régionale de santé peut enjoindre l'établissement de santé à reverser à l'organisme local d'assurance maladie un montant « M » correspondant à une fraction du dépassement « DE » entre le montant constaté pour l'année considérée et le montant cible. Cette fraction est égale à :
30 %, si DE est inférieur à 34 % du différentiel entre le montant cible et le montant de l'année précédente.
50 %, si DE est compris entre 34 et 64 % du différentiel entre le montant cible et le montant de l'année précédente.
70 %, si DE est supérieur à 64 % du différentiel entre le montant cible et le montant de l'année précédente.

6.2. Intéressement versé à l'établissement

Lorsque le montant des dépenses de transport de l'établissement constaté pour l'année précédant la date anniversaire du contrat est inférieur au montant correspondant à l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport pour l'année considérée, l'agence régionale de santé peut enjoindre l'organisme local d'assurance maladie à verser à l'établissement de santé une contrepartie financière sur 30 % des économies réalisées et imputables au différentiel entre le montant des dépenses de transport correspondant à l'objectif à atteindre fixé au présent contrat et le montant des dépenses constatées pour l'année considérée.

Article 7 Modalités de révision

Le contrat peut faire l'objet d'ajustements en fonction des résultats des évaluations annuelles par voie d'avenant au présent contrat.
Chacune des parties peut demander, en accord avec ses partenaires, une révision du présent accord par voie d'avenant.

Article 8 Résiliation

Chacune des parties peut résilier son engagement à tout moment et notamment en cas de :
— non-respect des engagements de l'accord du fait d'une des 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 ou 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 et si le contentieux porte sur le montant de la créance ou du recouvrement, le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Fait à , le

Pour l'agence régionale de santé :

Pour l'organisme local d'assurance maladie concerné :

Pour l'établissement de santé :

A N N E X E 1 AU CONTRAT TYPE

Objectifs de l'établissement de santé

Date de signature du contrat :

Date d'effet du contrat :

Les dépenses de transport ont été évaluées à partir des prescriptions hospitalières constatées pour le régime général (et tous régimes dès disponibilité des données) prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville des médecins exerçant leur activité dans l'établissement sur une période annuelle : du ... au ...

Montant des dépenses de référence : MTréf en EUR.

Taux d'évolution de référence observé : Xréf%.

Taux cibles d'évolution des dépenses de transport fixé à l'établissement

1. Année 1 : période du au : X1 %,
montant des dépenses correspondant au taux cible : MT1 en EUR

2. Année 2 : période du au : X2 %,
montant des dépenses correspondant au taux cible : MT2 en EUR

3. Année 3 : période du au : X3 %,
montant des dépenses correspondant au taux cible : MT3 en EUR

Ces taux prennent en compte :

- le taux d'évolution de référence observé ;
 - les caractéristiques de la patientèle de l'établissement (nombre et part de patients relevant des 6 ALD générant le plus de transports sur la totalité des patients et nombre et part de patients de plus de 70 ans sur la totalité des patients) ;
 - le contexte local d'organisation des soins (ouverture/fermeture de services ; zone rurale/montagnarde/sous-dense...).
- Indicateurs des pratiques hospitalières en matière de prescriptions de transport :
- taux d'évolution des montants remboursés pour les transports prescrits par l'établissement comparé au taux prévisionnel national d'évolution des dépenses de transport remboursées ;
 - montant brut des dépenses prescrites par l'établissement ;
 - structure des transports prescrits par modes de transport comparée à celle des autres établissements de même type (montants prescrits et évolutions) ;
 - montant moyen prescrit par patient par mode de transport et pour les 6 ALD générant le plus de transports ;
 - taux de recours aux transports par séjour/séance/urgence... comparé à celui des autres établissements de même type.

A N N E X E 2 À LA DÉCISION : NOTE MÉTHODOLOGIQUE

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

Pour l'année N, le taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement est calculé à partir du montant des dépenses de transport de l'année N — 1 rapporté au montant des dépenses de transport de l'année N — 2. L'objectif d'évolution des dépenses fixé à l'établissement doit permettre de rapprocher le taux observé du taux prévisionnel d'évolution national fixé par arrêté ministériel en tenant compte du contexte et de l'environnement. Les taux d'évolution cibles fixés pour la période du contrat doivent être atteignables au regard des moyens d'action pouvant être mis en œuvre par l'établissement compte tenu du diagnostic initial.

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

A la date anniversaire de la souscription au contrat, le montant des dépenses de transport de l'année N est comparé au montant des dépenses de transport attendu pour l'année N si le taux cible fixé au contrat était respecté (montant cible).

seront complétées dès disponibilité des données par celles de la MSA, du RSI et le cas échéant de tous les autres régimes.

a) Mécanisme de reversement.

Si l'établissement n'a pas atteint son objectif, le montant du reversement M est calculé de la façon suivante :

Pour la première année :

Soit MTréf = montant des dépenses observé de l'année N — 1

Soit MTo = montant des dépenses cible de l'année N

Soit MT = montant des dépenses observé de l'année N

Soit Do = montant du différentiel cible = MTo — MTréf

Soit D = montant du différentiel observé = MT1 — MTréf

Soit dépassement DE = D - Do

Si DE/Do \leq 34 %, M = D \times 30 %

Si DE/Do 34 % et \leq 65 %, M = D \times 50%

Si DE/Do 65 %, M = D \times 70 %

Pour les années suivantes :

Soit MTréf = montant des dépenses cible de l'année N

Soit MTo = montant des dépenses cible de l'année N + 1

Soit MT = montant des dépenses observé de l'année N + 1

Soit Do = montant du différentiel cible = MTo — MTréf

Soit D = montant du différentiel observé = MT1 — MTréf

Soit dépassement DE = D — Do

Idem pour la troisième année.

b) Mécanisme d'intéressement.

Si l'établissement a dépassé son objectif, 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 N — Montant des dépenses observé de l'année N ;

I = E \times 30 %

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

3. Exemples de calcul des reversements ou intéressements



Fait le 17 décembre 2010.

Source : JORF n°0027 du 2 février 2011, page 2080, texte n° 16

(1) Décret n° 2006-1746 du 23 décembre 2006, relatif à la prise en charge des frais de transports exposés par les assurés sociaux.

(2) Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale : « En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses. »