

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES

Arrêté du 20 décembre 2024 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, 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 : TSSH2434574A

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le ministre de la santé et de l'accès aux soins,
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° 2022-597 du 21 avril 2022 relatif à la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation ;

Vu l'arrêté du 15 mai 2023 fixant la liste des prises en charge spécifiques en soins médicaux et de réadaptation pouvant faire l'objet d'une inscription dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionnée à l'article R. 6123-125-2 du code de la santé publique ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 26 septembre 2024 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 10 décembre 2024 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole en date du 18 décembre 2024,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – La liste des indicateurs ainsi que les seuils d'activité régissant leur obligation de recueil par les établissements de santé, mentionnés à l'article R. 162-36 du code de la sécurité sociale, figurent en annexe 1 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. 2. – 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. 3. – I. – Les résultats des indicateurs, que chaque établissement de santé met à la disposition du public, sont inscrits au sein des fiches de publication disponibles sur les sites internet des organismes 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'informations 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. 4. – 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 est réparti en dix-sept groupes de comparaison (annexe 2).

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

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

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

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

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

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

Art. 5. – Le montant global de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale pour l'année 2024, est fixé à 700 millions d'euros.

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

1° La part de ce montant attribuée pour la dotation versée au titre des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale est répartie entre les huit groupes de comparaison, déterminés dans les conditions prévues à l'article 5, au prorata de la valorisation de l'activité produite par les établissements qui les composent sur le champ d'activité correspondant au groupe de comparaison. L'activité prise en compte pour effectuer cette répartition est celle de l'année précédente, valorisée sur la base des tarifs nationaux mentionnés à l'article L. 162-22-3 du même code ;

2° La part de ce montant attribuée pour la dotation versée au titre des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale est répartie entre les cinq groupes de comparaison, déterminés dans les conditions prévues à l'article 5, au prorata des recettes perçues au cours de l'année précédente par les établissements qui les composent. Ces recettes perçues au cours de l'année précédente sont établies sur la base des montants mentionnés à l'article R. 162-31-5 du même code ;

3° La part de ce montant attribuée pour la dotation versée au titre des activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale est répartie entre les quatre groupes de comparaison, déterminés dans les conditions prévues à l'article 5, au prorata de la valorisation de l'activité produite par les établissements qui les composent sur le champ d'activité correspondant au groupe de comparaison. L'activité prise en compte pour effectuer cette répartition est celle de l'année précédente, valorisée sur la base des tarifs nationaux mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code et en application du 1° du I de l'article 4 du décret du 21 avril 2022 susvisé.

Art. 6. – I. – Le montant alloué à chaque établissement au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est déterminé :

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

2° Pour les établissements exerçant une activité mentionnée au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, sur la base des recettes mentionnées au 2° de l'article 6 qu'il a perçues multipliées par la valeur unitaire de rémunération qualité de son groupe de comparaison et par la somme des scores obtenus pour les indicateurs pour lesquels il est rémunéré rapporté au nombre d'indicateurs pour lesquels il est soumis à une obligation de recueil.

Dans le cas où la somme des rémunérations initiales des établissements d'un groupe de comparaison est inférieure à la dotation allouée au groupe de comparaison, l'écart est réparti sur les rémunérations de l'ensemble des établissements en fonction de la proportion de la rémunération initiale.

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

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

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

Par exception :

- l'indicateur « Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres » est valorisé dans les conditions prévues à l'article 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.

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

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

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

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

- si le niveau de résultat atteint par l'établissement pour un indicateur est nul, l'établissement ne perçoit aucune rémunération au titre de l'évolution de ses résultats pour cet indicateur, quelle que soit la nature de son évolution ;
- si le niveau atteint par l'établissement pour un indicateur n'est pas nul et est inférieur à la cible de qualité :
 - l'établissement ne perçoit pas de rémunération au titre de l'évolution s'il obtient une évolution négative de ses résultats entre les deux dernières mesures disponibles au 31 octobre 2024 ;
 - l'établissement perçoit 50 % de la rémunération au titre de l'évolution s'il obtient une évolution stable de ses résultats entre les deux dernières mesures disponibles au 31 octobre 2024 ;
 - l'établissement perçoit la totalité de la rémunération au titre de l'évolution des résultats, s'il obtient une évolution positive de ses résultats entre les deux dernières mesures disponibles au 31 octobre 2024 ;
- si le niveau de résultat atteint par l'établissement pour un indicateur est supérieur ou égal à la cible de qualité définie en annexe 3, l'établissement perçoit la totalité de la rémunération au titre de l'évolution de ses résultats, quelle que soit la nature de son évolution.

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

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

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

a) Pour les établissements exerçant une activité mentionnée au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, cette valeur est égale au montant de la dotation qualité allouée au groupe de comparaison définie au 1° de l'article 6 rapporté à la somme des valorisations économiques des établissements du même groupe ;

b) Pour les établissements exerçant une activité mentionnée au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, cette valeur est égale au montant de la dotation qualité allouée au groupe de comparaison définie au 2° de l'article 6 rapporté à la somme des recettes mentionnées au même 2° de l'article 6 perçues par les établissements du même groupe ;

c) Pour les établissements exerçant une activité mentionnée au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, cette valeur est égale au montant de la dotation qualité allouée au groupe de comparaison définie au 3° de l'article 6 rapporté à la somme des valorisations économiques des établissements du même groupe.

Art. 7. – 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 :

1° Le poids de l'indicateur parmi l'ensemble des indicateurs du groupe de comparaison considéré. Le poids de ces indicateurs est défini en annexe 1 ;

2° Le volume économique des établissements concernés par l'indicateur et n'étant pas au résultat attendu dans le groupe de comparaison considéré ;

3° 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. 8. – Pour l'indicateur « Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres », l'analyse des résultats permet, pour chaque établissement concerné, et exerçant une activité mentionnée au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, de déterminer s'il est considéré ou non comme étant au résultat attendu, dont les modalités de calcul sont définies dans une fiche descriptive mentionnée en annexe 1.

Pour les établissements concernés par cet indicateur :

1° Ceux considérés comme étant au résultat attendu perçoivent la totalité de la rémunération au titre de cet indicateur ;

2° Ceux considérés comme n'étant pas au résultat attendu ne sont pas rémunérés au titre de cet indicateur.

Art. 9. – Le résultat pris en compte pour l'indicateur relatif à la certification des établissements de santé est celui validé par le collège de la Haute Autorité de santé applicable à l'établissement au 31 octobre 2024.

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 :

1° Cet indicateur est valorisé à 75 % pour les établissements certifiés en B au titre de la certification V2014 ;

2° Cet indicateur est valorisé à 100 % pour les établissements certifiés en A au titre de la certification V2014 ;

3° 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 ;

4° 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. 10. – En application du dernier alinéa de l'article R. 162-36-2 du code de la sécurité sociale, pour les établissements certifiés avec sursis (catégorie « D » au titre de la certification V2014) ou non certifiés (catégorie « E » au titre de la certification V2014 ou catégorie « Qualité des soins insuffisante » au titre de la nouvelle certification des établissements de santé pour la qualité des soins), le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente informe l'établissement de santé, avant le 30 avril 2025, du montant pouvant lui être alloué au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du même code, 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 précité est destinée au financement des actions prioritaires sur lesquelles il s'est engagé auprès de l'agence régionale de santé.

Art. 11. – Dans l'attente de la fixation du montant susmentionné au titre de l'année considérée dans les conditions de l'article R. 162-36-4 du code de la sécurité sociale, un acompte mensuel est déterminé sur la base du montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du même code arrêté au titre de l'année précédente.

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

Art. 12. – L'arrêté du 30 août 2023 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé, est abrogé.

Art. 13. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Catégorie	Indicateur	Seuil d'obligation de recueil	MCO		HAD		SMR		DIA		PSY	
			DP (*)	IFAQ								
	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		
	Chirurgie ambulatoire : Qualité de la lettre de liaison à la sortie	Au moins 31 séjours cibles	X	X								
	HAD : coordination de la prise en charge	Au moins 31 séjours cibles			X	X						
Performance de l'organisation des soins	Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres (***)	Au moins 100 séjours cibles									X	X
Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins	Consommation de produits hydroalcooliques		X		X		X		X			
	Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact	Au moins 10 séjours cibles	X	X								
	Dimensions de l'indicateur Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact : 1) mise en place des précautions complémentaires contact 2) information au patient de la mise en place des précautions complémentaires contact		X									
	Mesure des infections du site opératoire après pose de prothèse totale de genou (****)	Au moins 10 séjours cibles	X	X								
	Mesure des infections du site opératoire après pose de prothèse totale de hanche (****)	Au moins 10 séjours cibles	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 SMR et ses cinq dimensions, satisfaction vis-à-vis : de l'accueil, de la prise en charge, du lieu de vie, du repas, de l'organisation de la sortie.

(***) Calcul sur les données RIM-P 2023.

(****) Calcul sur les données PMSI 2023.

Règles particulières

I. – Recueil des indicateurs numériques :

Pour les indicateurs numériques :

- alimentation du dossier médical partagé (DMP) pour les patients disposant d'un DMP (NUM1) ;
- usage d'un service de messagerie sécurisée intégré à l'espace de confiance Messagerie Sécurisée de Santé (NUM2).

Le résultat pris en compte pour IFAQ est le dernier résultat mensuel disponible au 20 septembre 2024.

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, SMR et DIA, l'indicateur Alimentation du DMP est sous-pondéré à 0,50 et l'indicateur Usage d'une messagerie sécurisée est sous-pondéré à 0,50.

ANNEXE 2

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

Champ d'activité	Niveau de rattachement de l'établissement au sein du groupe de comparaison	Intitulé du groupe de comparaison	Critère d'identification du groupe
Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22	FINESS géographique	MCO-1	Établissements réalisant au moins 500 séjours (*) et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 15 groupes d'activité (**)
		MCO-2	Établissements réalisant au moins 500 séjours (*) et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 15 groupes d'activité et moins de 35 groupes d'activité (**)
		MCO-3	Établissements qui réalisent entre 500 séjours (inclus) (*) et moins de 20 000 séjours (*) par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 35 groupes d'activité (**)
		MCO-4	Établissements qui réalisent au moins 20 000 séjours (*) par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 35 groupes d'activité (**)
		MCO-5	Établissements qui réalisent moins de 500 séjours(*) par an
Les établissements exerçant les activités mentionnées à l'article 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° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale	FINESS géographique	SMR-1	Établissements réalisant moins de 730 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 20 groupes nosologiques (***)
		SMR-2	Établissements réalisant au moins 730 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 20 groupes nosologiques (***)
		SMR-3	Établissements réalisant moins de 730 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 20 groupes nosologiques (***)
		SMR-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 (***)

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 2 ^e de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale	FINESS de transmission RIM-P	PSY - 1	Établissements dont la file active (****) est supérieure ou égale à 10 000 patients.
		PSY - 2	Établissements dont la file active (****) est comprise entre 4 000 et 9 999 patients
		PSY - 3	Établissements sectorisés dont la file active (****) est strictement inférieure à 4 000 patients
		PSY - 4	Établissements non-sectorisés dont la file active (****) est strictement inférieure à 4 000 patients et réalisant au moins 1000 journées de présence à temps complet
		PSY - 5	Établissements non-sectorisés dont la file active (****) est strictement inférieure à 4 000 patients et réalisant moins de 1000 journées de présence à temps complet

(*) Séjours MCO hors séances.

(**) Les groupes d'activité sont des regroupements des racines de groupes homogènes de malades (GHM). Les racines de GHM sont définies par le Manuel des groupes homogènes de malades publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé, conformément à l'annexe IV de 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. La liste des groupes d'activité est publiée sur le site internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation <https://www.atih.sante.fr/mco/classification-medico-economique>

(***) Les groupes nosologiques sont définis par le Manuel des groupes médicoéconomiques en soins de suite et de réadaptation publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé, conformément à l'annexe IV de l'arrêté du 27 décembre 2023 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

(****) La file active correspond au nombre total de patients pris en charge en psychiatrie par l'établissement, quelle que soit la nature de prise en charge (temps complet, temps partiel, ambulatoire). Pour une année donnée, un patient est compté une fois quels que soient le nombre et la diversité des prises en charge réalisés par les structures de psychiatrie à temps complet, à temps partiel ou ambulatoires.

ANNEXE 3

Indicateurs		Niveau Atteint	Cible de qualité	Evolution
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 SMR	Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en SMR	X	76,6/100	X
En MCO-CA	Qualité de la lettre de liaison à la sortie	X	80/100	X
En MCO	Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact	X	80%	X
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 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 SMR	Projet de soins projet de vie	X	80/100	NA
En HAD	Tenue du dossier patient	X	80/100	X
En HAD	Coordination de la prise en charge en HAD	X	80/100	X
En MCO, SMR, HAD et DIA	Alimentation du DMP pour les patients disposant d'un DMP lors de leur admission	X	50%	NA
En MCO, SMR, HAD et DIA	Usage d'un service de messagerie sécurisée intégré à l'espace de confiance Messagerie Sécurisée de Santé	X	50%	X

Indicateurs		Niveau Atteint	Cible de qualité	Evolution
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	80/100	X
En PSY	Évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes	X	80/100	X
Certification		X	Règle spécifique (***)	NA

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

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

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

ANNEXE 4

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

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

ANNEXE 5

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

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

ANNEXE 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 du I de l'article 7- pondéré de la part de dotation allouée au titre du niveau atteint (soit 50 %) ;

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

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