

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

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

NOR : SSAS1834177A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la santé publique ;

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

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 9 octobre 2018 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole en date du 24 octobre 2018,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Les référentiels mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

1° Le taux d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville est fixé à 2,2 % ;

2° Le montant des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville est fixé à 500 000 € ;

3° Le taux global prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du même code, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville est fixé à 3,3 %. Ce taux d'évolution global comprend :

– Le taux d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville qui est fixé à 3,2 % ;

– Le taux d'évolution des dépenses des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du même code, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville qui est fixé à 3,6 % ;

4° Le taux d'évolution des dépenses des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est fixé à 3,0 % ;

5° Le taux d'évolution des dépenses des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 est fixé à 3,0 % ;

6° Le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques prescrits par les médecins exerçant dans l'établissement de santé est fixé à 49 %.

7° La liste des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins pris en compte pour évaluer le risque médicamenteux et le risque de rupture de parcours de soins du patient ainsi que les valeurs limites que doivent atteindre les établissements de santé ciblés sont fixés en annexe.

Art. 2. – La directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 12 décembre 2018

*La ministre des solidarités
et de la santé,*
Pour la ministre et par délégation :
*La directrice générale
de l'offre de soins,*
C. COURRÈGES

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*
Pour le ministre et par délégation :
La directrice de la sécurité sociale,
M. LIGNOT-LELOUP

ANNEXE

I. – Mesure du risque médicamenteux :

Taux de séjour disposant de prescriptions informatisées (D3.1)	
Définition	Indicateur présenté sous la forme d'un taux qui mesure le nombre de séjours qui comportent a minima une prescription de médicaments informatisée par rapport au nombre de séjours total (valeur cible : 50 % des séjours)
Classe de performance	Sans objet
Valeur de référence	Résultat publié sur le site internet de l'Observatoire des Systèmes d'Information de Santé (http://osis.atih.sante.fr/)
Valeur à atteindre (*)	Strictement supérieur à 10 %

(*) Les établissements « Non répondant » correspondent aux établissements qui n'ont pas répondu à leur obligation de recueil. Ces établissements sont réputés ne pas avoir atteint la valeur requise.

II. – Mesure du risque de rupture de parcours de soins :

Document de sortie (DOC) en SSR	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la qualité du document de sortie produit le jour de la sortie du patient
Classe de performance	Ne sont pas pris en compte les classes définies par rapport à l'objectif de performance.
Valeur de référence	Résultat publié par le ministère chargé de la santé et la Haute autorité de santé sur le site internet Scope Santé (www.Scopesante.fr)
Valeur à atteindre (*)	Taux de conformité supérieur à 25 % (soit au moins 1 dossier sur 4 conforme)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS) en MCO (hors chirurgie ambulatoire)	
Définition	Cet indicateur évalue la qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation, qui est un élément clé de la continuité des soins. Elle doit être adressée au médecin de ville ou à la structure de transfert, et remise au patient le jour de sa sortie.
Classe de performance	Ne sont pas pris en compte les classes définies par rapport à l'objectif de performance.
Valeur de référence	Résultat publié par le ministère chargé de la santé et la Haute autorité de santé sur le site internet Scope Santé (www.Scopesante.fr)
Valeur à atteindre (*)	Taux de conformité supérieur à 20% (soit au moins 1 dossier sur 5 conforme)

(*) 10 % des établissements ont des résultats inférieurs à la valeur fixée. Les établissements n'ayant pas rempli leur obligation de recueil – dits « Non répondant » – sont réputés ne pas avoir atteint la valeur requise.