

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 23 février 2022 fixant les référentiels mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale et applicables au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 du même code

NOR : SSAS2203635A

Le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-30-3, D. 162-14 et D. 162-16 ;

Vu l'arrêté du 12 décembre 2018 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale ;

Vu la saisine du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 21 janvier 2022 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 8 février 2022 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole en date du 16 février 2022,

Arrête :

Art. 1^{er}. – I. – Les référentiels nationaux mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale et applicables au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 du même code correspondent aux indicateurs suivants :

- 1° Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ;
- 2° Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM) ;
- 3° La part de l'ambulance dans les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de transports ;
- 4° Les prescriptions examens pré-anesthésiques (EPA) ;
- 5° Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de l'ézétimibe ;
- 6° Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de pansements ;
- 7° Les réhospitalisations à 3 mois pour décompensation d'une insuffisance cardiaque.

Ces référentiels, fixés en annexe, servent de base au ciblage des établissements conformément au 1° du II de l'article D. 162-14 et au calcul des intéressements notifiés par le directeur général de l'agence régionale de santé au directeur de l'établissement dans le cadre du contrat susmentionné en application du 2° du V de l'article D. 162-16.

II. – En application de l'article D. 162-16, et après avis de de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur de l'agence régionale de santé peut fixer des objectifs dans le contrat susmentionné conclu avec l'établissement ciblé conformément à l'article D. 162-14.

Pour fixer les objectifs relatifs aux indicateurs nationaux, mentionnés au 2° du V de l'article D. 162-16, il peut s'appuyer sur les taux cibles nationaux appliqués aux référentiels mentionnés au I. Ces taux sont précisés en annexe.

III. – Les intéressements mentionnés au I sont fixés en fonction des économies constatées du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année concernée sur les dépenses d'assurance maladie par rapport à l'année précédente, selon les modalités suivantes :

- 1° Dans la limite de 20 % de l'économie réalisée par l'établissement s'agissant du 1°, 2° et 3° du I ;
- 2° Dans la limite de 30 % des économies réalisées par l'établissement s'agissant du 4°, 5°, 6°, et 7° du I.

Ils sont aussi déterminés en fonction de l'évaluation de l'atteinte globale des objectifs mentionnés au II, qui peut donner lieu à la minoration des intéressements nationaux.

Afin de limiter l'impact de la crise sanitaire liée au covid pour les résultats des indicateurs, des ajustements quant à la méthodologie de détermination des résultats pourront être réalisés.

L'établissement de santé peut utiliser, tout ou partie des intéressements versés par les agences régionales de santé sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, pour contribuer au financement des projets des services et pôles contributeurs aux actions de pertinence réalisées pour atteindre les référentiels figurant au I.

Art. 2. – Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur le lendemain de sa publication et s'appliquent aux contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins entrant en vigueur à partir de l'année 2022.

Art. 3. – L'article 1^{er} de l'arrêté du 12 décembre 2018 susvisé est ainsi complété par un alinéa ainsi rédigé :
« L'ensemble des référentiels susmentionnés s'appliquent uniquement aux contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins qui sont entrés en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022. »

Art. 4. – La directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 23 février 2022.

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service,
adjointe au directeur de la sécurité sociale,*
M. KERMOAL-BERTHOME

*La directrice générale
de l'offre des soins,*
K. JULIENNE

ANNEXE

| Nom des indicateurs nationaux | Référentiels que les établissements de santé doivent respecter (seuils et taux limites) (A noter si mention d'un « ou » : lorsqu'il y a plusieurs conditions à respecter, si l'une des conditions est validée, l'établissement respecte le référentiel) | Référentiels pour les taux cibles |
|---|--|---|
| 1° les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ; | Les prescriptions hospitalières en ville (PHEV) de spécialités contenant un inhibiteur de la pompe à protons sont inférieures à 8500 boîtes / an | -5%/an de dépenses remboursées |
| 2° les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM) ; | Le montant remboursé des dépenses résultant des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de perfuseurs par diffusion et de systèmes actifs électriques est inférieur à 100 000 euros/an ou Le taux de recours à ces deux systèmes de perfusion, en montants remboursés, est inférieur à 80% ; | -5%/an de dépenses remboursées |
| 3° la part de l'ambulance dans les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de transports ; | La part de l'ambulance sur le total des transports prescrits et remboursés (Ambulance + Taxi + véhicule sanitaire léger) inférieure à 20% ou Le montant remboursé des dépenses en ambulance résultant des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de transports sur une année entière est inférieur à 400 000 € | -1,67 point / an (ou - 5 points sur 3 ans) de la part de l'ambulance dans les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de transports |
| 4° les prescriptions examens pré-anesthésiques (EPA) ; | Le nombre d'exams pré-anesthésiques est inférieur à 1 000 examens ou Le taux de séjours avec des prescriptions inutiles est égal à 0% ; | 0% d'exams évitables |
| 5° les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de l'ézetimibe ; | Le montant remboursé des dépenses résultant des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) spécialités contenant de l'ézetimibe est inférieur à 20 000 euros ou Le ratio entre le nombre de PHEV en UCD de l'ézetimibe et le nombre PHEV en UCD des statines est inférieur à 9% | -5%/an de dépenses remboursées |
| 6° les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de pansements ; | Le montant moyen de dépenses remboursées par patient associé aux prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) des pansements, est inférieur de 40% par rapport au montant moyen de leur catégorie d'établissement. Éléments de critères de ciblage complémentaires : Seuls les établissements ayant un nombre de patients supérieur à 100 sur une année sont éligibles | Coût moyen par patient par catégorie d'établissement |
| 7° les réhospitalisations à 3 mois pour décompensation d'une insuffisance cardiaque ; | Référentiel (2 conditions distinctes) : Nombre de séjours ≤ Q1 ou Taux de réhospitalisation à 3 mois ≤ Q3 et Nombre de séjours ≤ Q2 ou Taux de réhospitalisation à 3 mois ≤ Q2 Éléments de critères de ciblage : Les établissements ciblés sont ainsi les établissements qui ne correspondent pas au référentiel : <i>Le nombre de séjours est supérieur au quartile Q1 et le taux de réhospitalisation à 3 mois est supérieur au quartile Q3</i> ou <i>Le nombre de séjours est supérieur au quartile Q2 et le taux de réhospitalisation à 3 mois est supérieur au quartile Q2</i> et Seuls les établissements ayant un nombre de réhospitalisation à 3 mois pour décompensation d'une insuffisance cardiaque dans un même établissement supérieur à 10 sont éligibles. | - 1 point du taux de réhospitalisation à 3 mois /an (ou -3 points sur 3 ans) |