

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

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

NOR : SPRH2237366A

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° 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 13 octobre 2022 ;

Vu la saisine du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 16 décembre 2022 ;

Vu la saisine du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 16 décembre 2022 ;

Vu la saisine du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 16 décembre 2022,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'arrêté du 13 juillet 2021 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 et l'arrêté du 17 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 13 juillet 2021 relatif aux modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, à la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et aux conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé sont abrogés.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 5. – I. – 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 en 2019, ou le cas échéant, lorsqu'un établissement a été créé en 2019 ou n'a pas réalisé d'activité dans les champs concernés au titre de l'année 2019, sur la base de l'activité réalisée en 2021.

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 aux 1° et 4° de l'article L. 162-22 du même code, le nombre de groupes de comparaison est de douze.

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.

II. – Au titre de 2022, le montant global de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est réparti entre les dix-sept groupes de comparaison mentionnés au I du présent article selon les modalités suivantes :

1° La part de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale allouée au titre des activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, est répartie entre les douze groupes de comparaison, déterminés dans les conditions prévues au troisième alinéa du I du présent article, 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 2019, valorisée sur la base des tarifs nationaux fixés pour l'année 2019 en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

Le cas échéant, lorsqu'un établissement a été créé en 2019, ou lorsqu'un établissement n'a pas réalisé d'activité dans les champs concernés au titre de l'année 2019, l'activité valorisée est celle réalisée par l'établissement concerné au titre de l'année 2021, valorisée sur la base des tarifs nationaux fixés pour l'année 2021 en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

2° La part de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale allouée 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 au troisième alinéa du I du présent article, au prorata des recettes d'assurance maladie perçues au cours de l'année 2019 par les établissements qui les composent.

Pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ces recettes d'assurance maladie perçues au cours de l'année 2019 sont établies sur la base de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2020.

Pour les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ces recettes d'assurance maladie perçues au cours de l'année 2019 sont établies sur la base des prix de journée mentionnés à l'article R. 162-24 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2020.

Le cas échéant, lorsqu'un établissement a été créé en 2019, ou lorsqu'un établissement n'a pas réalisé d'activité dans les champs concernés au titre de l'année 2019, les recettes d'assurance maladies prises en compte sont celles perçues par l'établissement au cours de l'année 2021.

Art. 6. – Le montant global de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale pour l'année 2022 au titre des activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale est fixé à 700 millions d'euros.

Pour 2022, en application de l'article 3 du décret n° 2022-1775 du 31 décembre 2022 susvisé le montant global de la dotation complémentaire est versé selon les modalités suivantes :

1° 400 millions de ce montant sont versés sur la base des résultats de chaque établissement concerné aux indicateurs utilisés dans IFAQ et dans les conditions prévues au présent arrêté.

2° 300 millions de ce montant sont répartis entre les établissements au prorata de la valorisation économique de l'établissement de santé au titre de l'année 2019.

Lorsque l'établissement de santé concerné n'a pas réalisé d'activité en 2019, la part mentionnée au présent 2° est versée au prorata de la valorisation économique de l'établissement au titre de l'année 2021.

Art. 7. – 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 dans les conditions suivantes :

I. – 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^o 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^o du même article. La liste des indicateurs pour lesquels une évolution est disponible 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 9 du présent arrêté, l'indicateur concernant la certification des établissements de santé est valorisé dans les conditions prévues à l'article 10 du présent arrêté, et les indicateurs suivants sont valorisés dans les conditions prévues à l'article 8 du présent arrêté : l'indicateur concernant la mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche-hors fracture ; l'indicateur concernant la mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de genou ; l'indicateur concernant la mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche-hors fracture ; l'indicateur concernant la mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de genou.

1^o 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 les établissements de santé exerçant une activité mentionnée au 1^o ou 4^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale :

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.

Pour les établissements de santé exerçant une activité mentionnée au 2^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale :

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 supérieur à ce seuil, l'établissement perçoit la totalité de la rémunération au titre du niveau atteint.

2^o 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 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 ;
- si le niveau atteint par l'établissement est inférieur à la cible de qualité :
 - l'établissement ne perçoit pas de rémunération pour l'évolution s'il obtient une évolution négative de ses résultats entre les deux dernières mesures disponibles au 31 octobre 2022 ;
 - l'établissement perçoit 50 % de la rémunération pour l'évolution s'il obtient une évolution stable de ses résultats entre les deux dernières mesures disponibles au 31 octobre 2022 ;
 - l'établissement perçoit la totalité de la rémunération pour l'évolution des résultats, s'il obtient une évolution positive de ses résultats entre les deux dernières mesures disponibles au 31 octobre 2022.

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.

II. – Pour chaque groupe de comparaison est calculée une valeur unitaire de rémunération qualité pour un euro de valorisation économique :

1^o Pour les établissements exerçant une activité mentionnée au 1^o ou 4^o 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 dans l'article 5 rapporté à la somme des valorisations économiques des établissements du même groupe ;

2^o Pour les établissements exerçant une activité mentionnée au 2^o 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 dans l'article 5 rapporté à la somme des recettes d'assurance maladie perçues par les établissements du même groupe.

La rémunération initiale de chaque établissement correspond :

1^o Pour les établissements exerçant une activité mentionnée au 1^o ou 4^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, à sa valorisation économique multipliée par cette valeur unitaire de rémunération qualité 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^o Pour les établissements exerçant une activité mentionnée au 2^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, aux recettes d'assurance maladie perçues multipliées par cette valeur unitaire de rémunération qualité 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.

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

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.

Art. 8. – Pour les indicateurs concernant « la mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche-hors fracture » et « la mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de genou », ainsi que pour les indicateurs concernant « la mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche-hors fracture » et « la mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de genou », l'analyse des résultats permet, pour chaque établissement concerné, de déterminer s'il est considéré ou non comme étant au résultat attendu.

Au sein de chaque groupe de comparaison et pour chaque indicateur, la part de la rémunération des établissements concernés par l'indicateur et n'étant pas au résultat attendu est minorée. Cette part retenue correspond au produit des éléments suivants :

- le poids de l'indicateur parmi l'ensemble des indicateurs du groupe de comparaison considéré. Le poids de ces indicateurs est défini en annexe 2 ;
- le volume économique des établissements concernés par l'indicateur et n'étant pas au résultat attendu dans le groupe de comparaison considéré ;
- le taux de rémunération moyen du groupe de comparaison considéré.

Au sein de chaque groupe de comparaison, l'ensemble des parts retenues à l'alinéa précédent est redistribué au sein du groupe de comparaison considéré, au prorata de leur volume économique, entre les établissements concernés par l'indicateur et étant au résultat attendu.

Art. 9. – 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^o 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.

Art. 10. – 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 2022.

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.

Art. 11. – 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 la certification V2020), le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) informe l'établissement de santé, avant le 30 avril 2023 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 lesquels il s'est engagé auprès de l'agence régionale de santé.

Art. 12. – I. – Sans préjudice des dispositions s'appliquant aux activités mentionnées au 2^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, en application de l'article R. 162-36-4 du code de la sécurité sociale, le montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est versé chaque mois par la caisse dont relève l'établissement de santé en application des articles L. 174-2 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale sous la forme d'un douzième d'acompte, notamment sur la base de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du même code au titre de l'année 2021 dans les modalités suivantes : les mensualités sont calculées à partir de janvier 2022 sur la base de la notification de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements au titre de l'année 2021.

II. – Au plus tard le 30 avril 2023, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête le montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale pour l'année 2022 en application du présent arrêté, et en informe les établissements. Le montant des recettes perçues par l'établissement au titre de cette dotation pour l'année 2022 fait l'objet d'une régularisation par comparaison entre le montant versé mentionné au 1^o du présent article et le montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale fixé pour l'année 2022 en application du présent arrêté.

Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête le montant du différentiel issu de cette comparaison :

- lorsque ce montant est négatif, les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale procèdent au versement de ce montant à l'établissement de santé concerné, en une seule fois ;
- lorsque ce montant est positif, les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale procèdent au recouvrement des sommes dues par retenue sur les prestations à venir.

Art. 13. – 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.

Fait le 31 décembre 2022.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*
Pour le ministre et par délégation :
*La cheffe de service,
adjoindte 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

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 ^o 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 R. 6123-54 du code de la santé publique	FINESS géographique	Dialyse-1	Établissements exerçant une activité de 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 ^o 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 ^o 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 des prises en charge à temps complet
		PSY - 5	Établissements non-sectorisés dont la file active est strictement inférieure à 4 000 patients et ne réalisant pas de prise en charge 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

Catégorie	Indicateur	Seuil d'obligation de recueil	MCO		HAD		SSR		DIA		PSY	
			DP (*)	IFAQ	DP (*)	IFAQ	DP (*)	IFAQ	DP (*)	IFAQ	DP (*)	IFAQ
Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins	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	Pour le MCO : au moins 500 séjours cibles tels que définis pour le MCO Pour le SSR : au moins 31 séjours cibles tels que définis pour le SSR Pour la PSY : au moins 31 séjours cibles tels que définis pour la PSY	X	X			X	X			X	X
	Qualité de la lettre de liaison à la sortie en chirurgie ambulatoire	Au moins 31 séjours cibles	X	X								
	Coordination de la prise en charge en HAD	Au moins 31 séjours cibles			X	X						
	Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres (***)	Au moins 100 séjours cibles									X	X
	Mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche-hors fracture(***)	Au moins 10 séjours cibles	X	X								
	Mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de genou(***)	Au moins 10 séjours cibles	X	X								
	Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact	Au moins 10 séjours cibles	X	X								
	Dimensions de l'indicateur <i>Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact</i> : 1) mise en place des précautions complémentaires contact 2) information au patient de la mise en place des précautions complémentaires contact		X									
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

(*) 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 PMSI 2020 et 2021

Règles particulières :

I. Recueil des indicateurs HOP'EN :

Pour les indicateurs HOP'EN :

- alimentation du 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 31 octobre 2022.

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

- dans le champ d'activité MCO, chacun des quatre indicateurs concernant la mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche-hors fracture, concernant la mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de genou, concernant la mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche-hors fracture, et concernant la mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de de genou est sous pondéré via un coefficient de 0,25 et compte donc comme un quart d'indicateur ;
- dans les champs d'activité MCO, HAD, SSR et DIA, l'indicateur Alimentation du DMP est sous-pondéré à 0,25 et l'indicateur Usage d'une messagerie sécurisée est sous-pondéré à 0,75.

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	NA
En MCO	Mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche-hors fracture	Règle spécifique (*)		
En MCO	Mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de genou	Règle spécifique(*)		
En HAD	Tenue du dossier patient	X	80/100	NA
En HAD	Évaluation du risque d'escarres	X	80%	X
En SSR	Projet de soin projet de vie	X	80/100	X
En MCO et SSR	Évaluation et prise en charge de la douleur	X	80%	X
En HAD	Évaluation et prise en charge de la douleur	X	80%	NA
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%	NA
En MCO	Qualité de la lettre de liaison à la sortie	X	80/100	X(**)

Indicateurs		Niveau Atteint	Cible de qualité	Évolution
En SSR	Qualité de la lettre de liaison à la sortie	X	80/100	X(**)
En MCO chirurgie ambulatoire	Qualité de la lettre de liaison à la sortie	X	80/100	X(**)
En HAD	Coordination de la prise en charge en HAD	X	80/100	X
En MCO	Mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche-hors fracture	Règle spécifique (*)		
En MCO	Mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de genou	Règle spécifique (*)		
En MCO	Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact	X	80%	NA
En PSY	Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres	X	Règle spécifique (****)	NA
En PSY	Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions	X	(***)	NA
En PSY	Évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes	X	(***)	NA
En PSY	Qualité de la lettre de liaison	X	80%	NA
En PSY	Évaluation et prise en charge de la douleur	X	80%	NA
Certification		X	Règle spécifique (****)	NA

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

(**) L'indicateur a évolué entre 2019 et 2022 : l'évolution sera calculée sur la version 2019 appliquée au recueil 2022 afin de permettre la mise à disposition d'une évolution dans le cadre d'IFAQ.

(***) L'indicateur étant recueilli pour la première année, aucune cible n'est définie pour cet indicateur cette année. La cible sera déterminée à partir des résultats de la campagne 2022.

(****) Règle spécifique définie à l'article 10.

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

ANNEXE 4

Pour les indicateurs mis à disposition par la Haute Autorité de santé, à l'exception de l'indicateur « Certification », des indicateurs mentionnés à l'article 8 et les indicateurs dans le champ PSY, la part de rémunération au titre du niveau atteint est déterminée :

- pour les indicateurs 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 brute obtenue par l'établissement sur l'indicateur et la valeur cible de qualité fixée pour ce même indicateur.

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 », la part de rémunération au titre du niveau atteint est le rapport entre la valeur brute obtenue par l'établissement sur l'indicateur et la valeur cible de qualité fixée pour ce même indicateur.

ANNEXE 5

La nature de l'évolution des résultats pour les indicateurs calculés à partir du dossier patient est déterminée comme suit :

- 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.

La nature de l'évolution des résultats pour les indicateurs de type e-Satis est déterminée comme suit :

- lorsque la valeur du nouveau score s'inclut dans une classe supérieure à celle du résultat précédent, l'évolution du résultat de l'indicateur est considérée comme positive ;
- lorsque la valeur du nouveau score reste dans la même classe que celle du résultat précédent, alors l'évolution est considérée comme stable ;
- lorsque la valeur du nouveau score s'inclut dans la classe inférieure à celle du résultat précédent, l'évolution du résultat de l'indicateur est considérée comme négative.

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^o 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^o 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.