

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Arrêté du 6 février 2026 modifiant l'arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation

NOR : SFHH2536526A

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et la ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la santé publique, notamment son article R. 6123-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-8-2 et R. 162-33-26 ;

Vu l'arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence 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 et dans un but de veille et de sécurité sanitaires ;

Vu l'arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2025 fixant pour l'année 2025 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 3 février 2026 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie en date du 3 février 2026,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'article 3 de l'arrêté du 6 avril 2021 susvisé est ainsi modifié :

1^o Le I est ainsi modifié :

a) L'année : « 2024 » est remplacée par les mots : « l'année d'application » ;

b) Le montant : « 83,99 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 86,86 millions d'euros » ;

2^o Le II est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. – Au titre de l'année d'application, le niveau de qualité atteint par un établissement pour son activité de soins de structure des urgences autorisée au titre du 3^e de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique et de l'activité de soins de la structure mobile d'urgence et de réanimation autorisée au titre du 2^e de l'article R. 6123-1 du même code est mesurée à partir d'indicateurs portant sur :

« a) La mention du “diagnostic principal”, pour chaque résumé de passage aux urgences transmis par l'établissement concerné, dans les conditions prévues par l'arrêté du 24 juillet 2013 susvisé ;

« b) La transmission sans discontinuité, par l'établissement, des résumés de passage aux urgences de la structure des urgences, pour laquelle il est autorisé pour la période de janvier à décembre pour les périodes concernées, conformément aux dispositions de l'arrêté du 24 juillet 2013 susvisé ;

« c) Le nombre d'heures hebdomadaires postées des ambulanciers SMUR, issues des données SAE, devant être au moins égal au nombre d'heures hebdomadaires théoriques nécessaires pour assurer une activité SMUR (hors SMUR saisonnier) ;

« d) La durée de passage dans la structure des urgences autorisée des patients d'au moins 75 ans hospitalisés ;

« e) La part de patients d'au moins 75 ans hospitalisés depuis la structure des urgences et qui fait l'objet, en amont de son hospitalisation, d'une prise en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée mentionnée au 4^e de l'article D. 6124-22 du code de la santé publique. » ;

3^o Le 1^o du III est ainsi modifié :

a) Au a, le montant : « 66,595 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 68,864 millions d'euros » ;

b) Au b, le montant : « 17,4 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 17,993 millions d'euros » ;

4° Le IV est remplacé par les dispositions suivantes :

« IV. – Les résultats des établissements sont déterminés de la manière suivante :

« A. – Pour chacun des indicateurs mentionnés au II, un seuil de haute qualité est ainsi fixé :

« – pour le critère mentionné au *a* du II, le seuil est fixé à 95 % d'exploitabilité du diagnostic principal ;

« – pour le critère mentionné au *b* du II, le seuil de discontinuités nettes, tel que défini à l'annexe 4, est fixé à 0 jour dans l'année civile ;

« – pour le critère mentionné au *c* du II, le seuil est fixé à 168 heures hebdomadaires ;

« – pour le critère mentionné au *d* du II, le seuil est fixé à la valeur du 3^e quartile de la distribution des résultats nationaux de la période concernée pour l'année antérieure par rapport à l'année d'application, tel que précisé à l'annexe 8. Le 3^e quartile correspond à la plus petite valeur telle que au moins 25 % des résultats des établissements lui sont supérieurs ;

« – pour le critère mentionné au *e* du II, le seuil est fixé à la valeur du 1^{er} quartile de la distribution des résultats nationaux de la période concernée pour l'avant dernière année par rapport à l'année d'application, tel que précisé à l'annexe 8. Le 1^{er} quartile correspond à la plus grande valeur telle que au moins 25 % des résultats des établissements lui sont inférieurs.

« B. – La progression des résultats aux indicateurs mentionnés au II est définie de la manière suivante :

« – pour les indicateurs mentionnés aux *a*, *c* et *d* du II, le résultat de l'établissement pour l'année antérieure doit être strictement supérieur au résultat de l'avant dernière année par rapport à l'année d'application ;

« – pour les indicateurs mentionnés aux *b* et *e* du II, le résultat de l'établissement pour l'année antérieure doit être strictement inférieur au résultat de l'avant dernière année par rapport à l'année d'application.

« C. – Pour les indicateurs mentionnés aux *b*, *d* et *e* du II, les résultats de l'établissement sont valorisés par rapport à l'écart à un seuil fixé qui est défini de la manière suivante :

« 1^o Pour l'indicateur mentionné au *b* du II, le seuil est fixé à la valeur moyenne des discontinuités nettes nationales des établissements pour l'année antérieure par rapport à l'année d'application. Les résultats de l'établissement sont valorisés lorsqu'ils sont inférieurs à cette valeur ;

« 2^o Pour l'indicateur mentionné au *d* du II, le seuil est fixé à la valeur 1. Les résultats de l'établissement sont valorisés lorsqu'ils sont supérieurs à cette valeur ;

« 3^o Pour l'indicateur mentionné au *e* du II, le seuil est fixé à la moyenne des résultats nationaux des établissements pour l'année antérieure par rapport à l'année d'application. Les résultats de l'établissement sont valorisés lorsqu'ils sont inférieurs à cette valeur.

« D. – Pour les indicateurs mentionnés au II, les conditions d'éligibilité à la valorisation de la progression des résultats, telle que définie au B du présent IV, sont définies de la manière suivante :

« 1^o Pour l'indicateur mentionné au *d* du II, les établissements sont éligibles à la valorisation de la progression des résultats seulement si pour l'année antérieure et l'avant dernière année par rapport à l'année d'application, dans les résumés de passage aux urgences, 80 % des variables mentionnées en annexe 5 sont renseignées dans les conditions prévues à la même annexe ;

« 2^o Pour le critère mentionné au *e* du II, les établissements sont éligibles à la valorisation de la progression des résultats seulement s'ils satisfont aux deux conditions suivantes :

« – 80 % des variables mentionnées en annexe 5 sont renseignées dans les conditions prévues à la même annexe dans le résumé de passage aux urgences ;

« – le résultat à l'indicateur, qui a fait l'objet d'un contrôle pour l'année antérieure et l'avant dernière année par rapport à l'année d'application, est considéré comme calculable selon la méthode décrite en annexe 7 et lorsque la variation du résultat entre l'année antérieure et l'avant dernière année par rapport à l'année d'application est inférieure à 50 %.

« E. – Pour les indicateurs mentionnés aux *d* et *e* du II, les établissements sont éligibles à la valorisation de l'écart fixé à un seuil, tel que défini dans le C du IV, dans les conditions suivantes :

« 1^o Pour l'indicateur mentionné au *d* du II, les établissements sont éligibles à la valorisation de l'écart à un seuil fixé des résultats seulement si pour l'année antérieure par rapport à l'année d'application, dans les résumés de passage aux urgences, 80 % des variables mentionnées en annexe 5 sont renseignées dans les conditions prévues à la même annexe ;

« 2^o Pour le critère mentionné au *e* du II, les établissements sont éligibles à la valorisation de l'écart à un seuil fixé seulement s'ils répondent aux deux critères suivants pour l'année antérieure par rapport à l'année d'application :

« – 80 % des variables mentionnées en annexe 5 sont renseignées dans les conditions prévues à la même annexe dans le résumé de passage aux urgences ;

« – le résultat à l'indicateur, qui a fait l'objet d'un contrôle, est considéré comme calculable selon la méthode décrite en annexe 7 et lorsque la variation du résultat entre l'année antérieure et l'avant dernière année par rapport à l'année d'application est inférieure à 50 %.

« F. – Pour les critères mentionnés aux *d* et *e* du II, un niveau minimum de financement est garanti :

« 1^o Au titre de la valorisation de la progression des résultats, telle que définie au B du présent IV, seulement si les résultats de l'établissement à l'indicateur respectent les conditions d'éligibilité mentionnées au D du présent IV. Ce niveau minimum garanti correspond à 50 % de la valorisation prévue au titre de la progression pour l'indicateur concerné.

« 2^o Au titre de la valorisation de l'écart à un seuil fixé, tel que défini au C du présent IV, seulement si les résultats de l'établissement à l'indicateur respectent les conditions d'éligibilité mentionnées au E du présent IV. Ce niveau minimum garanti correspond à 50 % de la valorisation prévue au titre de l'écart à un seuil fixé pour l'indicateur concerné. »

Art. 2. – Les annexes 1 à 3 du présent arrêté deviennent respectivement les annexes 3, 6 et 7 de l'arrêté du 6 avril 2021 susvisé.

Art. 3. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 6 février 2026.

*La ministre de la santé, des familles,
de l'autonomie et des personnes handicapées,
Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
M. DAUDÉ*

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

Pour la ministre et par délégation :

*La cheffe de service, adjointe
au directeur de la sécurité sociale,*

D. CHAMPETIER

ANNEXES

ANNEXE 1

MODALITÉS DE CALCUL DU MONTANT DE LA DOTATION COMPLÉMENTAIRE

Les modalités de calcul du montant de la dotation complémentaire sont les suivantes :

La répartition du gain théorique par indicateur à parts égales entre les indicateurs *a*, *b*, *d* et *e* définis au II de l'article 1^{er} du présent arrêté permet de constituer le GTE par établissement, sauf pour les établissements mettant en œuvre une autorisation de structure des urgences pédiatriques pour lesquels seuls les indicateurs *a* et *b* sont pondérés de manière identique dans la valorisation des résultats.

Pour un établissement donné et pour l'indicateur *a* mentionné au II de l'article 1^{er} du présent arrêté, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) de l'indicateur qui correspond à sa rémunération au titre de l'atteinte du SHQ ou de sa progression :

- soit score N-2 le résultat pour la période de janvier à décembre de l'année N-2 ;
- soit score N-1 le résultat pour la période de janvier à décembre de l'année 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 SHQ > score N-1 > score N-2, alors :
 - RIE = (score N-1 – score N-2) / (SHQ – score N-2) × GTE.

Pour un établissement donné et pour l'indicateur *b* mentionné au II de l'article 1^{er} du présent arrêté, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) qui correspond au montant du GTE s'il atteint le seuil de haute qualité. Sinon, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) qui correspond à la somme de sa rémunération au titre de sa progression (RIE 1) et sa rémunération au titre de ses résultats aux critères de qualité pour la période concernée pour l'année antérieure par rapport à la valeur moyenne des résultats nationaux de la même période et pour la même année (RIE 2) :

- soit score N-2 le nombre de discontinuités nettes pour la période de janvier à décembre de l'année N-2 ;
- soit score N-1 le nombre de discontinuités nettes pour la période de janvier à décembre de l'année N-1 ;
- soit moyenne N-1 la moyenne arithmétique des résultats nationaux pour la période de janvier à décembre de l'année 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.

Sinon :

- si $\text{SHQ} < \text{score N-1} < \text{score N-2}$, alors la rémunération intermédiaire associée à sa progression (RIE 1) est égale à :
- $\text{RIE 1} = (\text{score N-2} - \text{score N-1}) / (\text{Score N-2} - \text{SHQ}) \times \text{GTE} \times 50\% ;$
- si moyenne N-1 > score N-1 > SHQ, alors la rémunération intermédiaire associée à son résultat par rapport à la valeur moyenne des résultats nationaux de la même période :
- $\text{RIE 2} = (\text{score N-1} - \text{moyenne N-1}) / (\text{SHQ} - \text{moyenne N-1}) \times \text{GTE} \times 50\% ;$
- $\text{RIE} = \text{RIE 1} + \text{RIE 2}.$

Pour un établissement donné et pour l'indicateur *c* mentionné au II de l'article 1^{er} du présent arrêté, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) qui correspond à sa rémunération au titre de l'atteinte du SHQ ou de sa progression :

- soit score N-2 le résultat pour la période de janvier à décembre de l'année N-2 ;
- soit score N-1 le résultat pour la période de janvier à décembre de l'année N-1 ;
- soit SHQ le seuil de haute qualité :
 - si $\text{score N-1} \geq \text{SHQ}$ alors la rémunération intermédiaire est égale au GTE ;
 - $\text{RIE} = 100\% \times \text{GTE} ;$
 - si $\text{score N-2} < \text{score N-1} < \text{SHQ}$, alors :
 - $\text{RIE} = (\text{score N-1} - \text{score N-2} / \text{SHQ} - \text{score N-2}) \times \text{GTE}.$

Pour un établissement donné et pour l'indicateur *d* mentionné au II de l'article 1^{er} du présent arrêté, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) qui correspond au montant du GTE s'il atteint le seuil de haute qualité. Sinon, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) qui correspond à la somme de sa rémunération au titre de sa progression (RIE 1) et sa rémunération au titre de ses résultats aux critères de qualité pour la période concernée pour N-1 par rapport à la valeur moyenne des résultats nationaux de la même période et pour la même année (RIE 2) :

- soit score N-2 le résultat pour la période de janvier à décembre de l'année N-2 ;
- soit BH N-2 la borne haute de l'intervalle de confiance calculée à partir du résultat pour la période de janvier à décembre de l'année N-2 ;
- soit score N-1 le résultat pour la période de janvier à décembre de l'année N-1 ;
- soit BB N-1 la borne basse de l'intervalle de confiance calculée à partir du résultat pour la période de janvier à décembre de l'année N-1 ;
- soit moyenne N-1 qui est fixé à la valeur 1 ;
- soit SHQ le seuil de haute qualité :
 - si $\text{score N-1} \geq \text{SHQ}$ et si l'indicateur est calculable en année N-1 alors la rémunération intermédiaire est égale au GTE ;
 - $\text{RIE} = 100\% \times \text{GTE}.$

Sinon :

a) Calcul de la valorisation du compartiment « progression » :

- si score N-2 ou score N-1 ne sont pas calculables, alors la rémunération intermédiaire associée à sa progression (RIE 1) est égale à 0 :
- sinon si $\text{BH N-2} < \text{BB N-1}$ et $\text{score N-1} < \text{SHQ}$, alors la rémunération intermédiaire associée à sa progression (RIE 1) est égale à :
- $\text{RIE 1} = (50\% + 50\% \times (\text{score N-1} - \text{score N-2} / \text{SHQ} - \text{score N-2})) \times \text{GTE} \times 50\% ;$

b) Calcul de la valorisation « écart à la moyenne » :

- si score N-1 n'est pas calculable, alors la rémunération intermédiaire associée à son résultat par rapport à la valeur moyenne (RIE 2) est égale à 0 :
- sinon si $\text{moyenne N-1} < \text{score N-1} < \text{SHQ}$, alors la rémunération intermédiaire associée à son résultat par rapport à la valeur moyenne des résultats nationaux de la même période :
- $\text{RIE 2} = (50\% + 50\% \times (\text{score N-1} - \text{moyenne N-1}) / (\text{SHQ} - \text{moyenne N-1})) \times \text{GTE} \times 50\% ;$
- $\text{RIE} = \text{RIE 1} + \text{RIE 2}.$

Pour un établissement donné et pour l'indicateur *e* mentionné au II de l'article 1^{er} du présent arrêté, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) qui correspond au montant du GTE s'il atteint le seuil de haute qualité. Sinon, on détermine la rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) qui correspond à la somme de sa rémunération au titre de sa progression (RIE 1) et sa rémunération au titre de ses résultats aux critères

de qualité pour la période concernée pour N-1 par rapport à la valeur moyenne des résultats nationaux de la même période et pour la même année (RIE 2) :

- soit score N-2 le résultat pour la période de janvier à décembre de l'année N-2 ;
- soit BB N-2 la borne basse de l'intervalle de confiance calculée à partir du résultat pour la période de janvier à décembre de l'année N-2 ;
- soit score N-1 le résultat pour la période de janvier à décembre de l'année N-1 ;
- soit BH N-1 la borne haute de l'intervalle de confiance calculée à partir du résultat pour la période de janvier à décembre de l'année N-1 ;
- soit moyenne N-1 la moyenne arithmétique des résultats nationaux pour la période de janvier à décembre de l'année N-1 ;
- soit SHQ le seuil de haute qualité :
 - si score N-1 ≤ SHQ et si l'indicateur est calculable en N-1, alors la rémunération intermédiaire est égale au GTE ;
 - RIE = 100 % × GTE.

Sinon :

c) Calcul de la valorisation du compartiment « progression » :

- si score N-2 ou score N-1 ne sont pas calculables ou alors si l'évolution N-1/N-2 est supérieure ou égale à 50 %, alors la rémunération intermédiaire associée à sa progression (RIE 1) est égale à 0 :
- sinon si SHQ < score N-1 et BH N-1 < BB N-2, alors la rémunération intermédiaire associée à sa progression (RIE 1) est égale à :
- RIE 1 = (50 % + 50 % × (score N-2 – score N-1 / Score N-2 – SHQ)) × GTE × 50 % ;

d) Calcul de la valorisation « écart à la moyenne » :

- si score N-1 n'est pas calculable, alors la rémunération intermédiaire associée à son résultat par rapport à la valeur moyenne (RIE 2) est égale à 0 :
- sinon si moyenne N-1 > score N-1 > SHQ, alors la rémunération intermédiaire associée à son résultat par rapport à la valeur moyenne des résultats nationaux de la même période :
- RIE 2 = (50 % + 50 % × (score N-1 – moyenne N-1) / (SHQ – moyenne N-1)) × GTE × 50 % ;
- RIE = RIE 1 + RIE 2.

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.

ANNEXE 2

INDICATEUR DE DURÉE DE PASSAGE DES 75 ANS ET PLUS HOSPITALISÉS

L'indicateur de durée de passage des patients de 75 ans et plus hospitalisés est un ratio entre la durée de passage attendue et la durée de passage observée. La durée attendue correspond à la durée moyenne calculée au niveau national sur des groupes de référence. Le score de chaque établissement est ainsi calculé en prenant comme référence son propre case-mix.

Les groupes de référence sont constitués des croisements entre le diagnostic principal, le mode de sortie, l'orientation (UHCD) ainsi que l'âge du patient. On distingue 4 classes d'âge :

- moins de 16 ans ;
- 16-44 ans ;
- 45-74 ans ;
- 75 ans et plus.

De même on distingue 3 modes de sortie/orientation :

- externe ;
- transfert/mutation hors UHCD ;
- mutation UHCD.

En croisant ces différentes classes avec le diagnostic principal, les groupes de référence sont ainsi définis. Les groupes de référence sont calculés sur les bases RPU de l'année N-1, N-2 et N-3.

Pour chaque groupe de référence, on calcule la durée moyenne (moyenne arithmétique) en excluant :

- les décès (mode de sortie ‘9’ et CCMU ‘D’) ;
- les RPU avec la variable ‘orientation’ codée ‘FUGUE’, ‘PSA’ et ‘REO’ ; et
- les RPU non correctement codés pour les variables suivantes :
 - l’heure d’entrée ;
 - l’heure de sortie ;
 - les durées trop basses (moins de 30 minutes) ou trop élevées (plus de 5 jours) ;
 - l’âge (non compris entre 0 et 120 ans inclus) ;
 - le mode de sortie (modalité différente de ‘6’, ‘7’) ;
 - l’orientation (modalité différente de ‘CHIR’, ‘MED’, ‘OBST’, ‘UHCD’, ‘REA’, ‘SI’, ‘SC’, ‘HO’, ‘SDRE’, ‘HDT’, ‘SDT’ ou ‘HL’ lorsque le mode de sortie du RPU est codé ‘6’ ou ‘7’) ;
 - le dp (code non correspondant à la nomenclature de l’ATIH).

Les groupes de moins de 100 RPU sont exclus afin de calculer des moyennes avec des effectifs suffisants et d’éviter ainsi l’influence potentielle des valeurs extrêmes qui pourraient biaiser le résultat à l’indicateur pour les établissements.

Pour chaque établissement, les RPU sont sélectionnés en excluant les RPU sur les mêmes critères que pour les groupes de référence (indiqués ci-dessus). Sur ce périmètre et pour chacun des RPU, on associe la durée moyenne du groupe de référence auquel se rattache le RPU. Enfin on calcule le ratio pour chaque établissement en faisant la somme des durées de passage attendues (durée moyenne de passage du groupe de RPU auquel se rattache chaque RPU) et en divisant cette somme par la somme des durées de passages observées.

$$\text{Résultat de l'ES} = \frac{\sum \text{durées de passage attendues}}{\sum \text{durées de passage observées}}$$

Un établissement qui obtient un ratio supérieur à 1 correspond à un établissement dont la durée moyenne de passage est inférieure à celle observée dans les autres établissements à case-mix équivalent.

ANNEXE 3

INDICATEUR PART DE L’UHCD DANS LES PASSAGES DES PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS SUIVIS D’HOSPITALISATION

L’indicateur mesure le niveau d’utilisation de l’UHCD pour les patients de 75 ans hospitalisés. Le périmètre de calcul inclut les patients hospitalisés, ainsi que les patients décédés (mode de sortie codé ‘6’, ‘7’ ou ‘9’). Les patients qui transitent par l’UHCD sont identifiés via la variable ‘orientation’ et la modalité ‘UHCD’.

Les RPU dont la variable mode de sortie, l’âge et l’orientation sont mal codés sont exclus du périmètre de calcul de l’indicateur.

$$\text{Résultat de l'ES} = \frac{\text{Nombre de RPU dans le périmètre avec passage par l'UHCD}}{\text{Nombre de RPU dans le périmètre}}$$

Pour les établissements qui sous-déclarent les passages par l’UHCD ou dont la pratique de codage de l’UHCD évolue trop fortement entre l’année N-2 et l’année N-3, l’indicateur est considéré comme non calculable. Les établissements concernés sont exclus de l’incitation financière prévue pour cet indicateur.

La sous-déclaration de codage de l’UHCD est identifiée en standardisant le résultat observé pour ce même établissement de la manière suivante :

1. On calcule par diagnostic principal un pourcentage de passage par l’UHCD – sur le même périmètre que l’indicateur mais en enlevant les RPU avec le diagnostic principal non renseigné – au niveau national sur les années N-1, N-2 et N-3 ;
2. On applique ce pourcentage à chaque établissement – sur le même périmètre que l’indicateur mais en enlevant les RPU avec le diagnostic principal non renseigné – et pour chaque diagnostic principal. On obtient ainsi un nombre attendu de patients de 75 ans et plus hospitalisés qui passent par l’UHCD ;
3. On calcule le ratio entre le nombre attendu de patients de 75 ans et plus qui transitent par l’UHCD et le nombre observé de patients de 75 ans et plus qui transitent par l’UHCD ;
4. Le seuil de sous-déclaration de l’UHCD est fixé à partir de la distribution de ce ratio par établissement au niveau national ;
5. Les établissements qui sous-déclarent les passages par l’UHCD sont ceux dont le ratio est supérieur à la valeur du 3^e quartile + 1,5 × (écart interquartile).

De même, les établissements dont le résultat à l’indicateur varie de plus de 50 % entre les 2 années observées sont considérés comme ayant volontairement modifié la pratique de codage sans que cela ne reflète la réalité des prises en charge. Ils sont exclus de l’incitation financière prévue pour cet indicateur.