

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 2 avril 2024 modifiant l'arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation

NOR : TSSH2409028A

Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics, et le ministre délégué auprès de la ministre du travail, de la santé et des solidarités, chargé de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique, notamment son article R. 6123-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-8-2, R. 162-29, R. 162-29-1, R. 162-33-25 et R. 162-33-26 ;

Vu l'arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence 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 et dans un but de veille et de sécurité sanitaires ;

Vu l'arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2023 fixant pour l'année 2023 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu la saisine du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole en date du 22 mars 2024 ;

Vu la saisine de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 22 mars 2024,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'article 3 de l'arrêté du 6 avril 2021 susvisé est ainsi rédigé :

« *Art. 3. – I.* – Pour 2023, le montant national de dotation complémentaire mentionnée au I de l'article R. 162-33-26 du code de la sécurité sociale est de 79,3 millions d'euros.

« *II.* – Au titre de l'année 2023, le niveau de qualité atteint par un établissement pour son activité de soins de structure des urgences autorisée au titre du 3^o de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique et de l'activité de soins de la structure mobile d'urgence et de réanimation autorisée au titre du 2^o de l'article R. 6123-1 du même code est mesurée à partir d'indicateurs portant sur :

« *a)* La mention du "diagnostic principal", pour chaque résumé de passage aux urgences transmis par l'établissement concerné, dans les conditions prévues par l'arrêté du 24 juillet 2013 susvisé ;

« *b)* La transmission sans discontinuité, par l'établissement, des résumés de passage aux urgences de la structure des urgences, pour laquelle il est autorisé pour la période de janvier à décembre pour les périodes concernées, conformément aux dispositions de l'arrêté du 24 juillet 2013 susvisé ;

« *c)* Le nombre d'heures hebdomadaires postées des ambulanciers SMUR, issues des données SAE, devant être au moins égal au nombre d'heures hebdomadaires théoriques nécessaires pour assurer une activité SMUR (hors SMUR saisonnier) ;

« *d)* La durée de passage dans la structure des urgences autorisée des patients d'au moins 75 ans hospitalisés ;

« *e)* La part de patients d'au moins 75 ans hospitalisés depuis la structure des urgences et qui fait l'objet, en amont de son hospitalisation, d'une prise en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée mentionnée au 4^o de l'article D. 6124-22 du code de la santé publique.

« III. – Le montant de la dotation complémentaire mentionnée au III de l'article R. 162-33-26 du code de la sécurité sociale dont peut bénéficier un établissement est déterminé dans les conditions suivantes :

« 1° Afin de déterminer les montants à allouer aux établissements au titre de chacun des indicateurs mentionnés au II, le montant national de dotation complémentaire fixé au I est réparti entre les activités de médecine d'urgence de la manière suivante :

« – 61,9 millions d'euros sont alloués au titre des indicateurs mentionnés aux *a*, *b*, *d* et *e* du II pour les activités de soins de structure des urgences autorisées au titre du 3° de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique.

« Pour l'activité de soins de médecine d'urgence réalisée dans la structure des urgences, ce montant est réparti également entre ces indicateurs.

« Pour l'activité de soins de médecine d'urgence réalisée dans la structure des urgences pédiatriques, ce montant est pondéré de manière identique entre les indicateurs mentionnés aux *a* et *b* du II dans la valorisation des résultats ;

« – 17,4 millions d'euros sont alloués au titre de l'indicateur *c* du II pour l'activité de soins de la structure mobile d'urgence et de réanimation autorisée au titre du 2° de l'article R. 6123-1 susmentionné ;

« 2° Le montant national de dotation complémentaire ainsi réparti entre les activités de médecine d'urgence est réparti entre les établissements dans les conditions suivantes afin de déterminer le montant de base dont chaque établissement peut bénéficier au titre de la rémunération à la qualité mesurée par l'indicateur considéré :

« – pour l'activité de soin des structures des urgences, la répartition du montant à allouer au titre des indicateurs mentionnés aux *a*, *b*, *d* et *e* du II est déterminée en fonction de la catégorie de l'établissement et du poids que représente l'activité de l'établissement dans l'activité nationale de médecine d'urgence autorisée ;

« – pour l'activité de la structure mobile d'urgence et de réanimation, la répartition du montant à allouer au titre de l'indicateur mentionné au *c* du II est déterminée au prorata du nombre de lignes de la structure mobile d'urgence et de réanimation estimé pour chaque établissement.

« Le montant ainsi déterminé par établissement constitue le montant de base dont celui-ci peut bénéficier au titre de la rémunération à la qualité mesurée par l'indicateur considéré. Ce montant est appelé ci-après "gain théorique de l'établissement" ;

« 3° Pour chaque indicateur, la rémunération dont bénéficie l'établissement est fonction de ses résultats, tels que déterminés dans les conditions mentionnées au IV :

« – si le résultat de l'établissement atteint le seuil de haute qualité, pour l'indicateur considéré, tel que définie au A du IV, la rémunération de l'établissement est égale au gain théorique de l'établissement au titre de l'indicateur considéré ;

« – si le résultat de l'établissement n'atteint pas le seuil de haute qualité, tel que défini au A du IV, pour l'indicateur considéré et que les conditions d'éligibilité à la valorisation définies aux D et E du IV sont respectées, sa rémunération est déterminée en fonction :

« – de la progression de ses résultats, telle que définie au B du IV, pour les indicateurs *a* et *c* du II ;

« – de manière égale, de la progression des résultats de l'établissement, telle que défini au B du IV, et de l'écart de ses résultats à un seuil fixé au C du IV, pour les indicateurs *b*, *d* et *e* du II.

« Dans ce cadre, la rémunération de l'établissement est alors inférieure à son gain théorique ;

« Un établissement ne perçoit pas de rémunération au titre de l'indicateur concerné si :

« – les conditions d'éligibilité à la valorisation mentionnées au D et, le cas échéant, au E du IV ne sont pas respectées ;

« – il n'atteint pas le seuil de haute qualité, tel que défini au A du IV ;

« – il n'y a pas de progression de ses résultats, telle que définie au B du IV, pour les indicateurs *a* et *c* mentionnés au II ;

« – il n'y a pas de progression de ses résultats telle que définie au B du IV et son résultat n'atteint pas le seuil fixé au C du IV, pour les indicateurs *b*, *d* et *e* mentionnés au II.

« La rémunération d'un établissement, appelée "rémunération intermédiaire de l'établissement" est déterminée par la somme des rémunérations ainsi calculées pour chaque indicateur mentionné au II ;

« 3° bis La rémunération d'un établissement pour les indicateurs mentionnés aux *d* et *e* du II, ne peut être inférieure à un niveau minimum de rémunération. Ce niveau minimum ne peut être octroyé à l'établissement que s'il respecte les conditions mentionnées au F du IV. Dans ce cas, la valorisation associée à la progression de ses résultats, telle que définie dans les conditions précisées au B du IV, et la valorisation de l'écart de ses résultats par rapport à un seuil fixé au C du IV, est majorée de sorte à ne pas être inférieure à ce niveau minimum prévu pour les indicateurs mentionnés aux *d* et *e* du II ;

« 4° A la rémunération intermédiaire de l'établissement peut s'ajouter un montant complémentaire au titre des financements non alloués aux établissements compte tenu de leurs résultats aux indicateurs mentionnés au II. Ces financements non alloués sont répartis, pour chaque indicateur, entre les établissements qui, compte tenu de leurs résultats, perçoivent une rémunération au titre de l'indicateur. Cette répartition est effectuée au prorata de la rémunération intermédiaire des établissements par indicateur.

« Le montant de la dotation complémentaire d'un établissement de santé est ainsi déterminé par la somme de ses rémunérations au titre de chaque indicateur mentionné au II et après prise en compte de la répartition des financements non alloués.

« IV. – Les résultats des établissements sont déterminés de la manière suivante :

« A. – Pour chacun des indicateurs mentionnés au II, un seuil de haute qualité est ainsi fixé :

- « – pour le critère mentionné au *a* du II, le seuil est fixé à 95 % d'exploitabilité du diagnostic principal ;
- « – pour le critère mentionné au *b* du II, le seuil de discontinuités nettes, tel que défini à l'annexe 4, est fixé à 0 jour dans l'année civile ;
- « – pour le critère mentionné au *c* du II, le seuil est fixé à 168 heures hebdomadaires ;
- « – pour le critère mentionné au *d* du II, le seuil est fixé à la valeur du 3^e quartile de la distribution des résultats nationaux de la période concernée pour 2022, tel que précisé à l'annexe 8. Le 3^e quartile correspond à la plus petite valeur telle que au moins 25 % des résultats des établissements lui sont supérieurs ;
- « – pour le critère mentionné au *e* du II, le seuil est fixé à la valeur du 1^{er} quartile de la distribution des résultats nationaux de la période concernée pour 2022, tel que précisé à l'annexe 8. Le 1^{er} quartile correspond à la plus grande valeur telle que au moins 25 % des résultats des établissements lui sont inférieurs.

« B. – La progression des résultats aux indicateurs mentionnés au II est définie de la manière suivante :

- « – pour les indicateurs mentionnés aux *a*, *c* et *d* du II, le résultat de l'établissement pour l'année 2022 doit être strictement supérieur au résultat de l'année 2021 ;
- « – pour les indicateurs mentionnés aux *b* et *e* du II, le résultat de l'établissement pour l'année 2022 doit être strictement inférieur au résultat de l'année 2021.

« C. – Pour les indicateurs mentionnés aux *b*, *d* et *e* du II, les résultats de l'établissement sont valorisés par rapport à l'écart à un seuil fixé qui est défini de la manière suivante :

« 1^o Pour l'indicateur mentionné au *b* du II, le seuil est fixé à la valeur moyenne des discontinuités nettes nationales des établissements pour 2022. Les résultats de l'établissement sont valorisés lorsqu'ils sont inférieurs à cette valeur ;

« 2^o Pour l'indicateur mentionné au *d* du II, le seuil est fixé à la valeur 1. Les résultats de l'établissement sont valorisés lorsqu'ils sont supérieurs à cette valeur ;

« 3^o Pour l'indicateur mentionné au *e* du II, le seuil est fixé à la moyenne des résultats nationaux des établissements pour l'année 2022. Les résultats de l'établissement sont valorisés lorsqu'ils sont inférieurs à cette valeur.

« D. – Pour les indicateurs mentionnés au II, les conditions d'éligibilité à la valorisation de la progression des résultats, telle que définie au B du présent IV, sont définies de la manière suivante :

« 1^o Pour l'indicateur mentionné au *d* du II, les établissements sont éligibles à la valorisation de la progression des résultats seulement si pour les années 2021 et 2022, dans les résumés de passage aux urgences, 80 % des variables mentionnées en annexe 5 sont renseignées dans les conditions prévues à la même annexe ;

« 2^o Pour le critère mentionné au *e* du II, les établissements sont éligibles à la valorisation de la progression des résultats seulement s'ils satisfont aux deux conditions suivantes :

- « – 80 % des variables mentionnées en annexe 5 sont renseignées dans les conditions prévues à la même annexe dans le résumé de passage aux urgences ;
- « – le résultat à l'indicateur, qui a fait l'objet d'un contrôle pour les années 2021 et 2022, est considéré comme calculable selon la méthode décrite en annexe 7 et lorsque la variation du résultat entre 2021 et 2022 est inférieure à 50 %.

« E. – Pour les indicateurs mentionnés aux *d* et *e* du II, les établissements sont éligibles à la valorisation de l'écart fixé à un seuil, tel que défini dans le C du IV, dans les conditions suivantes :

« 1^o Pour l'indicateur mentionné au *d* du II, les établissements sont éligibles à la valorisation de l'écart à un seuil fixé des résultats seulement si pour l'année 2022, dans les résumés de passage aux urgences, 80 % des variables mentionnées en annexe 5 sont renseignées dans les conditions prévues à la même annexe ;

« 2^o Pour le critère mentionné au *e* du II, les établissements sont éligibles à la valorisation de l'écart à un seuil fixé seulement s'ils répondent aux deux critères suivants pour l'année 2022 :

- « – 80 % des variables mentionnées en annexe 5 sont renseignées dans les conditions prévues à la même annexe dans le résumé de passage aux urgences ;
- « – le résultat à l'indicateur, qui a fait l'objet d'un contrôle, est considéré comme calculable selon la méthode décrite en annexe 7 et lorsque la variation du résultat entre 2021 et 2022 est inférieure à 50 %.

« F. – Pour les critères mentionnés aux *d* et *e* du II, un niveau minimum de financement est garanti :

« 1^o Au titre de la valorisation de la progression des résultats, telle que définie au B du IV, seulement si les résultats de l'établissement à l'indicateur respectent les conditions d'éligibilité mentionnées au D du présent IV. Ce niveau minimum garanti correspond à 50 % de la valorisation prévue au titre de la progression pour l'indicateur concerné ;

« 2° Au titre de la valorisation de l'écart à un seuil fixé, tel que défini au C du IV, seulement si les résultats de l'établissement à l'indicateur respectent les conditions d'éligibilité mentionnées au E du présent IV. Ce niveau minimum garanti correspond à 50 % de la valorisation prévue au titre de l'écart à un seuil fixé pour l'indicateur concerné. »

Art. 2. – L'annexe 3 de l'arrêté du 6 avril 2021 susvisé est abrogé. Les annexes 1 à 7 du présent arrêté deviennent respectivement les annexes 3 à 8 de l'arrêté du 6 avril 2021 susvisé.

Art. 3. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 2 avril 2024.

*Le ministre délégué auprès de la ministre
du travail, de la santé et des solidarités,
chargé de la santé et de la prévention,*

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,

M. DAUDÉ

*Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie,
des finances et de la souveraineté industrielle et numérique,
chargé des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service
adjointe au directeur de la sécurité sociale,*

D. CHAMPETIER

ANNEXES

ANNEXE 1

MODALITÉS DE CALCUL DU MONTANT DE LA DOTATION COMPLÉMENTAIRE

Les modalités de calcul du montant de la dotation complémentaire sont les suivantes :

La répartition du gain théorique par indicateur à parts égales entre les indicateurs *a*, *b*, *d* et *e* définis au II de l'article 1^{er} du présent arrêté permet de constituer le GTE par établissement, sauf pour les établissements mettant en œuvre une autorisation de structure des urgences pédiatriques pour lesquels seuls les indicateurs *a* et *b* sont pondérés de manière identique dans la valorisation des résultats.

Pour un établissement donné et pour l'indicateur *a* mentionné au II de l'article 1^{er} du présent arrêté, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) de l'indicateur qui correspond à sa rémunération au titre de l'atteinte du SHQ ou de sa progression :

- soit score 2021 le résultat pour la période de janvier à décembre 2021 ;
- soit score 2022 le résultat pour la période de janvier à décembre 2022 ;
- soit SHQ le seuil de haute qualité ;
 - si score 2022 \geq SHQ alors la rémunération intermédiaire est égale au GTE ;
 - RIE = 100 % \times GTE ;
 - si SHQ > score 2022 > score 2021, alors :
 - RIE = (score 2022 – score 2021) / (SHQ – score 2021) \times GTE.

Pour un établissement donné et pour l'indicateur *b* mentionné au II de l'article 1^{er} du présent arrêté, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) qui correspond au montant du GTE s'il atteint le seuil de haute qualité. Sinon, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) qui correspond à la somme de sa rémunération au titre de sa progression (RIE 1) et sa rémunération au titre de ses résultats aux critères de qualité pour la période concernée pour 2022 par rapport à la valeur moyenne des résultats nationaux de la même période et pour la même année (RIE 2)

- soit score 2021 le nombre de discontinuités nettes pour la période de janvier à décembre 2021 ;
- soit score 2022 le nombre de discontinuités nettes pour la période de janvier à décembre 2022 ;
- soit moyenne 2022 la moyenne arithmétique des résultats nationaux pour la période de janvier à décembre 2022 ;
- soit SHQ le seuil de haute qualité :
 - si score 2022 \leq SHQ alors la rémunération intermédiaire est égale au GTE ;
 - RIE = 100 % \times GTE.

Sinon :

- si SHQ < score 2022 < score 2021, alors la rémunération intermédiaire associée à sa progression (RIE 1) est égale à :
 - RIE 1 = (score 2021 – score 2022 / (Score 2021 – SHQ) \times GTE \times 50 % ;

- si moyenne 2022 > score 2022 > SHQ, alors la rémunération intermédiaire associée à son résultat par rapport à la valeur moyenne des résultats nationaux de la même période :
- $\text{RIE } 2 = (\text{score } 2022 - \text{moyenne } 2022) / (\text{SHQ} - \text{moyenne } 2022) \times \text{GTE} \times 50 \%$;
- $\text{RIE} = \text{RIE } 1 + \text{RIE } 2$.

Pour un établissement donné et pour l'indicateur *c* mentionné au II de l'article 1^{er} du présent arrêté, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) qui correspond à sa rémunération au titre de l'atteinte du SHQ ou de sa progression :

- soit score 2021 le résultat pour la période de janvier à décembre 2021 ;
- soit score 2022 le résultat pour la période de janvier à décembre 2022 ;
- soit SHQ le seuil de haute qualité
 - si score 2022 ≥ SHQ alors la rémunération intermédiaire est égale au GTE ;
 - $\text{RIE} = 100 \% \times \text{GTE}$;
 - si score 2021 < score 2022 < SHQ, alors :
 - $\text{RIE} = (\text{score } 2022 - \text{score } 2021 / \text{SHQ} - \text{score } 2021) \times \text{GTE}$.

Pour un établissement donné et pour l'indicateur *d* mentionné au II de l'article 1^{er} du présent arrêté, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) qui correspond au montant du GTE s'il atteint le seuil de haute qualité. Sinon, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) qui correspond à la somme de sa rémunération au titre de sa progression (RIE 1) et sa rémunération au titre de ses résultats aux critères de qualité pour la période concernée pour 2022 par rapport à la valeur moyenne des résultats nationaux de la même période et pour la même année (RIE 2)

- soit score 2021 le résultat pour la période de janvier à décembre 2021 ;
- soit BH 2021 la borne haute de l'intervalle de confiance calculée à partir du résultat pour la période de janvier à décembre 2021 ;
- soit score 2022 le résultat pour la période de janvier à décembre 2022 ;
- soit BB 2022 la borne basse de l'intervalle de confiance calculée à partir du résultat pour la période de janvier à décembre 2022 ;
- soit moyenne 2022 qui est fixé à la valeur 1 ;
- soit SHQ le seuil de haute qualité ;
 - si score 2022 ≥ SHQ et si l'indicateur est calculable en 2022 alors la rémunération intermédiaire est égale au GTE ;
 - $\text{RIE} = 100 \% \times \text{GTE}$.

Sinon :

a) Calcul de la valorisation du compartiment « progression » :

- si score 2021 ou score 2022 ne sont pas calculables, alors la rémunération intermédiaire associée à sa progression (RIE 1) est égale à 0 :
- sinon si BH 2021 < BB 2022 et score 2022 < SHQ, alors la rémunération intermédiaire associée à sa progression (RIE 1) est égale à :
- $\text{RIE } 1 = (50 \% + 50 \% \times (\text{score } 2022 - \text{score } 2021 / \text{SHQ} - \text{score } 2021)) \times \text{GTE} \times 50 \%$;

b) Calcul de la valorisation « écart à la moyenne » :

- si score 2022 n'est pas calculable, alors la rémunération intermédiaire associée à son résultat par rapport à la valeur moyenne (RIE 2) est égale à 0 :
- sinon si moyenne 2022 < score 2022 < SHQ, alors la rémunération intermédiaire associée à son résultat par rapport à la valeur moyenne des résultats nationaux de la même période :
- $\text{RIE } 2 = (50 \% + 50 \% \times (\text{score } 2022 - \text{moyenne } 2022) / (\text{SHQ} - \text{moyenne } 2022)) \times \text{GTE} \times 50 \%$;
- $\text{RIE} = \text{RIE } 1 + \text{RIE } 2$.

Pour un établissement donné et pour l'indicateur *e* mentionné au II de l'article 1^{er} du présent arrêté, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) qui correspond au montant du GTE s'il atteint le seuil de haute qualité. Sinon, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) qui correspond à la somme de sa rémunération au titre de sa progression (RIE 1) et sa rémunération au titre de ses résultats aux critères de qualité pour la période concernée pour 2022 par rapport à la valeur moyenne des résultats nationaux de la même période et pour la même année (RIE 2)

- soit score 2021 le résultat pour la période de janvier à décembre 2021 ;
- soit BB 2021 la borne basse de l'intervalle de confiance calculée à partir du résultat pour la période de janvier à décembre 2021 ;
- soit score 2022 le résultat pour la période de janvier à décembre 2022 ;
- soit BH 2022 la borne haute de l'intervalle de confiance calculée à partir du résultat pour la période de janvier à décembre 2022 ;
- soit moyenne 2022 la moyenne arithmétique des résultats nationaux pour la période de janvier à décembre 2022 ;

- soit SHQ le seuil de haute qualité ;
- si score 2022 \leq SHQ et si l'indicateur est calculable en 2022, alors la rémunération intermédiaire est égale au GTE ;
- RIE = 100 % \times GTE.

Sinon :

c) Calcul de la valorisation du compartiment « progression » :

- si score 2021 ou score 2022 ne sont pas calculables ou alors si l'évolution 2021/2022 est supérieur ou égal à 50 %, alors la rémunération intermédiaire associée à sa progression (RIE 1) est égale à 0 ;
- sinon si SHQ < score 2022 et BH 2022 < BB 2021, alors la rémunération intermédiaire associée à sa progression (RIE 1) est égale à :
- RIE 1 = $(50 \% + 50 \% \times (\text{score 2021} - \text{score 2022} / \text{Score 2021} - \text{SHQ})) \times \text{GTE} \times 50 \%$;

d) Calcul de la valorisation « écart à la moyenne » :

- si score 2022 n'est pas calculable, alors la rémunération intermédiaire associée à son résultat par rapport à la valeur moyenne (RIE 2) est égale à 0 ;
 - sinon si moyenne 2022 > score 2022 > SHQ, alors la rémunération intermédiaire associée à son résultat par rapport à la valeur moyenne des résultats nationaux de la même période :
 - RIE 2 = $(50 \% + 50 \% \times (\text{score 2022} - \text{moyenne 2022}) / (\text{SHQ} - \text{moyenne 2022})) \times \text{GTE} \times 50 \%$;
 - RIE = RIE 1 + RIE 2.
- le montant à verser à l'établissement (rémunération) est ensuite déterminé ainsi :

Rémunération = RIE + complément sur les financements non alloués.

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

Financement non-alloué = sommes des GTE – sommes des RIE.

Pour chaque indicateur, 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 indicateur détermine le montant de la dotation complémentaire.

ANNEXE 2

INDICATEUR DE CONTINUITÉ CALENDRAIRE DU RECUEIL RPU

L'indicateur de continuité calendaire du recueil de RPU mesure 2 types de phénomènes : le cas où il n'y a aucune remontée de RPU à une date donnée (entre 0 heure et 23 h 59) et le cas où il n'y a pas de remontée de RPU pendant la nuit (la nuit est définie comme l'intervalle de temps entre 22 heures du soir et 6 heures du matin inclus). La non remontée de RPU pour ces 2 cas de figure entraîne le décompte d'une discontinuité. Une discontinuité observée la nuit est pondérée à 0,5 et une discontinuité observée pour une date donnée de 0 heure à 23 h 59 est pondérée à 1.

Pour l'établissement concerné, si le nombre de résumés de passage aux urgences (RPU) transmis un jour donné est égal à 0, alors le jour est décompté comme une discontinuité calendaire.

Pour les nuits sans remontée de RPU, on distingue 2 cas de figures :

- la non remontée de RPU correspond à l'absence d'arrivée de patients, conséquence de l'aléa lié à la fréquentation des patients aux urgences la nuit, notamment dans les petites structures ;
- la non remontée de RPU correspond à une fermeture ou à une absence de recueil des données.

Le décompte des nuits sans RPU se fait en excluant les dates sans remontée de RPU précédemment décomptées comme des discontinuités calendaires. Dit autrement, une nuit sans RPU n'est décomptée que seulement si par ailleurs il y a une remontée de RPU la veille et le jour même sur le créneau 6 heures-21 h 59.

Pour un établissement donné, on calcule le nombre total de nuits sans remontée de RPU auquel on soustraie le nombre de nuits sans remontée de RPU lié à l'aléa. La différence est considérée le nombre de discontinuités nocturnes.

Pour un établissement donné, l'aléa lié à la fréquentation des patients aux urgences la nuit est calculé grâce à la loi de Poisson. On calcule la probabilité qu'il n'y ait pas de passages aux urgences entre 22 heures et 6 heures à partir du nombre théorique moyen de RPU entre 22 heures et 6 heures.

Soit y le nombre théorique moyen de RPU la nuit sur une année pour un établissement donné :

Soit x le pourcentage de RPU entre 22 heures et 6 heures

Soit a le nombre de RPU total dans l'année pour un établissement donné

$$y = a \times x/364$$

Le pourcentage de RPU entre 22 heures et 6 heures, identique pour tous les établissements, est fixé à 11,14 %. Il correspond au taux moyen observé dans les petites structures des urgences (moins de 15 000 RPU par an).

Pour un établissement donné, on peut ainsi calculer la probabilité qu'il n'y ait pas de remontée de RPU une nuit donnée via la loi de Poisson. Le paramètre λ correspond au nombre moyen « y » théorique de RPU la nuit en

moyenne sur une année et pour un établissement donné. Le résultat nous donne la probabilité de nuit sans RPU entre 22 heures et 6 heures dans l'année.

L'incertitude statistique est traitée en calculant un intervalle de confiance via la loi binomiale inverse avec une marge d'erreur de 0,2 %. Les bornes hautes et basses sont calculées en prenant la probabilité de la loi de poisson (calculée précédemment) comme la probabilité de réussite. Le nombre de tirages correspond au nombre de nuits dans l'année moins le nombre de dates sans aucun RPU entre 0 heure et 23 h 59.

Pour un établissement donné, le nombre de discontinuités nettes finalement retenu dans l'indicateur correspond au nombre de nuit sans RPU entre 22 heures et 6 heures auquel on soustraie la valeur de la borne haute.

Discontinuités nettes = (discontinuités 24h – fermetures 24h autorisées par les ARS) + 0.5 × (discontinuités 22h-6h – fermetures nocturnes autorisées par les ARS – valeur de la borne haute)

ANNEXE 3

CALCUL DE L'ÉLIGIBILITE DES ÉTABLISSEMENTS AUX INDICATEURS DE DURÉE DE PASSAGE DES PATIENTS ÂGÉS DE 75 ANS ET PLUS HOSPITALISÉS ET PART DE L'UHCD DANS LES PASSAGES DES PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS SUIVIS D'HOSPITALISATION

Les établissements dont les variables utilisées pour le calcul des 2 indicateurs « durée de passage des patients de 75 ans et plus hospitalisés » et « part de l'UHCD dans les passages des patients de 75 ans et plus suivis d'hospitalisation » ne sont pas suffisamment bien remplies sont exclus de l'incitation financière prévue pour ces 2 indicateurs.

Les variables contrôlées sont les suivantes :

1. Durée de passage des patients de 75 ans et plus hospitalisés :
 - a. L'heure d'entrée ;
 - b. L'heure de sortie ;
 - c. Les durées (doivent être comprises entre 30 minutes et 5 jours inclus) ;
 - d. L'âge (doit être compris entre 0 et 120 ans inclus) ;
 - e. Le mode de sortie (modalité '6', '7', '8' ou '9') ;
 - f. L'orientation (modalité 'CHIR', 'MED', 'OBST', 'UHCD', 'REA', 'SI', 'SC', 'HO', 'SDRE', 'HDT' ou 'SDT' lorsque le mode de sortie du RPU est codé '6' ou '7') ;
 - g. Le diagnostic principal (variable « dp » avec un code correspondant à la nomenclature de l'ATIH) ;
2. Part de l'UHCD dans les passages des patients de 75 ans et plus suivis d'hospitalisation :
 - a. Le mode de sortie (modalité '6', '7', '8' ou '9') ;
 - b. L'âge (doit être compris entre 0 et 120 ans inclus) ;
 - c. L'orientation (modalité 'CHIR', 'MED', 'OBST', 'UHCD', 'REA', 'SI', 'SC', 'HO', 'SDRE', 'HDT' ou 'SDT' lorsque le mode de sortie du RPU est codé '6' ou '7') ;
 - d. Le diagnostic principal (variable « dp » avec un code correspondant à la nomenclature de l'ATIH).

Le pourcentage de RPU exploitable se calcule ainsi :

1. Durée de passage des patients de 75 ans et plus hospitalisés : les RPU des patients de moins de 75 ans sont exclus du calcul ci-dessous :

$$\% \text{ de RPU exploitable} = \frac{\text{Nombre de RPU avec les variables correctement codées}}{\text{Nombre de RPU remontés}}$$

Le seuil du pourcentage de RPU exploitable est fixé à 80 %.

Pour un établissement donné, si la part de RPU exploitables pour l'indicateur de durée de passage est supérieure ou égale à 80 % en année N et N-1, alors l'établissement est éligible au compartiment « progression » et « écart à la moyenne ».

Pour un établissement donné, si la part de RPU exploitables pour l'indicateur de durée de passage est supérieure ou égale à 80 % uniquement en année N, alors l'établissement est éligible uniquement au compartiment « écart à la moyenne ».

Pour un établissement donné, si la part de RPU exploitables pour l'indicateur de durée de passage est inférieure ou égale à 80 % en année N et N-1, alors l'établissement n'est éligible à aucun des compartiments « progression » et « écart à la moyenne » ;

2. Part de l'UHCD dans les passages des patients de 75 ans et plus suivis d'hospitalisation : les RPU des patients de moins de 75 ans sont exclus du calcul ci-dessous :

$$\% \text{ de RPU exploitable} = \frac{\text{Nombre de RPU avec les variables correctement codées}}{\text{Nombre de RPU remontés}}$$

Le seuil du pourcentage de RPU exploitable est fixé à 80 %.

Pour un établissement donné, si la part de RPU exploitables pour l'indicateur UHCD est supérieure ou égale à 80 % en année N et N-1 et si le résultat N et N-1 n'est pas considéré comme aberrant et si la variation du résultat

entre N et N-1 est inférieure à 50 %, alors l'établissement est éligible au compartiment « progression » et « écart à la moyenne ».

Pour un établissement donné, si la part de RPU exploitables pour l'indicateur UHCD est supérieure ou égale à 80 % uniquement en année N, alors l'établissement est éligible uniquement au compartiment « écart à la moyenne ».

Pour un établissement donné, si la part de RPU exploitables pour l'indicateur UHCD est inférieure ou égale à 80 % en année N et N-1, alors l'établissement n'est éligible à aucun des compartiments « progression » et « écart à la moyenne ».

ANNEXE 4

INDICATEUR DE DURÉE DE PASSAGE DES 75 ANS ET PLUS HOSPITALISÉS

L'indicateur de durée de passage des patients de 75 ans et plus hospitalisés est un ratio entre la durée de passage attendue et la durée de passage observée. La durée attendue correspond à la durée moyenne calculée au niveau national sur des groupes de référence. Le score de chaque établissement est ainsi calculé en prenant comme référence son propre case-mix.

Les groupes de référence sont constitués des croisements entre le diagnostic principal, le mode de sortie, l'orientation (UHCD) ainsi que l'âge du patient. On distingue 4 classes d'âge :

- moins de 16 ans ;
- 16-44 ans ;
- 45-74 ans ;
- 75 ans et plus.

De même on distingue 3 modes de sortie/orientation :

- externe ;
- transfert/mutation hors UHCD ;
- mutation UHCD.

En croisant ces différentes classes avec le diagnostic principal, les groupes de référence sont ainsi définis. Les groupes de référence sont calculés sur les bases RPU de 2019, 2021 et 2022.

Pour chaque groupe de référence, on calcule la durée moyenne (moyenne arithmétique) en excluant :

- les décès (mode de sortie '9' et CCMU 'D') ;
- les RPU avec la variable 'orientation' codée 'FUGUE', 'PSA' et 'REO' ;
- et les RPU non correctement codés pour les variables suivantes :
 - l'heure d'entrée ;
 - l'heure de sortie ;
 - les durées trop basses (moins de 30 minutes) ou trop élevées (plus de 5 jours) ;
 - l'âge (non compris entre 0 et 120 ans inclus) ;
 - le mode de sortie (modalité différente de '6', '7', '8' ou '9') ;
 - l'orientation (modalité différente de 'CHIR', 'MED', 'OBST', 'UHCD', 'REA', 'SI', 'SC', 'HO', 'SDRE', 'HDT' ou 'SDT' lorsque le mode de sortie du RPU est codé '6' ou '7') ;
 - le dp (code non correspondant à la nomenclature de l'ATIH).

Les groupes de moins de 100 RPU sont exclus afin de calculer des moyennes avec des effectifs suffisants et d'éviter ainsi l'influence potentielle des valeurs extrêmes qui pourraient biaiser le résultat à l'indicateur pour les établissements.

Pour chaque établissement, les RPU sont sélectionnés en excluant les RPU sur les mêmes critères que pour les groupes de référence (indiqués ci-dessus). Sur ce périmètre et pour chacun des RPU, on associe la durée moyenne du groupe de référence auquel se rattache le RPU. Enfin on calcule le ratio pour chaque établissement en faisant la somme des durées de passage attendues (durée moyenne de passage du groupe de RPU auquel se rattache chaque RPU) et en divisant cette somme par la somme des durées de passages observées.

$$\text{Résultat de l'ES} = \frac{\sum \text{durées de passage attendues}}{\sum \text{durées de passage observées}}$$

Un établissement qui obtient un ratio supérieur à 1 correspond à un établissement dont la durée moyenne de passage est inférieure à celle observée dans les autres établissements à case-mix équivalent.

ANNEXE 5

INDICATEUR PART DE L'UHCD DANS LES PASSAGES DES PATIENTS
DE 75 ANS ET PLUS SUIVIS D'HOSPITALISATION

L'indicateur mesure le niveau d'utilisation de l'UHCD pour les patients de 75 ans hospitalisés. Le périmètre de calcul inclut les patients hospitalisés, ainsi que les patients décédés (mode de sortie codé '6', '7' ou '9'). Les patients qui transitent par l'UHCD sont identifiés via la variable 'orientation' et la modalité 'UHCD'.

Les RPU dont la variable mode de sortie, l'âge et l'orientation sont mal codés sont exclus du périmètre de calcul de l'indicateur.

$$\text{Résultat de l'ES} = \frac{\text{Nombre de RPU dans le périmètre avec passage par l'UHCD}}{\text{Nombre de RPU dans le périmètre}}$$

Pour les établissements qui sous-déclarent les passages par l'UHCD ou dont la pratique de codage de l'UHCD évolue trop fortement entre 2021 et 2022, l'indicateur est considéré comme non calculable. Les établissements concernés sont exclus de l'incitation financière prévue pour cet indicateur.

La sous-déclaration de codage de l'UHCD est identifiée en standardisant le résultat observé pour ce même établissement de la manière suivante :

1. On calcule par diagnostic principal un pourcentage de passage par l'UHCD – sur le même périmètre que l'indicateur mais en enlevant les RPU avec le diagnostic principal non renseigné – au niveau national sur les années 2019, 2021 et 2022 ;

2. On applique ce pourcentage à chaque établissement – sur le même périmètre que l'indicateur mais en enlevant les RPU avec le diagnostic principal non renseigné – et pour chaque diagnostic principal. On obtient ainsi un nombre attendu de patients de 75 ans et plus hospitalisés qui passent par l'UHCD ;

3. On calcule le ratio entre le nombre attendu de patients de 75 ans et plus qui transitent par l'UHCD et le nombre observé de patients de 75 ans et plus qui transitent par l'UHCD ;

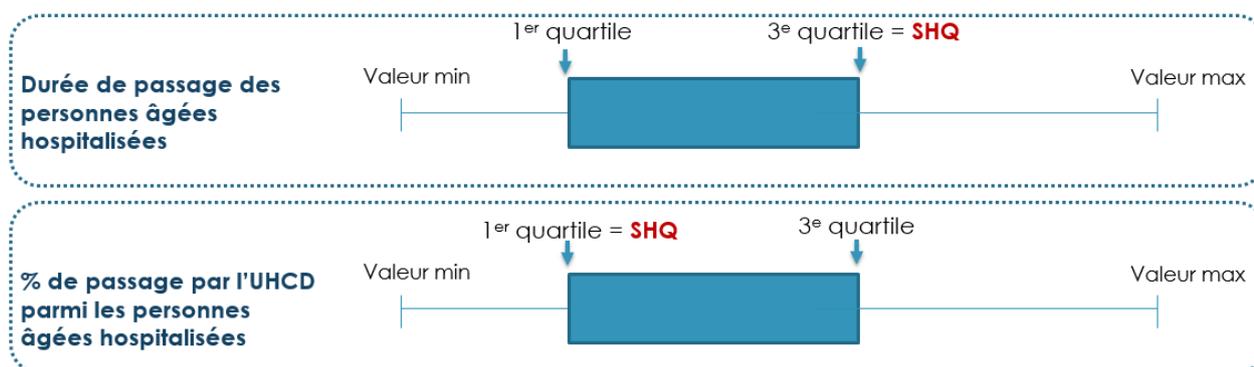
4. Le seuil de sous-déclaration de l'UHCD est fixé à partir de la distribution de ce ratio par établissement au niveau national ;

5. Les établissements qui sous-déclarent les passages par l'UHCD sont ceux dont le ratio est supérieur à la valeur du 3^e quartile + 1,5 × (écart interquartile).

De même, les établissements dont le résultat à l'indicateur varie de plus de 50 % entre les 2 années observées sont considérés comme ayant volontairement modifié la pratique de codage sans que cela ne reflète la réalité des prises en charge. Ils sont exclus de l'incitation financière prévue pour cet indicateur.

ANNEXE 6

ILLUSTRATION DU SEUIL DE HAUTE QUALITÉ POUR LES INDICATEURS « PART DE L'UHCD PARMI LES PATIENTS HOSPITALISÉS DE 75 ANS ET PLUS » ET « DURÉE DE PASSAGE DES PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS HOSPITALISÉS »



ANNEXE 7

DÉFINITIONS DE LA PROGRESSION

– Pour l'indicateur d'exploitabilité du diagnostic principal et nombre d'heure posté d'ambulanciers SMUR :

L'évolution entre les années N et N-1 est considérée comme positive si le résultat de l'année N est supérieur au résultat de l'année N-1.

L'évolution entre les années N et N-1 est considérée comme négative si le résultat de l'année N est inférieur au résultat de l'année N-1.

L'évolution entre les années N et N-1 est considérée comme stable si le résultat de l'année N est égal au résultat de l'année N-1.

– Pour l'indicateur de continuité calendaire RPU :

L'évolution entre les années N et N-1 est considérée comme positive si le résultat de l'année N est inférieur au résultat de l'année N-1.

L'évolution entre les années N et N-1 est considérée comme négative si le résultat de l'année N est supérieur au résultat de l'année N-1.

L'évolution entre les années N et N-1 est considérée comme stable si le résultat de l'année N est égal au résultat de l'année N-1.

– Pour l'indicateur de durée de passage des patients d'au moins 75 ans :

Pour chacun des résultats des établissements, un intervalle de confiance est calculé.

L'évolution entre les années N et N-1 est considérée comme positive si la borne basse de l'année N est supérieure à la borne haute de l'année N-1.

L'évolution entre les années N et N-1 est considérée comme négative si la borne haute de l'année N est inférieure à la borne basse de l'année N-1.

L'évolution entre les années N et N-1 est considérée comme stable si la borne haute de l'année N est comprise entre les bornes basses et hautes de l'année N-1, ou si la borne basse de l'année N est comprise entre les bornes basses et haute de l'année N-1.

– Pour l'indicateur « Part de patients qui transitent par l'UHCD parmi les patients d'au moins 75 ans hospitalisés » :

Pour chacun des résultats des établissements, un intervalle de confiance est calculé.

L'évolution entre les années N et N-1 est considérée comme positive si la borne haute de l'année N est inférieure à la borne basse de l'année N-1.

L'évolution entre les années N et N-1 est considérée comme négative si la borne basse de l'année N est supérieure à la borne haute de l'année N-1.

L'évolution entre les années N et N-1 est considérée comme stable si la borne haute de l'année N est comprise entre les bornes basses et hautes de l'année N-1, ou si la borne basse de l'année N est comprise entre les bornes basses et haute de l'année N-1.