

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 31 décembre 2022 modifiant l'arrêté du 25 septembre 2019 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique en application de l'article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale

NOR : SPRH2235982A

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 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-6-2 et R. 162-33-16-1 ;

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

Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 modifié 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 ;

Vu l'arrêté du 25 septembre 2019 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique en application de l'article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu la saisine de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 16 décembre 2022,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'arrêté du 25 septembre 2019 susvisé est modifié conformément aux articles 2 à 7 du présent arrêté.

Art. 2. – Les troisième et quatrième alinéas de l'article 3 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Ce nombre de patients est mesuré sur la base des données d'activité de l'année antérieure, conformément au périmètre défini à l'article 2 du présent arrêté, transmises via le système d'information prévu aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

« Pour la première année de mise en œuvre du dispositif par un établissement, ce nombre de patients est mesuré sur la base des données d'activité de l'année concernée, conformément au périmètre défini à l'article 2 du présent arrêté, déclarées par les établissements de santé concernés auprès des agences régionales de santé. »

Art. 3. – Au deuxième alinéa de l'article 6, est ajoutée la phrase suivante : « Cette dotation tient compte des résultats obtenus aux indicateurs qualité mentionnés au VI de l'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article 10 *ter* du présent arrêté. »

Art. 4. – Les quatre premiers alinéas de l'article 8 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Pour les établissements dont le nombre de patients n'est pas substantiellement inférieur au seuil d'éligibilité tel que défini à l'article 3 du présent arrêté, lorsque la dotation annuelle MRC déterminée selon les modalités prévues aux articles 6 et 7 du présent arrêté, est inférieure à un niveau de rémunération minimale, l'établissement de santé éligible perçoit un complément de rémunération visant à lui garantir un seuil minimal de rémunération tel que défini par les dispositions du présent article.

« Cette garantie minimale est calculée de la manière suivante : nombre de patients mentionné à l'article 3 du présent arrêté pour être éligible à la rémunération forfaitaire du présent arrêté multiplié par le montant annuel moyen national par patient et déduction faite, le cas échéant, des minorations prévues à l'article 9 du présent arrêté appliquées à l'établissement.

« Le montant annuel moyen national par patient correspond à la valorisation moyenne pondérée par patient pris en charge dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

d'une part et dans les établissements mentionnés aux d et e du même article d'autre part, de l'année antérieure, selon les valeurs forfaitaires prévues à l'article 7 sans prise en compte des minorations prévues à l'article 9 du présent arrêté.

« Le directeur général de l'agence régionale arrête le montant de la dotation annuelle dans les conditions prévues au 1^{er} alinéa du présent article. Les caisses mentionnées aux articles L. 174-2, L. 174-15 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale procèdent à la régularisation de ce montant sur la base des sommes versées. »

Art. 5. – A l'article 9, au 1^o après le mot : « consultation » et aux 2^o et 3^o après le mot : « séance », est inséré le mot : « individuelle »

Art. 6. – Le premier alinéa de l'article 10 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le montant de la dotation annuelle MRC calculé sur la base du nombre de patients déclarés par les établissements éligibles et de leurs résultats au regard des indicateurs qualité mentionnés au VI de l'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale est versé dans les conditions de l'article 6 du présent arrêté au plus tard le 31 mai de l'année n, sur la base de l'activité réalisée au cours de l'année n-1.

« Pour la dotation annuelle MRC versée en 2023 sur la base de l'activité réalisée en 2022, le calcul de la rémunération annuelle liée à la qualité des établissements éligibles ne peut conduire à minorer la dotation annuelle MRC calculée sur la base du nombre de patients déclarés par les établissements éligibles. »

Art. 7. – Après l'article 10, sont insérés les articles 10 *bis* et 10 *ter* ainsi rédigés :

« *Art. 10 bis.* – I. – Le montant provisoire mentionné au VIII de l'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale, est calculé sur la base du nombre de patients pris en charge par l'établissement éligible concerné déclaré pour la première année de mise en œuvre du forfait MRC dans les conditions du présent arrêté.

« Au plus tard le 31 mai de l'année suivant la première année de mise en œuvre, ce montant provisoire fait l'objet d'une régularisation pour tenir compte de l'activité effectivement réalisée au cours de l'année considérée par l'établissement de santé concerné selon les modalités prévues aux articles 6, 7 et 8 du présent arrêté.

« II. – Lorsqu'un établissement, n'est plus éligible à la dotation annuelle MRC dans les conditions prévues au présent arrêté, une régularisation a lieu au plus tard le 31 mai de l'année de sa radiation de la liste mentionnée à l'article 3.

« Cette régularisation se fait par comparaison entre les montants perçus par l'établissement au titre de la dotation annuelle MRC de l'année précédant la radiation et la valorisation de son activité effectivement réalisée l'année précédant la radiation selon les modalités prévues aux articles 6, 7 et 8 du présent arrêté.

« Le trop-perçu vient en déduction de l'ensemble des montants à verser à l'établissement de santé concerné.

« *Art. 10 ter.* – En application du VI de l'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale, les indicateurs liés à la qualité des prises en charge pris en compte pour fixer le montant de la rémunération annuelle perçues par les établissements éligibles sont liés à l'exhaustivité de la transmission des informations suivantes :

« 1^o Taux de patients éligibles à une greffe engagés dans un bilan d'inscription sur la liste d'attente de greffe ;

« 2^o Taux de patients pour lequel un courrier au médecin traitant et un plan personnalisé de soins est établi pour au moins les six prochains mois ;

« 3^o Taux de transmission de l'adresse mail du patient pour le questionnaire EvalSanté ;

« 4^o Taux de patients pour lequel l'évolution du DFG fait l'objet d'une remontée d'information.

« Pour chaque critère le seuil de haute qualité est fixé à 100 % de transmission de ces informations.

« Le montant de la rémunération annuelle liée à l'exhaustivité des indicateurs qualité des établissements éligibles est fonction du gain théorique de chaque établissement et de la valorisation associée de la progression annuelle des résultats de l'établissement pour chaque critère. Le gain théorique de chaque établissement est calculé sur la base de la valorisation de leur activité de l'année précédente déduction faite, le cas échéant, des minorations prévues à l'article 9 du présent arrêté appliquées à l'établissement. Pour les deux premières années de mise en œuvre du dispositif par un établissement, le montant de la rémunération annuelle liée à l'exhaustivité des indicateurs qualité est égal à son gain théorique.

« Ces calculs constituent la rémunération intermédiaire de l'établissement, qui peut correspondre à tout ou partie du gain théorique de l'établissement. Un complément de financement peut, le cas échéant, être versé à l'établissement sur la base des financements non alloués à l'ensemble des établissements de santé.

« Le poids alloué à chaque critère dans la valorisation des résultats est identique.

« Pour chaque critère une comparaison des résultats de l'établissement sur les deux années antérieures est effectuée afin de déterminer la rémunération intermédiaire de l'établissement.

« Ce montant ne peut excéder ce gain théorique.

« 1^o Lorsqu'un établissement atteint le seuil de haute qualité, qu'il progresse ou non, il bénéficie le cas échéant d'une rémunération correspondant au montant du gain théorique associé à chaque critère. Pour chaque critère la rémunération intermédiaire correspond alors ainsi au gain théorique ;

« 2^o Lorsqu'un établissement n'a pas atteint le seuil de haute qualité, il bénéficie le cas échéant d'une rémunération, en fonction du montant du gain théorique, déterminée par :

« a) La progression entre ses résultats aux critères de qualité entre les deux années précédentes ;

« b) L'écart entre ses résultats aux critères de qualité de l'année antérieure et le seuil de haute qualité des critères concernés.

« Pour chaque critère la rémunération intermédiaire est alors inférieure au gain théorique.

« Un établissement qui n'a pas atteint le seuil de haute qualité et qui n'a pas progressé entre les deux années antérieures ne perçoit aucun montant de dotation complémentaire.

« La rémunération intermédiaire d'un établissement est déterminée par la somme des rémunérations pour chaque critère prévu au présent article.

« Les financements non alloués aux établissements pour chaque critère sont répartis entre les établissements qui satisfont les critères mentionnés au deuxième alinéa du présent article au prorata de leur rémunération au titre de chaque critère.

« Le montant de la dotation complémentaire d'un établissement de santé est déterminé par la somme de ses rémunérations intermédiaires et après prise en compte de la répartition des financements non alloués.

« Les modalités de calcul du montant de la rémunération annuelle liée à la qualité des établissements éligibles, sont définies à l'annexe 3 du présent arrêté. »

Art. 8. – Il est ajouté en annexe 3 de l'arrêté du 25 septembre 2019 susvisé l'annexe du présent arrêté prévoyant les modalités de calcul du montant de la rémunération complémentaire annuelle liée à la qualité de la prise en charge des établissements éligibles

Art. 9. – Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2023.

Art. 10. – 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,
adjoite 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*

ANNEXE 3

MODALITÉS DE CALCUL DU MONTANT DE LA RÉMUNÉRATION COMPLÉMENTAIRE ANNUELLE LIÉE À LA QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE DES ÉTABLISSEMENTS ÉLIGIBLES

Les modalités de calcul du montant de la rémunération complémentaire annuelle liée à la qualité de prise en charge des établissements éligibles sont les suivantes :

La répartition du gain théorique par établissement (GTE) à parts égales entre les quatre critères de qualité définis de l'article 10 *ter* permet de constituer le GTE par critère.

Pour un établissement donné et chaque critère donné on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) :

- soit score N-2 le résultat pour la période de janvier à décembre N-2
- soit score N-1 le résultat pour la période de janvier décembre N-1
- soit SHQ le seuil de haute qualité
- si score N-1= SHQ alors la rémunération intermédiaire est égale au GTE.
 - RIE = 100 %*GTE
- si score N-1 < score N-2 ou si les données de l'établissement ne sont pas exploitables, la rémunération intermédiaire (RIE) est nulle :
 - RIE = 0 %*GTE
- si score N-2 < score année N-1 < SHQ, alors la rémunération intermédiaire est égale :

$$\text{RIE} = \frac{\text{score N-1} - \text{score N-2}}{\text{SHQ} - \text{score N-2}} * \text{GTE}$$

- le montant à verser à l'établissement (rémunération) est ensuite déterminé ainsi :

Rémunération = RIE + complément sur les financements non alloués

Pour chaque critère, les financements non alloués sont déterminés ainsi :

Financement non alloué = sommes des GTE- sommes des RIE

Pour chaque critère, les financements non alloués sont répartis entre les établissements qui bénéficient d'une dotation complémentaire et au prorata des RIE des établissements pour ce critère.

Pour un établissement donné, la somme des rémunérations pour chaque critère détermine le montant de la dotation complémentaire.

Pour les deux premières années de mise en œuvre du dispositif par un établissement, le montant de la rémunération annuelle liée à l'exhaustivité des indicateurs qualité est déterminé ainsi :

Rémunération = GTE