

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 7 mai 2024 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 : TSSH2412811A

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 sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-5-1 et R. 162-33-16-1 ;

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 l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 23 avril 2024 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 24 avril 2024,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'arrêté du 25 septembre 2019 susvisé est ainsi modifié :

1^o Dans l'intitulé de l'arrêté et à l'article 1^{er}, la référence : « L. 162-22-6-2 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-5-1 » ;

2^o L'article 2 est ainsi modifié :

a) Aux quatorzième et quinzième alinéas, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

b) Avant le dix-septième alinéa, il est inséré l'alinéa suivant :

« – le suivi et les soins dispensés par un infirmier en pratique avancée lorsqu'ils font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dans les conditions mentionnées aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ; »

3^o Au dernier alinéa de l'article 3, l'article : « L. 162-22-6 » est remplacé par l'article : « L. 162-22-3 » ;

4^o L'article 5 est ainsi modifié :

a) Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« – un ou plusieurs infirmiers exerçant la mission mentionnée à l'article R. 4312-36 ou exerçant en pratique avancée et intervenant dans le domaine mentionné au 3^o de l'article R. 4301-2 du code de santé publique ; »

b) Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« – un ou plusieurs professionnels parmi l'une ou plusieurs des catégories suivantes : diététicien, psychologue, assistant social. » ;

c) Le cinquième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Et, en tant que de besoin, un ou plusieurs autres professionnels paramédicaux, socio-éducatifs ou exerçant des activités d'activité physique adaptée. » ;

5^o L'article 6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le chiffre : « III » est remplacé par le chiffre : « V » ;

b) Aux quatrième et cinquième alinéas, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

6° A l'article 7, aux quatrième et septième alinéas, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

7° L'article 8 est ainsi modifié :

a) Au troisième alinéa, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

b) Au quatrième alinéa, après les mots : « agence régionale », sont ajoutés les mots : « de santé » ;

8° L'article 9 est ainsi modifié :

Le premier alinéa est numéroté : « I. – » et la référence au III de l'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale est remplacée par le V du même article.

Au 1°, après les mots : « consultation individuelle », le mot : « de » est remplacé par le mot : « avec un ».

Au 2°, après les mots : « avec un infirmier », sont insérés les mots : « , exerçant la mission mentionnée à l'article R. 4312-36 ou exerçant en pratique avancée et intervenant dans le domaine mentionné au 3° de l'article R. 4301-2 du code de la santé publique, ».

Au 3°, après les mots : « séance individuelle avec », le mot : « le » est remplacé par les mots : « soit un » et l'alinéa est complété par les mots : « un psychologue, un assistant social, ou un infirmier exerçant en pratique avancée et intervenant dans le domaine mentionné au 3° de l'article R. 4301-2 du code de la santé publique ; ».

Avant le cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« II. – Au titre de la prise en charge d'un patient atteint de pathologies chroniques, la rémunération de l'établissement fixée à l'article 7 du présent arrêté est fonction des éléments suivant : ».

L'avant-dernier alinéa est numéroté 1°, les mots : « n'aura » sont remplacés par : « n'a » et, avant le mot : « néphrologue », le mot : « de » est remplacé par les mots : « avec un ».

Le dernier alinéa est numéroté 2° et, après les mots : « au 2° et au 3° du », sont ajoutés les mots : « I du ».

L'article est complété par les dispositions suivantes :

« 3° L'intervention de l'infirmier en pratique avancée :

« – ne peut être comptabilisée dès lors qu'elle fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dans les conditions mentionnées aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ;

« – ne peut être comptabilisée qu'une seule fois, soit au titre du 2°, soit au titre du 3° du I du présent article. » ;

9° L'article 10 *ter* est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 10 *ter*. – Chaque année, afin de tenir compte des résultats des indicateurs liés à la qualité de la prise en charge des patients atteints de maladie rénale chronique, un montant correspondant à 5 % de la valorisation résultant de l'application des articles 7 à 9 du présent arrêté, est réparti entre les établissements éligibles au sens du II de l'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale de la manière suivante :

« I. – Les résultats sont mesurés sur la base des indicateurs suivants, mentionnés au VI de l'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale :

« 1° Taux de patients éligibles à un bilan d'inscription sur la liste d'attente de greffe, engagés dans ce bilan au cours de l'année ;

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

« 3° Taux de transmission de l'adresse mail des patients en disposant et ayant accepté de la transmettre pour répondre à des questionnaires via la plateforme EvalSanté ;

« 4° Taux de patients pour lequel l'évolution du débit de filtration glomérulaire fait l'objet d'une remontée d'information.

« Pour chaque indicateur susmentionné, le seuil de haute qualité est fixé à 100 %.

« Pour la rémunération 2024 et 2025, l'indicateur mentionné au 1° est mesuré sur la base de l'exhaustivité de la transmission de l'information relative à la réalisation du bilan et les indicateurs mentionnés aux 2°, 3° et 4° sont mesurés sur la base de l'exhaustivité de la transmission des informations relatives à ces mêmes indicateurs.

« II. – La valorisation de la qualité mesurée à partir des indicateurs mentionnés au I du présent article est établie en fonction du montant mentionné au premier alinéa du présent article et selon les modalités mentionnées à l'annexe 4 du présent arrêté, de la manière suivante :

« 1° Le poids alloué à chaque indicateur dans la valorisation des résultats est identique ;

« 2° Au titre de l'année en cours, un montant théorique est déterminé par établissement au titre de chaque indicateur mentionné au I du présent article. La somme de ces montants constitue le "gain théorique" de l'établissement. Ce montant est établi au regard du poids que représente la valorisation de l'activité de chaque établissement, déduction faite, le cas échéant, des minorations prévues à l'article 9 du présent arrêté, dans la valorisation de l'activité nationale de prise en charge des patients atteints de maladie rénale chronique, au titre de l'année précédente ;

« 3° Au titre de l'année en cours, le montant que perçoit l'établissement au titre de chaque indicateur mentionné au I du présent article, correspond :

« a) Soit au montant théorique mentionné au 2° du présent II, si l'établissement atteint le seuil de haute qualité défini au I du présent article pour chaque indicateur mentionné au même I ;

« b) Soit à un montant calculé à partir des résultats de chaque indicateur mentionné au I du présent article. Pour chaque indicateur, le montant est fonction, d'une part, de la progression des résultats de l'établissement pour cet indicateur sur les deux années précédentes et, d'autre part, de l'écart entre ses résultats et le seuil de haute qualité pour l'indicateur considéré. Le montant de cette rémunération est inférieur à celui du "gain théorique" pour chaque indicateur ;

« c) Soit à un montant nul pour chaque indicateur susmentionné lorsque l'établissement n'atteint pas le seuil de haute qualité mentionné au I du présent article et n'a pas progressé entre les deux années précédentes ou que les données sont inexploitablement ou manquantes. Les données sont considérées comme inexploitablement pour un indicateur donné lorsque le taux mentionné au I du présent article et applicable à l'indicateur considéré est de 0 %.

« Ce montant ainsi déterminé pour chaque indicateur susmentionné, constitue la rémunération intermédiaire de l'établissement au titre de l'indicateur considéré ;

« 4° Le montant que perçoit l'établissement au titre de chaque indicateur, mentionné au 3° du présent II, peut être majoré le cas échéant d'un complément de financement sur la base des financements non alloués à l'ensemble des établissements de santé. Ce complément de financement est alloué aux établissements qui satisfont aux indicateurs mentionnés au I du présent article au prorata du poids de leur rémunération intermédiaire.

« Pour les deux premières années de mise en œuvre du dispositif par un établissement, le montant de la rémunération annuelle liée aux indicateurs qualité est égal à son gain théorique. » ;

10° L'article 12 est complété par les dispositions suivantes :

« Annexe 3 : Contenu de la lettre de synthèse ;

« Annexe 4 : Modalités de calcul du montant de la rémunération complémentaire annuelle liée à la qualité de prise en charge des établissements éligibles. »

Art. 2. – L'annexe 1 est remplacée par l'annexe suivante :

« ANNEXE 1

« LISTES DES VARIABLES À RECUEILLIR

« I. – Données administratives :

« 1° FINESS juridique ;

« 2° FINESS géographique ;

« 3° Identifiant Permanent Patient (IPP) ;

« 4° Date de naissance ;

« 5° Sexe ;

« 6° Date de début de la prise en charge dans le parcours ;

« 7° Date de fin de la prise en charge dans le parcours ;

« 8° Mode de sortie du patient du parcours ;

« 9° Patient bénéficiant de la complémentaire santé solidaire.

« II. – Caractéristiques patients :

« 1° Etiologie de la pathologie rénale ;

« 2° Stade de la MRC au 1^{er} semestre ;

« 3° DFG au 1^{er} semestre ;

« 4° Date DFG au 1^{er} semestre ;

« 5° Test protéinurie des 24 heures ou test spot sur protéinurie/créatininurie au 1^{er} semestre. A compter du 1^{er} janvier 2025, le test précité est remplacé par Ratio albuminurie sur créatininurie (RAC) au 1^{er} semestre ;

« 6° Stade de la MRC au 2^e semestre ;

« 7° DFG au 2^e semestre ;

« 8° Date DFG au 2^e semestre ;

« 9° Test protéinurie des 24 heures ou test spot sur protéinurie/créatininurie au 2^e semestre. A compter du 1^{er} janvier 2025, le test précité est remplacé par Ratio albuminurie sur créatininurie (RAC) au 2^e semestre ;

« 10° Complications et comorbidités ;

« 11° Mobilité selon la classification ABM ;

« 12° Situation sociale du patient, selon les codes de la CIM-10 et la définition associée.

« III. – Activité :

« 1° Nombre de consultations individuelles de néphrologue ;

« 2° Nombre de séances individuelles avec un diététicien ;

« 3° Nombre de séances individuelles avec un IDE ;

- « 4° Nombre de séances individuelles avec un infirmier de pratique avancée ;
- « 5° Nombre d'entretiens individuels avec une assistance sociale ;
- « 6° Nombre de séances individuelles avec un psychologue.

« IV. – Résultat :

- « 1° Eligibilité du patient à un bilan pré-greffe ;
- « 2° Antériorité de l'inscription sur la liste d'attente de greffe ;
- « 3° Engagement dans le bilan pré-greffe ou réalisation du bilan ;
- « 4° Résultat du bilan ;
- « 5° Envoi d'une lettre de synthèse ;
- « 6° Statut de transmission de l'email du patient. »

Art. 3. – L'annexe 3 est ainsi modifiée :

L'ensemble des alinéas situés après les mots : « qui compléteront cette lettre de synthèse. » sont supprimés.

Art. 4. – L'annexe 4 est ainsi rédigée :

« ANNEXE 4

*« 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 indicateurs de qualité définis dans l'article 10 *ter* permet de constituer le GTE par indicateur.

« Pour un établissement donné et pour chaque indicateur 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 à 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 :

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

« La RIE ne peut excéder le GTE ;

« – 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 annuelle liée à la qualité des prises en charge.

« Pour les deux premières années de mise en œuvre du dispositif par un établissement, le montant de la rémunération annuelle liée aux indicateurs qualité est déterminé ainsi :

« Rémunération = GTE. »

Art. 5. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 7 mai 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,
adjoindte au directeur
de la sécurité sociale,*

D. CHAMPETIER