

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2019-977 du 23 septembre 2019 relatif à la rémunération forfaitaire des établissements de santé pour certaines pathologies chroniques prévue par l'article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale

NOR : SSAH1920643D

***Publics concernés :** établissements de santé, agences régionales de santé, caisses de sécurité sociale.*

***Objet :** création des forfaits pour la prise en charge de pathologies chroniques en application de l'article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale.*

***Entrée en vigueur :** le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.*

***Notice explicative :** le présent décret permet la valorisation de forfaits relatifs à la prise en charge de certaines pathologies chroniques. Il établit les éléments permettant de déterminer les établissements éligibles à ces forfaits, le calcul de leurs montants ainsi que les modalités de versement desdits forfaits.*

***Références :** les textes mentionnés par le présent décret peuvent être consultés sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr/>).*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6114-1 et L. 6114-2 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-6-2, L. 162-22-10 et L. 162-22-12 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 16 juillet 2019 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 16 juillet 2019 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 18 juillet 2019 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 9 juillet 2019 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1^{er}. – Après l'article R. 162-33-16 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article R. 162-33-16-1 ainsi rédigé :

« *Art. R. 162-33-16-1.* – I. – Pour l'application des dispositions de l'article L. 162-22-6-2, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques mentionnées sur la liste prévue à l'article L. 162-22-6-2 fait l'objet d'une rémunération annuelle, sous réserve, pour l'établissement de santé l'assurant, d'être éligible à cette rémunération dans les conditions fixées au II.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise pour les pathologies chroniques concernées :

« 1° Le périmètre des prises en charge couvertes par la rémunération annuelle compte tenu de l'objectif d'amélioration du parcours de soins ;

« 2° Les critères d'inclusion des patients qui dépendent des caractéristiques des pathologies concernées et des parcours des soins ;

« 3° L'équipe pluriprofessionnelle requise pour la prise en charge.

« II. – Un établissement de santé est éligible à la rémunération annuelle prévue au I, lorsqu'il prend en charge annuellement, au titre des pathologies mentionnées au I, un nombre minimal de patients répondant aux critères fixés au 2° du I. Ce nombre minimal est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, un établissement ne prenant pas en charge ce nombre minimal de patients est éligible à la rémunération annuelle prévue au I, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque son activité est nécessaire pour garantir l'accessibilité territoriale des patients aux prises en charge concernées, dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« La liste des établissements éligibles est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les établissements inscrits sur cette liste sont éligibles à la rémunération prévue au I, pour une durée de trois ans renouvelable. Cette liste est révisable tous les ans.

« Lorsqu'un établissement est éligible, il s'engage, à mettre en place une équipe pluriprofessionnelle conformément au I dans un délai d'un an maximum. Cet engagement est inscrit dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2 du code de la santé publique.

« III. – Le montant de la rémunération annuelle perçue par les établissements éligibles au sens du II tient compte de l'activité réalisée par l'établissement de santé au titre des prises en charge concernées, mesurée notamment par le nombre de patients pris en charge annuellement. Ce montant tient également compte le cas échéant :

« 1° Du respect de conditions minimales de prise en charge, mesurées par le nombre et la nature des prestations réalisées ;

« 2° Des caractéristiques des patients et, le cas échéant, des prises en charge en fonction de la gradation des soins ;

« 3° Des résultats de l'établissement de santé pour des indicateurs liés à la qualité de la prise en charge.

« Une rémunération minimale est garantie aux établissements éligibles afin de préserver leur capacité à exercer une activité minimale.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine les informations qui sont recueillies par les établissements éligibles et tenues à la disposition des agences régionales de santé, les modalités de calcul du montant de la rémunération annuelle et de fixation du montant de la rémunération minimale.

« IV. – Les indicateurs mentionnés au 3° du III sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ces indicateurs appartiennent aux catégories suivantes :

« 1° Indicateur de la qualité des prises en charge cliniques ;

« 2° Indicateur de la qualité des prises en charge perçue par les patients ;

« 3° Indicateur de la qualité de la coordination des prises en charge.

« V. – Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-33-5 du présent code, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement de santé éligible, le montant de la rémunération annuelle mentionnée à l'article L. 162-22-6-2 sur la base des données recueillies sur l'activité de l'année antérieure conformément aux modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Cette rémunération est versée par douzièmes par la caisse dont relève l'établissement en application des articles L. 174-2 et L. 174-18. »

Art. 2. – L'intitulé du paragraphe 6, de la sous-section 4, de la section 5, du chapitre 2, du titre 6, du livre 1 du même code est remplacé par l'intitulé suivant : « Modalités de versement des forfaits mentionnés aux articles L. 162-22-8-1 et L. 162-22-12 ».

Art. 3. – Au titre de la période comprise entre la date d'entrée en vigueur du présent décret et le 31 décembre 2020, par dérogation aux III, IV et V de l'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale, le montant arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé, établi notamment en fonction du nombre de patients estimé pour la période concernée, et mentionné à ce même V peut faire l'objet d'une régularisation au plus tard le 31 mai de l'année suivante, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Art. 4. – La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 23 septembre 2019.

EDOUARD PHILIPPE

Par le Premier ministre :

*La ministre des solidarités
et de la santé,*

AGNÈS BUZYN

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*

GÉRALD DARMANIN