



Arrêté du 30 août 2023 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé

NOR : SPRH2322263A

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2023/8/30/SPRH2322263A/jo/texte>

JORF n°0203 du 2 septembre 2023

Texte n° 22

Version initiale

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6144-1 et L. 6161-2-2 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-23-15 et R. 162-36 à R. 162-36-4 ;

Vu le décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie, notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2022-1775 du 31 décembre 2022 modifiant certaines dispositions relatives au financement des établissements de santé ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 29 juin 2023 ;

Vu la saisine du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 2 août 2023 ;

Vu la saisine du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 2 août 2023,

Arrêtent :

Article 1

L'arrêté du 31 décembre 2022 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé est abrogé.

Article 2

La liste des indicateurs ainsi que les seuils d'activité régissant leur obligation de recueil par les établissements, mentionnés à l'article R. 162-36 du code de la sécurité sociale, figurent en annexe 2 du présent arrêté.

Cette liste identifie les indicateurs retenus pour le calcul du montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, et ceux qui sont en diffusion publique.

Cette liste précise, le cas échéant, la pondération des indicateurs par champ d'activité.

Les établissements de santé recueillent les données nécessaires au calcul des indicateurs susmentionnés, via les outils informatiques mis à leur disposition par la Haute Autorité de santé, la Caisse nationale d'assurance maladie, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ou le ministère chargé de la santé.

Article 3

Les résultats des indicateurs mis à la disposition du public sont publiés chaque année sur les sites internet de la Haute Autorité de santé, de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ou du ministère chargé de la santé.

Dans un délai de deux mois à compter de la date de publication des résultats, l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats des indicateurs le concernant.

Article 4

I. - Les résultats des indicateurs, que chaque établissement de santé met à la disposition du public, sont récapitulés dans les fiches de publication disponibles sur les sites internet mentionnés à l'article 3.

Lorsque l'établissement de santé choisit d'utiliser un autre support que les fiches mentionnées à l'alinéa précédent, le support de diffusion qu'il utilise reprend les informations dans leur intégralité, et de manière claire et compréhensible pour les usagers et leurs représentants. Ces résultats sont distingués d'autres types d'information mises à disposition du public par l'établissement de santé.

II. - Dès l'entrée dans l'établissement de santé, les usagers peuvent prendre connaissance des résultats des indicateurs mentionnés à l'article 2. Ils sont diffusés, a minima, par :

1° Un affichage dans les principaux lieux de passage, notamment dans les lieux d'accueil ;

2° L'insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil ou la remise au patient d'un document dédié ;

3° La mise en ligne sur le site internet de l'établissement de santé, s'il dispose d'un site.

Article 5

En application de l'article R. 162-36-2 du code de la sécurité sociale, l'ensemble des établissements de santé pouvant bénéficier de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale sont répartis en dix-sept groupes de comparaison.

Ces groupes de comparaison sont établis par champ d'activité en fonction des profils et des volumes d'activité des établissements de santé, selon des critères précisés en annexe 1 du présent arrêté.

La classification des établissements de santé au sein de ces groupes de comparaison est effectuée à partir des conditions d'activité des établissements, appréciées au 15 avril de l'année en cours sur la base de l'activité réalisée l'année précédente.

Un établissement de santé positionné sur différents champs d'activité est classé dans plusieurs groupes de comparaison.

1° Pour les établissements exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du même code, le nombre de groupes de comparaison est de huit ;

2° Pour les établissements exerçant les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du même code, le nombre de groupes de comparaison est de cinq ;

3° Pour les établissements exerçant les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code, le nombre de groupes de comparaison est de quatre.

Article 6

Le montant global de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale pour l'année 2023 est fixé à 700 millions d'euros.

Ce montant est réparti entre les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22, au prorata de la contribution de chacune d'elles pour la constitution du montant global de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15.

1° La part de ce montant attribuée pour la dotation versée au titre des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale est répartie entre les huit groupes de comparaison, déterminés dans les conditions prévues à l'article 5, au prorata de la valorisation de l'activité produite par les établissements qui les composent sur le champ d'activité correspondant au groupe de comparaison.

L'activité prise en compte pour effectuer cette répartition est celle de l'année précédente, valorisée sur la base des tarifs nationaux mentionnés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

2° La part de ce montant attribuée pour la dotation versée au titre des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale est répartie entre les cinq groupes de comparaison, déterminés dans les conditions prévues à l'article 5, au prorata des recettes perçues au cours de l'année précédente par les établissements qui les composent.

Ces recettes perçues au cours de l'année précédente sont établies sur la base des montants mentionnés aux I et II de l'article 2 du décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie susvisé ;

3° La part de ce montant attribuée pour la dotation versée au titre des activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale est répartie entre les quatre groupes de comparaison, déterminés dans les conditions prévues à l'article 5, au prorata de la valorisation de l'activité produite par les établissements qui les composent sur le champ d'activité correspondant au groupe de comparaison.

L'activité prise en compte pour effectuer cette répartition est celle de l'année précédente, valorisée sur la base des tarifs nationaux mentionnés à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale.

Article 7

I. - Le montant alloué à chaque établissement au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est déterminé :

1° Pour les établissements exerçant une activité mentionnée au 1° ou 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, sur la base de sa valorisation d'activité multipliée par la valeur unitaire de rémunération qualité de son groupe de comparaison et par la somme des scores obtenus pour les indicateurs pour lesquels il est rémunéré, rapporté au nombre d'indicateurs pour lesquels il est soumis à une obligation de recueil ;

2° Pour les établissements exerçant une activité mentionnée au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, sur la base des recettes mentionnées aux I et II de l'article 2 du décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 susvisé qu'il a perçues multipliées par la valeur unitaire de rémunération qualité de son groupe de comparaison et par la somme des scores obtenus pour les indicateurs pour lesquels il est rémunéré rapporté au nombre d'indicateurs pour lesquels il est soumis à une obligation de recueil. Dans le cas où la somme des rémunérations initiales des établissements d'un groupe de comparaison est inférieure à la dotation allouée au groupe de comparaison, l'écart est réparti sur les rémunérations de l'ensemble des établissements en fonction de la proportion de la rémunération initiale.

II. - Le calcul du montant mentionné au I du présent article est réalisé dans les conditions suivantes :

1° Pour chaque indicateur mentionné en annexe 2 du présent arrêté retenu pour le calcul du montant de la dotation, il est distingué une part de la dotation allouée au titre du niveau de résultat atteint par l'établissement, conformément aux dispositions précisées au 1° de l'article R. 162-36-2 du même code, et une part attribuée en fonction de l'évolution des résultats obtenus par l'établissement, conformément aux dispositions prévues au 2° du même article. La liste des indicateurs pour lesquels une évolution est disponible et calculable figure en annexe 3 du présent arrêté.

Ces parts sont respectivement fixées à 50 % pour le niveau de résultat atteint et à 50 % pour l'évolution des résultats dès lors qu'une évolution est disponible et calculable. Quand l'évolution n'est pas disponible et calculable pour l'indicateur, la part pour le niveau de résultat atteint est de 100 %.

Par exception, l'indicateur « Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres » est valorisé dans les conditions prévues à l'article 8 du présent arrêté, et l'indicateur concernant la certification des établissements de santé est valorisé dans les conditions prévues à l'article 9 du présent arrêté.

a) La part de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale allouée au titre des résultats de l'établissement de santé est déterminée comme suit :

Pour chaque indicateur un seuil minimal est défini par groupe de comparaison, dans les conditions précisées au deuxième alinéa du I de l'article R. 162-36-3 du code de la sécurité sociale, de sorte que 70 % des établissements concernés par l'indicateur au sein du groupe de comparaison soient rémunérés. Au 31 octobre de l'année civile en cours :

- si le niveau de résultat atteint par l'établissement pour un indicateur est inférieur à ce seuil, l'établissement n'est pas rémunéré pour cet indicateur au titre du niveau atteint ;
- si le niveau de résultat atteint par l'établissement pour un indicateur est compris entre ce seuil et la cible de qualité définie en annexe 3, l'établissement perçoit une part de rémunération au titre du niveau atteint, égale au rapport entre le résultat atteint et la valeur cible de qualité, sur la base des modalités fixées en annexe 4 ;
- si le niveau de résultat atteint par l'établissement pour un indicateur est supérieur ou égal à la cible de qualité définie en annexe 3, l'établissement perçoit la totalité de la rémunération au titre du niveau atteint ;

b) La part de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale allouée au titre de l'évolution des résultats de l'établissement de santé est déterminée comme suit :

- si le niveau de résultat atteint par l'établissement pour un indicateur est nul, l'établissement ne perçoit aucune rémunération au titre de l'évolution de ses résultats pour cet indicateur, quelle que soit la nature de son évolution ;
- si le niveau atteint par l'établissement pour un indicateur n'est pas nul et est inférieur à la cible de qualité :
- l'établissement ne perçoit pas de rémunération au titre de l'évolution s'il obtient une évolution négative de ses résultats entre les deux dernières mesures disponibles au 31 octobre 2023 ;
- l'établissement perçoit 50 % de la rémunération au titre de l'évolution s'il obtient une évolution stable de ses résultats entre les deux dernières mesures disponibles au 31 octobre 2023 ;
- l'établissement perçoit la totalité de la rémunération au titre de l'évolution des résultats, s'il obtient une évolution positive de ses résultats entre les deux dernières mesures disponibles au 31 octobre 2023 ;
- si le niveau de résultat atteint par l'établissement pour un indicateur est supérieur ou égal à la cible de qualité définie en annexe 3, l'établissement perçoit la totalité de la rémunération au titre de l'évolution de ses résultats, quelle que soit la nature de son évolution.

La nature de l'évolution des résultats est déterminée, en fonction de l'indicateur considéré, par la Haute Autorité de santé, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ou le ministère chargé de la santé, lors de l'analyse des résultats, sur la base des modalités fixées en annexe 5 du présent arrêté.

Les modalités de détermination du score obtenu pour chaque indicateur sont définies dans l'annexe 6 du présent arrêté ;

2° Pour chaque groupe de comparaison est calculée une valeur unitaire de rémunération qualité pour un euro de valorisation économique :

- a) Pour les établissements exerçant une activité mentionnée au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, cette valeur est égale au montant de la dotation qualité allouée au groupe de comparaison définie au 1° de l'article 6 rapporté à la somme des valorisations économiques des établissements du même groupe ;
- b) Pour les établissements exerçant une activité mentionnée au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, cette valeur est égale au montant de la dotation qualité allouée au groupe de comparaison définie au 2° de l'article 6 rapporté à la somme des recettes mentionnées aux I et II de l'article 2 du décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 susvisé perçues par les établissements du même groupe ;
- c) Pour les établissements exerçant une activité mentionnée au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, cette valeur est égale au montant de la dotation qualité allouée au groupe de comparaison définie au 3° de l'article 6 rapporté à la somme des valorisations économiques des établissements du même groupe.

Article 8

Pour l'indicateur « Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres », l'analyse des résultats permet, pour chaque établissement concerné, et exerçant une activité mentionnée au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, de déterminer s'il est considéré ou non comme étant au résultat attendu, dont les modalités de calcul sont définies dans une fiche descriptive mentionnée en annexe 2.

Pour les établissements concernés par cet indicateur :

- ceux considérés comme étant au résultat attendu perçoivent la totalité de la rémunération au titre de cet indicateur ;
- ceux considérés comme n'étant pas au résultat attendu ne sont pas rémunérés au titre de cet indicateur.

Article 9

Le résultat pris en compte pour l'indicateur relatif à la certification des établissements de santé est celui validé par le collège de la Haute Autorité de santé applicable à l'établissement au 31 octobre 2023.

Parmi les établissements concernés par les critères ci-dessus, seuls les établissements certifiés en catégorie « A » ou en catégorie « B » au titre de la certification V2014, ou certifiés en catégorie « Haute qualité des soins » ou en catégorie « Qualité des soins confirmée » au titre de la nouvelle certification des établissements de santé pour la qualité des soins sont rémunérés au titre de cet indicateur, selon les modalités suivantes :

- cet indicateur est valorisé à 75 % pour les établissements certifiés en B au titre de la certification V2014 ;
- cet indicateur est valorisé à 100 % pour les établissements certifiés en A au titre de la certification V2014 ;
- cet indicateur est valorisé à 80 % pour les établissements certifiés en catégorie « Qualité des soins confirmée » au titre de la nouvelle certification des établissements de santé pour la qualité des soins ;
- cet indicateur est valorisé à 100 % pour les établissements certifiés en catégorie « Haute qualité des soins » au titre de la nouvelle certification des établissements de santé pour la qualité des soins.

Article 10

En application du dernier alinéa de l'article R. 162-36-2 du code de la sécurité sociale, pour les établissements certifiés avec sursis (catégorie « D » au titre de la certification V2014) ou non certifiés (catégorie « E » au titre de la certification V2014 ou catégorie « Qualité des soins insuffisante » au titre de la nouvelle certification des établissements de santé pour la qualité des soins), le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) informe l'établissement de santé, avant le 30 avril 2024 du montant pouvant lui être alloué au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, sous réserve de la transmission par l'établissement de santé d'un plan d'actions prioritaires dans les trois mois à partir de la date à laquelle cette information leur est transmise. Si cette transmission est réalisée dans le délai imparti et que le plan d'actions transmis traduit un engagement de l'établissement de santé dans une démarche d'amélioration de ses résultats, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie la dotation complémentaire à l'établissement de santé. Pour les établissements concernés par ce versement conditionné, la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est destinée au financement des actions prioritaires sur lesquelles il s'est engagé auprès de l'agence régionale de santé.

Article 11

Dans l'attente de la fixation du montant susmentionné au titre de l'année considérée dans les conditions de l'article R. 162-36-4 du code de la sécurité sociale, un acompte mensuel est déterminé sur la base du montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du même code arrêté au titre de l'année précédente.

Le montant des recettes perçues par l'établissement au titre de cette dotation pour l'année considérée fait l'objet d'une régularisation, au plus tard le 30 avril de l'année suivante, par comparaison entre les montants versés au titre de l'acompte susmentionné et le montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale arrêté pour l'année considérée en application du présent arrêté.

Article 12

Le directeur de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexe

ANNEXES

ANNEXE 1

CRITÈRES D'IDENTIFICATION DES GROUPES DE COMPARAISON DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

| Champ d'activité | Niveau de rattachement de l'établissement au sein du groupe de comparaison | Intitulé du groupe de comparaison | Critère d'identification du groupe |
|---|--|-----------------------------------|--|
| Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 | FINESS géographique | MCO-1 | Établissements réalisant au moins 500 séjours (*) et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 15 groupes d'activité (**) |
| | | MCO-2 | Établissements réalisant au moins 500 séjours (*) et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 15 groupes d'activité et moins de 35 groupes d'activité (**) |
| | | MCO-3 | Établissements qui réalisent entre 500 séjours (inclus) (*) et moins de 20 000 séjours (*) par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 35 groupes d'activité (**) |
| | | MCO-4 | Établissements qui réalisent au moins 20 000 séjours (*) par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 35 groupes d'activité (**) |
| | | MCO-5 | Établissements qui réalisent moins de 500 séjours(*) par an |
| Les établissements exerçant les activités mentionnées à l'article | FINESS géographique | Dialyse-1 | Établissements exerçant une activité de |

| | | | |
|--|------------------------------|-----------|--|
| R. 6123-54 du code de la santé publique | | | dialyse et réalisant moins de 7 970 séances par an |
| | | Dialyse-2 | Établissements exerçant une activité de dialyse et réalisant au moins 7 970 séances par an |
| Les établissements exerçant les activités mentionnées à l'article R. 162-33 du code de la sécurité sociale | FINESS géographique | HAD | Établissements exerçant une activité sous forme d'hospitalisation à domicile |
| Les établissements exerçant les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale | FINESS géographique | SSR-1 | Établissements réalisant moins de 730 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 20 groupes nosologiques (***) |
| | | SSR-2 | Établissements réalisant au moins 730 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 20 groupes nosologiques (***) |
| | | SSR-3 | Établissements réalisant moins de 730 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 20 groupes nosologiques (***) |
| | | SSR-4 | Établissements réalisant au moins 730 de séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 20 groupes nosologiques (***) |
| Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale | FINESS de transmission RIM-P | PSY - 1 | Établissements dont la file active (****) est supérieure ou égale à 10 000 patients. |
| | | PSY - 2 | Établissements dont la file active (****) est comprise entre 4 000 et 9 999 patients |
| | | PSY - 3 | Établissements sectorisés dont la file active (****) est strictement inférieure à 4 000 patients |
| | | PSY - 4 | Établissements non-sectorisés dont la file active (****) est strictement inférieure à 4 000 patients et réalisant au moins 1000 journées de présence à temps complet |
| | | PSY - 5 | Établissements non-sectorisés dont la file active (****) est strictement inférieure à 4 000 patients et réalisant moins de 1000 journées de présence à temps complet |

(*) Séjours MCO hors séances.

(**) Les groupes d'activité sont des regroupements des racines de groupes homogènes de malades (GHM). Les racines de GHM sont définies par le manuel des groupes homogènes de malades publié au Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de la santé, conformément à l'annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique. La liste des groupes d'activité est publiée sur le site internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation <https://www.atih.sante.fr/mco/classification-medico-economique>.

(***) Les groupes nosologiques sont définis par le manuel des groupes médicoéconomiques en soins de suite et de réadaptation publié au Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de la santé, conformément à l'annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

(****) La file active correspond au nombre total de patients pris en charge en psychiatrie par l'établissement, quelle que soit la nature de prise en charge (temps complet, temps partiel, ambulatoire). Pour une année donnée, un patient est compté une fois

quels que soient le nombre et la diversité des prises en charge réalisés par les structures de psychiatrie à temps complet, à temps partiel ou ambulatoires.

Annexe

ANNEXE 2

Les indicateurs obligatoires ainsi que les seuils d'activité régissant l'obligation de recueil des établissements sont listés dans le tableau ci-dessous.

Le tableau précise si les résultats des indicateurs sont soumis à diffusion publique et s'ils sont pris en compte pour le calcul du montant de la dotation complémentaire à la qualité et à la sécurité des soins prévue à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale. Pour un établissement donné, seuls les résultats des indicateurs pour lesquels il est soumis à l'obligation de recueil sont pris en compte dans le calcul du montant de sa dotation complémentaire à la qualité et à la sécurité des soins.

Des précisions concernant les modalités d'application de l'obligation de recueil des indicateurs figurent à la suite du tableau ci-dessous.

La fiche descriptive de chacun des indicateurs obligatoires est disponible sur le site internet de la Haute Autorité de santé (https://www.has-sante.fr/jcms/c_970481/fr/indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-en-etablissements-de-sante), sur le site internet de l'ATIH (<https://www.atih.sante.fr/ifaq>) ou sur le site du ministère chargé de la santé (<https://solidarites-sante.gouv.fr/hopen>). Chacune de ces fiches précise la construction et les modalités de calcul de l'indicateur en fonction du secteur d'activité concerné : médecine chirurgie obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), dialyse (DIA), et psychiatrie (PSY).

TABLEAU DIFFUSION PUBLIQUE ET UTILISATION DANS IFAQ

| Catégorie | Indicateur | Seuil d'obligation de recueil | MCO | | HAD | | SSR | | DIA | | PSY | |
|--|---|---|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | | | DP (*) | IFAQ | DP (*) | IFAQ | DP (*) | IFAQ | DP (*) | IFAQ | DP (*) | IFAQ |
| Qualité des prises en charge perçue par les patients | Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO | Sur l'année N-1 Au moins 500 patients cibles tels que définis pour cet indicateur et si moins de 75 % de la population est âgée de + de 75 ans | X | X | | | | | | | | |
| | Dimensions de l'indicateur Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO (**) | | X | | | | | | | | | |
| | Satisfaction et expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire | Sur l'année N-1 Au moins 500 patients cibles tels que définis pour cet indicateur ET si moins de 75 % de la population est âgée de + de 75 ans | X | X | | | | | | | | |
| | Dimensions de l'indicateur Satisfaction et expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire (**) | | X | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|
| | Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en SSR | Sur l'année N-1 Au moins 500 patients cibles tels que définis pour cet indicateur ET si moins de 75 % de la population est âgée de + de 75 ans | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | |
| | Dimensions de l'indicateur Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en SSR (**) | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| Qualité des prises en charge cliniques | Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres | Au moins 31 séjours cibles | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| | Évaluation et prise en charge de la douleur | Pour le MCO : 500 séjours cibles tels que définis pour le MCO Pour le SSR : au moins 31 séjours cibles tels que définis pour le SSR Pour l'HAD : au moins 31 séjours cibles tels que définis pour l'HAD Pour la PSY : au moins 31 séjours cibles tels que définis pour la PSY | X | X | X | X | X | X | X | | | | | X | X | | | | | |
| | Taux de patients hospitalisés ayant une prescription d'antibiotiques inférieure ou égale à 7 jours, ou justifiée pour une durée supérieure, pour infection respiratoire basse | Pour le MCO : 10 séjours cibles | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Prise en charge initiale d'un accident vasculaire cérébral aigu : Réalisation de l'Imagerie cérébrale diagnostique | Pour le MCO : 31 séjours cibles | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Prise en charge initiale d'un accident vasculaire cérébral aigu : Planification du suivi post AVC | Pour le MCO : 31 séjours cibles | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|
| | Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral récent : Projet de vie | Pour le SSR : au moins 31 séjours cibles | | | | | | X | | | | | | |
| | Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral récent Prise en charge d'une hypertension artérielle | Pour le SSR : au moins 31 séjours cibles | | | | | | X | | | | | | |
| | Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral récent Suivi pondéral et nutritionnel | Pour le SSR : au moins 31 séjours cibles | | | | | | X | | | | | | |
| | Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral récent Evaluation des fonctions cognitives et comportementales | Pour le SSR : au moins 31 séjours cibles | | | | | | X | | | | | | |
| | Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après cholécystectomies, en ambulatoire | Au moins 10 séjours cibles | X | | | | | | | | | | | |
| | Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après interventions pour lithiases urinaires, en ambulatoire | Au moins 10 séjours cibles | X | | | | | | | | | | | |
| | Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après interventions pour affections non lithiasiques, en ambulatoire | Au moins 10 séjours cibles | X | | | | | | | | | | | |
| | Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après interventions sur les amygdales, en ambulatoire | Au moins 10 séjours cibles | X | | | | | | | | | | | |
| | Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après hémorroïdectomies, en ambulatoire | Au moins 10 séjours cibles | X | | | | | | | | | | | |
| | Mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après prostatectomies transurétrales, en ambulatoire | Au moins 10 séjours cibles | X | | | | | | | | | | | |
| Qualité de la coordination | Alimentation du DMP pour les patients | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------|---|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| des prises en charge | disposant d'un DMP lors de leur admission | | | | | | | | | | | | |
| | Usage d'un service de messagerie sécurisée intégré à l'espace de confiance Messagerie Sécurisée de Santé | | X | X | X | X | X | X | X | X | | | |
| | Qualité de la lettre de liaison à la sortie | | X | X (****) | | | | X | X | | | X | X |
| Performance de l'organisation des soins | Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres (***) | Au moins 100 séjours cibles | | | | | | | | | | X | X |
| Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins | Consommation de produits hydroalcooliques | | X | | X | | X | | X | | | | |
| Démarche de certification | Niveau de certification v 2014 ou nouvelle certification des établissements de santé pour la qualité des soins | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

(*) Diffusion publique.

(**) Dimensions évaluées par l'indicateur :

- satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO et ses six dimensions, satisfaction vis-à-vis : de l'accueil, de la prise en charge par les médecins/chirurgiens, de la prise en charge par les infirmier(e)s et les aides-soignant(e)s, de la chambre, du repas, de l'organisation de la sortie ;
- satisfaction et expérience des patients admis pour une chirurgie ambulatoire et ses cinq dimensions, satisfaction vis-à-vis : de l'avant l'hospitalisation, l'accueil, la prise en charge, chambre et collation, organisation sortie et retour à domicile ;
- satisfaction et expérience des patients hospitalisés en SSR et ses cinq dimensions, satisfaction vis-à-vis : de l'accueil, de la prise en charge, du lieu de vie, du repas, de l'organisation de la sortie.

(***) Calcul sur les données RIM-P.

(****) L'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire » n'est pas recueilli.

Règles particulières

I. - Recueil des indicateurs HOP'EN :

Pour les indicateurs HOP'EN :

- alimentation du dossier médical partagé (DMP) pour les patients disposant d'un DMP lors de leur admission (D2.2) ;
- usage d'un service de messagerie sécurisée intégré à l'espace de confiance messagerie sécurisée de santé (D6.3).

Le résultat pris en compte pour IFAQ est le dernier résultat mensuel disponible au 22 septembre 2023.

II. - Pondération éventuelle des indicateurs par champ d'activité :

- dans les champs d'activité MCO, HAD, SSR et DIA, l'indicateur Alimentation du DMP est sous-pondéré à 0,50 et l'indicateur usage d'une messagerie sécurisée est sous-pondéré à 0,50.

Annexe

ANNEXE 3

| Indicateurs | | Niveau atteint | Cible de qualité | Évolution |
|------------------------------|--|----------------|-----------------------|-----------|
| En MCO | Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures | X | 77,3/100 | X |
| En MCO chirurgie ambulatoire | Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire | X | 79,7/100 | X |
| En SSR | Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en SSR | X | 76,6/100 | X |
| En HAD | Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres | X | 80 % | X |
| En MCO, HAD, PSY, SSR | Évaluation et prise en charge de la douleur | X | 80 % | X |
| En MCO, SSR, HAD et DIA | Alimentation du DMP pour les patients disposant d'un DMP lors de leur admission | X | 20 % | NA |
| En MCO, SSR, HAD et DIA | Usage d'un service de messagerie sécurisée intégré à l'espace de confiance Messagerie Sécurisée de Santé | X | 50 % | X |
| En MCO, SSR, PSY | Qualité de la lettre de liaison à la sortie | X | 80/100 | X |
| En PSY | Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres | X | Règle spécifique (*) | NA |
| Certification | | X | Règle spécifique (**) | NA |

(*) Règle spécifique figurant à l'article 8.

(**) Règle spécifique définie à l'article 9.

Annexe

ANNEXE 4

En précision du 2e alinéa du 1° du I de l'article 7, lorsque le résultat de l'indicateur est supérieur au seuil de rémunération et inférieur à la cible qualité, la part de rémunération au titre du niveau atteint est déterminée :

- pour les indicateurs mesurés à partir du dossier patient, par le rapport entre la borne basse de l'intervalle de confiance de la valeur obtenue par l'établissement sur l'indicateur et la valeur cible de qualité fixée pour ce même indicateur (cf. annexe 3) ;
- pour les indicateurs de type e-Satis, par le rapport entre la valeur obtenue par l'établissement sur l'indicateur et la valeur cible de qualité fixée pour ce même indicateur (cf. annexe 3) ;
- pour les indicateurs numériques, « Alimentation du DMP pour les patients disposant d'un DMP lors de leur admission » et « Usage d'un service de messagerie sécurisée intégré à l'espace de confiance Messagerie Sécurisée de Santé », par le rapport entre la valeur brute obtenue par l'établissement sur l'indicateur et la valeur cible de qualité fixée pour ce même indicateur (cf. annexe 3).

Annexe

ANNEXE 5

Dans le cas où l'évolution est disponible et calculable pour un indicateur, la nature de l'évolution est déterminée comme suit :

- pour les indicateurs calculés à partir du dossier patient :
- l'évolution est positive quand le résultat de la nouvelle campagne est supérieur au résultat de la campagne précédente, c'est-à-dire lorsque la borne basse de l'intervalle de confiance (IC) de la différence est supérieure à 0 ;
- l'évolution est stable quand le résultat de la nouvelle campagne est non différent du résultat de la campagne précédente, c'est-à-dire lorsque l'IC de la différence inclut la valeur 0 ;
- l'évolution est négative quand le résultat de la nouvelle campagne est inférieur au résultat de la campagne précédente, c'est-à-dire que la borne haute de l'IC de la différence est inférieure à 0 ;
- pour les indicateurs de type e-Satis :
- l'évolution du résultat de l'indicateur est positive lorsque la valeur du nouveau score s'inclut dans une classe supérieure à celle du résultat précédent ;
- l'évolution est stable lorsque la valeur du nouveau score reste dans la même classe que celle du résultat précédent ;
- l'évolution du résultat de l'indicateur est négative lorsque la valeur du nouveau score s'inclut dans la classe inférieure à celle du résultat précédent ;
- pour l'indicateur « Usage d'un service de messagerie sécurisée intégré à l'espace de confiance Messagerie Sécurisée de Santé » :
- l'évolution est positive quand le résultat brut pour l'année considérée est supérieur au résultat de l'année précédente ;
- l'évolution est stable quand le résultat brut pour l'année considérée n'est pas différent du résultat de l'année précédente ;
- l'évolution est négative quand le résultat brut pour l'année considérée est inférieur au résultat de l'année précédente.

Annexe

ANNEXE 6

Dans le cas où l'évolution est disponible et calculable pour un indicateur, le score de cet indicateur correspond à la somme :

- du pourcentage de rémunération obtenu pour cet indicateur au titre du niveau atteint - déterminé selon les modalités définies au 1° du I de l'article 7 - pondéré de la part de dotation allouée au titre du niveau atteint (soit 50 %) ;
- et du pourcentage de rémunération obtenu pour cet indicateur au titre de l'évolution - déterminé selon les modalités définies au 2° du I de l'article 7 - pondéré de la part de dotation allouée au titre de l'évolution (soit 50 %).

Dans le cas où l'évolution n'est pas disponible et calculable, le score d'un indicateur correspond au pourcentage de rémunération obtenu pour cet indicateur au titre du niveau atteint.

Fait le 30 août 2023.

Le ministre de la santé et de la prévention,
Pour le ministre et par délégation :
La cheffe de service, adjointe à la directrice générale de l'offre de soins,
C. Lambert

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
F. Von Lennep