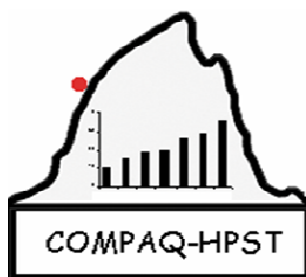


Présentation du modèle d'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ)

Point d'étape

Version du 13 décembre 2013



Ce document fait état des avancées et arbitrages à la date du 13 décembre. Il sera complété, notamment sur la partie financement, à la suite des réunions futures du groupe technique.

SOMMAIRE

Préambule	3
1. Contexte	4
2. Objectifs de l'expérimentation.....	5
3. Lancement de la démarche.....	5
4. Eligibilité des établissements de santé	6
4.1. Conditions relatives à l'activité et au statut	6
4.2. Conditions relatives à la certification	6
4.3. Méthodologie de constitution de l'échantillon	6
4.4. Panel final	7
5. Composantes de l'expérimentation.....	8
6. Calendrier de l'expérimentation	13
7. Principe de rémunération des établissements participants.....	15
8. Conversion des composantes en score IFAQ.....	16
8.1. Calcul du score d'effort et d'excellence	16
8.2. Agrégation	18
8.3. Valorisation.....	20
9. Contrôle qualité.....	20
Annexe : Liste des indicateurs des pré-requis d'Hôpital Numérique	21

Préambule

Ce document a pour vocation de présenter la méthodologie développée concernant l'expérimentation Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ), menée sous l'égide du Ministère des affaires Sociales et de la Santé et de la Haute Autorité de Santé (HAS), par le Projet Compaq-hpst.

Il est écrit et mis à jour en fonction des débats des réunions du Groupe d'Experts -composé de membres représentant la DGOS, la HAS, l'ATIH, l'ANAP, la DREES, la CNAMTS, les Fédérations Hospitalières et Compaq-hpst. Lors de ces réunions, les fédérations hospitalières participent à la réflexion et à la définition des règles. Ce document est en constante évolution.

L'objectif recherché est bien de rendre lisible et compréhensible pour les professionnels et les établissements la démarche effectuée et de garantir la lisibilité de la construction statistique.

Ce document reprend l'ensemble des réflexions engagées depuis juin 2011, date du lancement du projet, à aujourd'hui, le 13 décembre 2013.

1. Contexte

Le développement d'instruments de mesure de la qualité a débuté aux Etats-Unis dans les années 80 puis s'est diffusé dans un premier temps aux pays anglo-saxons puis à l'ensemble des pays industrialisés.¹

Une rémunération basée sur ces instruments s'est développée au cours des dernières années notamment aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. On parle de rémunération à la performance ou à la qualité, « *Paying for Performance* » en anglais (dénommé par le sigle « P4P »). Cette rémunération peut toucher tant les médecins de ville que des établissements de santé. L'incitation peut être positive ou négative ou une combinaison des deux.

En Grande Bretagne, le British National Health Service a introduit la méthode du « P4P » en Avril 2004 à travers le programme « *Quality & Outcomes Framework* » (QOF). Le budget accordé à la médecine de ville s'est vu augmenter significativement. Le projet a concerné les 8 400 médecins de famille qui travaillaient en groupes au Royaume-Uni, couvrant ainsi l'ensemble des 53 millions de patients.

Aux Etats-Unis, 150 promoteurs ont lancé plus de 250 programmes différents de paiement à la performance dès 2007.

Ces programmes sont menés essentiellement par des assureurs privés mais également par le secteur public dans les CMS (*Centers for Medicare and Medicaid Services*). Ils touchent plus de 50 millions d'assurés.

En France, le thème de la rémunération à la performance a été essentiellement abordé dans le domaine ambulatoire à travers les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI).

Dans le secteur hospitalier, l'un des principes structurants de la tarification à l'activité est que les tarifs servis permettent aux établissements d'assurer le niveau de qualité optimal. Les expériences étrangères montrent qu'il est envisageable d'intégrer dans le niveau de rémunération des établissements des incitations permettant de faire progresser le niveau de qualité souhaité et d'en établir les standards futurs.

Le contexte actuel de fort développement des indicateurs de qualité, s'accompagnant de leur généralisation à l'ensemble des établissements de santé français, permet de créer un environnement favorable pour la mise en place d'un système de paiement à la performance.

Trois arguments sont en faveur de son développement² :

- le contexte contraint dans lequel vivent les établissements de santé français légitime le renforcement de l'attention portée à la qualité.
- le développement des outils de mesure de la qualité développés dans l'ensemble des pays industriels.
- l'introduction de la qualité dans le financement des structures et des acteurs permettra une lisibilité plus importante du mode de paiement à la fois pour les professionnels de santé mais aussi pour les patients.

¹ Rapport OCDE : Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. 2002, Paris, OCDE ED.

² Financer la qualité des soins hospitaliers : jusqu'où aller ?, E. Minvielle. Gérer et comprendre, Septembre 2005 n°81

L'expérimentation du paiement à la qualité mise en place en France se fonde sur les expérimentations anglo-saxonnes et notamment sur les programmes menés aux Etats-Unis pour Medicare et Medicaid.^{3,4,5}

2. Objectifs de l'expérimentation

L'objectif principal de cette expérimentation est de valider l'hypothèse selon laquelle la mise en place d'une incitation financière permet une amélioration plus importante et plus rapide de la qualité de la prise en charge. L'objectif est donc de concevoir un modèle d'évaluation de la qualité des établissements à partir d'indicateurs qualité généralisés et de valoriser financièrement une amélioration de la qualité selon les résultats de cette évaluation.

Le caractère incitatif et la faisabilité du modèle seront vérifiés, l' (ou les) impact(s) de l'incitation sera(ont) mesuré(s). Enfin, l'appropriation de cette démarche par les acteurs sera favorisée.

Cette expérimentation ne préjuge en rien d'une généralisation d'un modèle de financement à la qualité

3. Lancement de la démarche

La décision de lancer une expérimentation sur le paiement à la performance en France a été prise en Juin 2011.

Un groupe de travail composé de membres représentant le Ministère de la Santé, la Haute Autorité de Santé (HAS), l'ATIH, l'ANAP, la DREES, la CNAMTS, les différentes fédérations hospitalières et le Projet Compaq-hpst a commencé à développer les principes de l'expérimentation IFAQ.

Un appel à candidature a été lancé par le Ministère de la Santé et la HAS le 29 juin 2012. L'expérimentation se déroule entre Novembre 2012 et Juin 2014 (pour plus de détails, voir la partie 6 « calendrier de l'expérimentation »).

³ Rapport "Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français: état des lieux et perspectives"; Compaq-hpst; Juillet 2008

⁴ Rapport "Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins", P.L Bras, G. Duhamel, IGAS Novembre 2008

⁵ Medicare Program; Hospital Inpatient Value-Based Purchasing Program ; Rules and Regulations, Federal Register, Vol.76, No. 88, May 2011.

4. Eligibilité des établissements de santé

4.1. Conditions relatives à l'activité et au statut

Sont éligibles les établissements de santé (y compris les Hôpitaux d'instruction des Armées [HIA]) ayant une autorisation de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), à l'exception des établissements exerçant une activité exclusive de soins en ambulatoire, d'hospitalisation à domicile, et de dialyse.

Les établissements non MCO de SSR ou de santé mentale ne sont pas éligibles à l'expérimentation.

Le choix de l'expérimentation sur le secteur MCO a été pris car c'est sur ce secteur que les indicateurs ont été le plus développés.

4.2. Conditions relatives à la certification

Sont éligibles les établissements MCO:

- certifiés en V2007, sans réserve après suivi s'ils n'ont pas encore passé la V2010
- certifiés en V2010 sans réserve après suivi
- certifiés en V2010 avec réserves ou recommandations, à la condition que les délais de suivi soient compatibles avec une éventuelle levée de ces réserves avant la fin de l'expérimentation, c'est-à-dire dont la visite de certification initiale a eu lieu avant Août 2012.

En effet, si un établissement a une visite de certification V2010 en Juillet 2012, il recevra 8 mois après son résultat (Janvier 2013). S'il a une réserve, l'établissement a entre 6 mois et un an pour mettre en place des actions d'amélioration (Janvier 2014). En Janvier 2014, il remettra un rapport de suivi ou aura une visite des experts visiteurs de la HAS, visant à s'assurer que des actions ont été mises en place et ont amélioré la situation. Le résultat de ce suivi sera connu au plus tard en Aout 2014 donc après Juin 2014 (moment où l'ensemble des résultats des établissements sont collectés pour l'étude).

La HAS pourra très certainement communiquer les résultats de cet établissement dès Juin.

Si la réserve n'est pas levée en juin 2014, l'établissement sera exclu de l'expérimentation.

4.3. Méthodologie de constitution de l'échantillon

La sélection des établissements a été effectuée par un tirage au sort aléatoire, stratifié selon le critère type ou catégorie d'établissements.

8 types ou catégories d'établissement ont été identifiés sur la base de critères budgétaires fournis par la DGOS: CH1 (recettes ≤ 20 M€) ; CH2 (>20, ≤70 M€) ; CH3 (>70 M€); CHU ; CLCC ; ESPIC ; EX OQN et HIA.

Deux critères ont été retenus afin de considérer le nombre d'établissements retenus par catégorie:

- le pourcentage d'établissements par catégorie d'établissements par rapport à la base nationale

- le pourcentage de séjours-séances par catégorie par rapport à la base nationale.

Le nombre d'établissements à considérer pour chaque type a été calculé à partir des données du tableau ci-après (données DGOS) et est donc basé sur les 2 critères énumérés ci-dessus:

Catégorie	% d'établissements dans la base nationale	% de séjours-séances dans la base nationale
CH1	24 %	2 %
CH2	13 %	10 %
CH3	8 %	22 %
CHU	2 %	21 %
CLCC	1 %	5 %
ESPIC	8 %	5 %
Ex OQN	42 %	34 %
HIA	1 %	1 %
TOTAL	100 %	100 %

Afin que la représentativité de la population des établissements français sur le plan régional soit respectée, un critère géographique a été rajouté : la présence d'au moins un établissement de santé par région, DOM-COM inclus, a été vérifiée après tirage au sort.

Afin de satisfaire ce critère, certains établissements ont été ajoutés *a posteriori* (tirage au sort d'un établissement au sein de la région manquante).

Les explications détaillées sur la constitution de l'échantillon sont disponibles sur le site du ministère dans le document intitulé « Note méthodologique sur la constitution de l'échantillon pour l'expérimentation IFAQ »

Point particulier sur les établissements faisant partie d'un groupe d'établissements :

Lorsqu'un groupe d'établissements candidate, chaque établissement est enregistré individuellement si chaque établissement du groupe a des résultats propres aux indicateurs IPAQSS.

Le fait que la certification soit commune à tous les établissements du groupe n'est pas une difficulté : l'établissement du groupe qui sera tiré au sort (il est possible que 0, 1 ou plusieurs établissements du groupe soient tirés au sort vu qu'ils ont été individualisés) aura ses résultats individuels pris en compte dans l'expérimentation et les résultats des pratiques exigibles prioritaires (PEP) communs au groupe d'établissements.

4.4. Panel final

450 établissements de santé ont candidaté à l'expérimentation IFAQ. Les candidatures ont eu lieu entre le 6 juillet et le 3 août 2012.

Sur les 450 candidats, 24 établissements n'ont pu être retenus pour les raisons suivantes :

- absence de résultats 2012 pour les indicateurs IPAQSS

- établissements SSR
- candidatures hors délais
- certification V2007 ou V2010 avec réserves après suivi.

Sur les 426 établissements éligibles, **222 établissements** ont été retenus.

La constitution de cet échantillon a été effectuée par tirage au sort pour 180 établissements et 42 établissements ont été proposés par les fédérations hospitalières.

Le panel des 222 établissements par catégorie est le suivant :

Fédération	Catégorie	Nombre	Pourcentage
FHF	CH1	31	14%
	CH2	28	13%
	CH3	35	16%
	CHU	27	12%
CLCC	CLCC	7	3%
FEHAP	ESPIC	14	6%
FHP	Ex-OQN	78	35%
HIA	HIA	2	1%

L'échantillon initial était constitué de 222 établissements. A ce jour, 4 établissements ont été exclus, un établissement en raison de sa fermeture, trois en raison du maintien des réserves en décision finale suite à leur visite de certification V2007 ou 2010. Pour rappel, un des critères d'éligibilité est d'être certifié sans réserve après suivi. L'échantillon est donc maintenant constitué de 218 établissements.

5. Composantes de l'expérimentation

Le Projet de recherche IFAQ vise à expérimenter une incitation financière à la qualité fondée sur des composantes de qualité.

Le tableau ci-dessous présente **les composantes retenues** pour l'expérimentation

N°	Composantes
1	Tenue du dossier du patient (TDP)
2	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)
3	Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)
4	Dépistage des troubles nutritionnels (DTN) - Niveau 3
5	Tenue du dossier anesthésique (DAN)
6	Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) - Niveau 2
7	Evaluation du niveau d'informatisation du dossier patient

8	ICALIN 2
9	PEP : - critère 1f : Politique et organisation des EPP - critère 8f : Gestion des évènements indésirables - critère 9a : Système de gestion des plaintes et réclamations - critère 13a : Prise en charge et droits des patients en fin de vie - critère 14b : Accès du patient à son dossier - critère 15a: Identification du patient - critère 25a : Prise en charge des urgences et des soins non programmés

Le périmètre de l'évaluation de la qualité sur laquelle est fondée la rémunération varie selon les établissements en fonction des composantes qui leur sont applicables (entre 6 et 9 composantes).

L'ensemble des établissements seront concernés par les composantes : TDP, DEC, TRD, DTN, ICALIN 2 et évaluation du niveau d'informatisation.

70% des établissements seront concernés par l'indicateur RCP et 88 % par l'indicateur DAN.

Les PEP concerneront uniquement les établissements qui auront leur visite de certification V2010 en 2013 soit au maximum 22% des établissements participants, en fonction de la disponibilité de la décision finale.

Concernant le choix des composantes, le groupe de travail n'a pas trouvé d'unanimité sur l'informatisation du dossier patient (temporalité d'Hôpital Numérique différente d'IFAQ), le dépistage des troubles nutritionnels - DTN Niveau 3 (notamment parce qu'il n'est pas en diffusion publique)

Les données ci-dessous permettent de comprendre la méthode employée pour le choix des composantes.

Concernant les indicateurs (DGOS/HAS) il a été décidé de :

- retenir des indicateurs de qualité et sécurité des soins généralisés par la DGOS ou la HAS
- étudier les scores des indicateurs aux dernières campagnes et la tendance à venir
- lorsqu'il existe plusieurs niveaux pour un indicateur retenir uniquement le niveau le plus exigeant

• ***Pour le jeu d'indicateurs relatifs au dossier patient***

N°	Indicateurs retenus pour le dossier patient
1	Indicateur IPAQSS dossier patient : Tenue du dossier du patient (TDP)
2	Indicateur IPAQSS dossier patient : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)
3	Indicateur IPAQSS dossier patient : Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)
4	Indicateur IPAQSS dossier patient : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)- Niveau 3 <i>il a été proposé et validé de ne retenir que le niveau le plus exigeant. Niveau 3 = dépistage des troubles nutritionnels, mesure du poids et de l'IMC et de la variation du poids;</i>

5	Indicateur IPAQSS dossier patient : Tenue du dossier anesthésique (DAN) <i>Bien que l'indicateur soit déjà à un niveau très élevé en 2011 (moyenne inter-établissements >80%), l'indicateur est néanmoins conservé après concertation avec la HAS et la DGOS</i>
---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les définitions des indicateurs sont disponibles sur le site internet de la HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs

- **Précisions sur l'indicateur DTN – Niveau 3**

Cet indicateur n'est pas diffusé publiquement et il n'y a pas de seuil de performance fixé (seuil à 80 % pour les autres indicateurs IPAQSS). Sa moyenne nationale en 2012 est faible : 20 %.

Il a été décidé de retenir cet indicateur car une marge de progrès importante est possible. Le seuil de performance retenu par le groupe de travail est de 60 %.

- **Pour l'indicateur Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)**

Suivant le même principe, seul le niveau 2 de l'indicateur RCP, le plus exigeant, a été retenu.

- **Pour le Tableau de bord des infections nosocomiales (TBIN) version 2**

Une nouvelle version du **tableau de bord** existe depuis mars 2012. De plus, la décision de rendre le recueil de certains indicateurs biennal, et d'en supprimer certains (score agrégé ; taux triennal de SARM) a conduit à la version suivante du TBIN :

- **ICALIN 2** : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (recueil biennal; recueil en 2013 puis 2015)
- **ICSHA 2** : indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (recueil annuel)
- **ICALISO** : indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (recueil biennal; recueil en 2013 puis 2015)
- **ICATB 2** : indice composite de bon usage des antibiotiques (recueil biennal; recueil en 2014 puis 2016)
- **ICABMR** : indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (recueil biennal; recueil en 2014 puis 2016)
- Bactériémie à SARM (expérimenté en 2014)

Les définitions des indicateurs sont disponibles sur le site internet de la DGOS : <http://www.sante.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-la-campagne-2013.html>

L'indicateur retenu dans le cadre de l'expérimentation est ICALIN 2. En 2014, le recueil de cet indicateur devrait être proposé de façon optionnelle. Cependant, les établissements expérimentateurs auront l'obligation de le renseigner

- **Pour les Pratiques Exigibles Prioritaires de la V2010**

Les PEP retenues pour l'expérimentation répondent à deux critères :

- communes à la version V2010 et à la révision 2011 du manuel de certification
- n'utilisant pas comme élément d'appréciation un indicateur IPAQSS généralisé déjà pris en compte

Critère	Titre
Critère 1f	Politique et organisation des EPP
Critère 8f	Gestion des évènements indésirables
Critère 9a	Système de gestion des plaintes et réclamations
Critère 13a	Prise en charge et droits des patients en fin de vie
Critère 14b	Accès du patient à son dossier
Critère 15a	Identification du patient
Critère 25a	Prise en charge des urgences et des soins non programmés

Les visites de certification n'ont lieu actuellement que tous les quatre ans, ce qui n'est pas totalement compatible avec le calendrier de l'expérimentation. Il a été décidé de ne retenir les résultats des PEP que pour les établissements qui auront leur visite de certification V2010 en 2013, ceci dans l'objectif de pouvoir corréliser l'incitation et le résultat. Les établissements concernés par l'incitation sur les PEP sont donc ceux ayant été certifiés sans réserve ou sans réserve après suivi en V2007 et dont la visite pour la V2010 se déroulera en 2013.

Pour les établissements avec plusieurs secteurs d'activités, seules les décisions pour le secteur MCO seront prises en compte.

49 des 218 établissements de santé retenus pour l'expérimentation devraient passer leur certification V2010 en 2013. Pour ces établissements, seules les décisions finales relatives aux 7 PEP seront retenues.

Il est possible qu'en juin 2014 (au moment des résultats définitifs de l'expérimentation), les décisions finales ne soient pas connues pour les 49 établissements. Les établissements dont la décision finale ne serait pas connue ne seront pas évalués sur cette composante PEP.

Enfin, il a été décidé de réunir l'ensemble des PEP dans une unique composante.

- ***Pour le niveau d'informatisation du dossier du patient***

L'hypothèse de travail qui est faite est que l'informatisation couplée à une extraction automatique des données réduira la charge de travail. L'évaluation de cette composante repose à la fois sur les informations collectées dans le cadre d'hôpital Numérique et des indicateurs IPAQSS.

Pour pouvoir obtenir des points à cette composante, les établissements devront atteindre les pré-requis « d'Hôpital Numérique ». La liste des indicateurs des pré-requis est présentée en annexe et accessible en annexe du présent document et à l'adresse suivante :

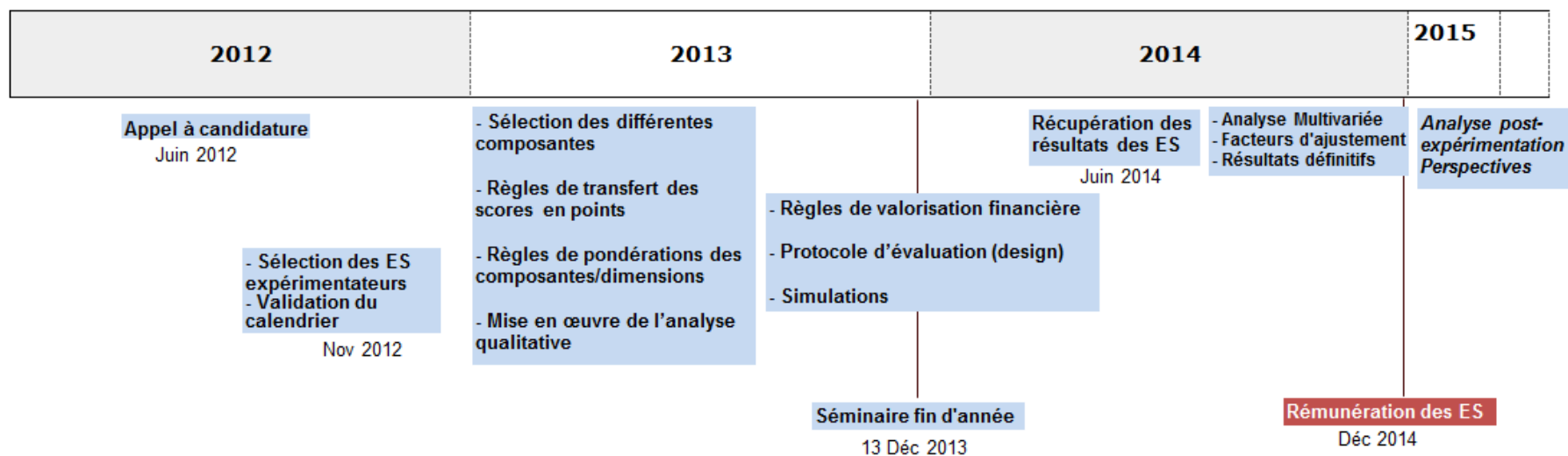
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGOS_Guide_d_indicateurs_Programme_Hopital_Numerique_-_avril_2012-2.pdf

Les établissements devront avoir renseigné leurs indicateurs « Hôpital Numérique » dans l'observatoire des systèmes d'information de santé (oSIS) avant fin Juin 2014.

La cotation sera fonction des données d'informatisation recueillies dans le cadre de la campagne IPAQSS DPA MCO 2014.

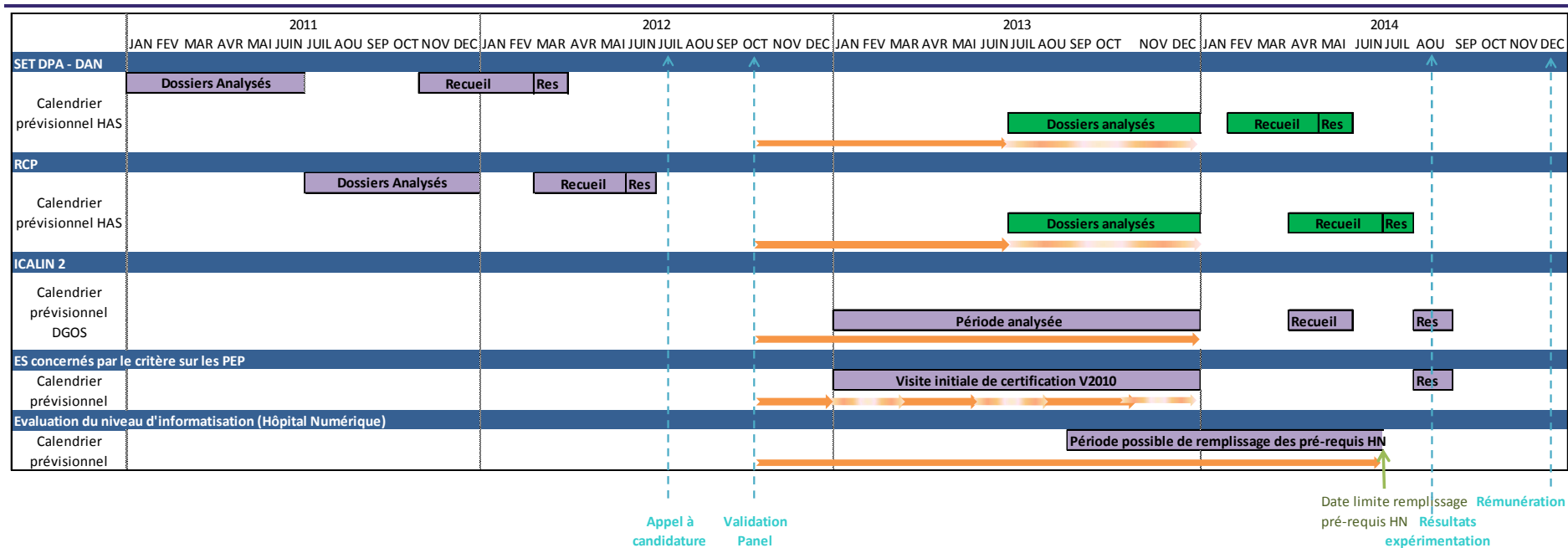
6. Calendrier de l'expérimentation

Calendrier IFAQ



Le calendrier ci-dessous détaille plus finement pour chaque composante :

- les 2 recueils (ou le recueil unique si il n'est pas possible de réaliser deux mesures dans le temps imparti) qui seront pris en compte pour l'expérimentation
- la période d'incitation



* derniers résultats attendus

Pour chaque critère, l'incitation démarre à la date d'officialisation du panel, soit au mois de novembre 2012. La date de fin est dépendante du critère :

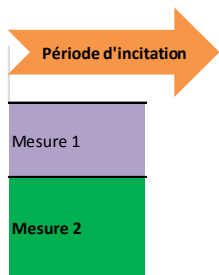
- **Pour les indicateurs IPAQSS** (dossier du patient, dossier d'anesthésie et RCP) la fin de l'incitation a lieu lorsque les séjours de patients concernés par le recueil 2014 (qui correspond à la 2ème mesure pour évaluer un impact) commencent à être réalisés, soit au 1er juillet 2013. Les séjours étant tirés au sort jusqu'en décembre 2013, nous partons de l'hypothèse que l'incitation peut partiellement s'appliquer jusqu'en décembre 2013.

- **Pour ICALIN 2**, le recueil 2014 concerne les actions mises en place au cours de l'année 2013. Nous pouvons donc considérer que l'incitation a lieu jusqu'à la fin de l'année 2013.

- **Les établissements de santé concernés par les critères fondés sur les PEP** sont ceux qui auront une visite initiale de certification V2010 en 2013. Pour eux, l'incitation se termine lors de la visite, fonction de la date de réalisation

- **L'évaluation du niveau d'informatisation** est en construction actuellement, il ne devrait y avoir qu'une seule mesure (remplissage des indicateurs d'Hôpital Numérique au plus tard fin Juin 2014)

Les résultats ne seront pas disponibles au même moment pour tous les critères. Les derniers résultats devraient être ceux des PEP et des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales et pourraient être disponibles en août 2014.



Le recueil des données des composantes s'effectue dans le cadre de la campagne nationale pour les indicateurs qualité IPAQSS, dans le cadre d'Hôpital Numérique et de la campagne nationale pour la composante informatisation (avant fin Juin 2014) et, pour les PEP, le recueil s'effectue dans le cadre de la procédure de certification. En ce qui concerne le tableau de bord des infections nosocomiales, le recueil d'ICALIN 2 ne devrait être proposé qu'à titre optionnel à tous les établissements. Cependant, les établissements expérimentateurs auront l'obligation de faire ce recueil afin de n'être pas exclus en cas de non réponse.

7. Principe de rémunération des établissements participants

Le calcul de la rémunération prend en compte à la fois les résultats de l'établissement à une composante (mesure du niveau atteint) et l'évolution de ce résultat entre deux mesures quand il existe plusieurs résultats dans le temps pour une composante. Ces critères « d'excellence » et « d'effort » sont sommés pour chaque composante en étant préalablement transformés en points (méthode décrite dans la partie 8.1).

La rémunération potentielle de l'établissement est assise sur la moyenne pondérée des résultats obtenus à l'ensemble des composantes.

L'incitation financière est positive, il n'y a donc aucune pénalité pour les établissements participants. Toutefois la participation à l'expérimentation n'entraîne pas nécessairement un bonus automatique pour les établissements et donc une rémunération. En effet, pour éviter une trop forte dispersion des incitations qui nuirait à leur impact, il est nécessaire que l'établissement atteigne un score suffisamment élevé comparativement aux autres.

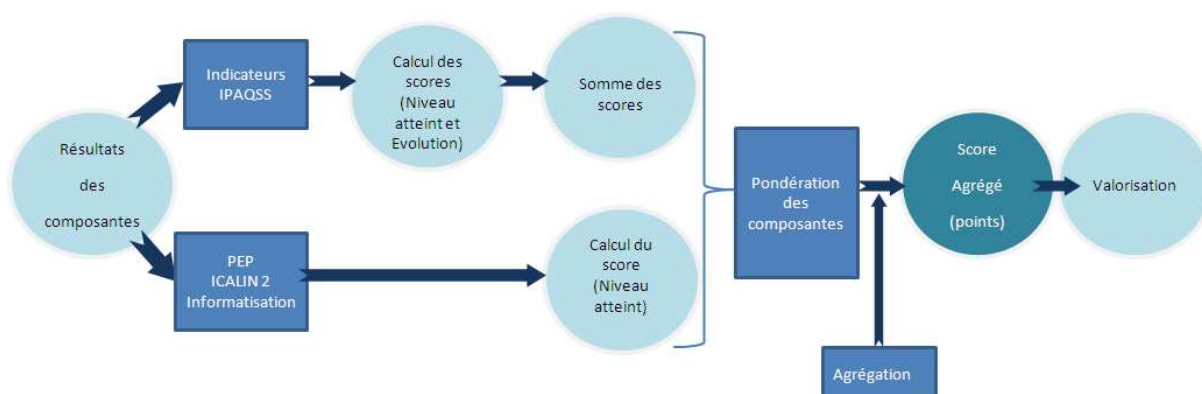
Pour chaque établissement le montant de la rémunération potentielle est compris entre 0 et 0,5 % du budget Assurance Maladie (« Base MCO » hors MIG/MO/DM). Dans le cadre de l'expérimentation la rémunération maximale potentielle est encadrée. Quel que soit le montant de sa « base MCO », la rémunération maximale ou espérance de gain maximal de l'établissement, (en fonction du poids budgétaire de l'établissement) ne pourra dépasser le montant de 500 k€ pour un « très gros » établissement, et le montant ne pourra pas être inférieur à 50 k€ pour un « très petit » établissement qui a atteint le score maximal. Cela ne signifie pas non plus que chaque établissement retenu pour une rémunération verra son enveloppe comprise entre 50 K€ et 500 K€. Si un « très petit établissement » est bien classé, sa rémunération sera en effet à hauteur de 50 K€. Si un « très petit établissement » est dans les derniers établissements bénéficiant d'une rémunération, son enveloppe sera < à 50K€. Quelle que soit la taille de l'établissement, sa rémunération pourra être nulle.

8. Conversion des composantes en score IFAQ

La rémunération des établissements est fondée sur la moyenne pondérée des résultats obtenus à l'ensemble des composantes (indicateurs IPAQSS, ICALIN 2, PEP et évaluation du niveau d'informatisation du dossier patient). Ces résultats sont agrégés en un score de points.

Les différentes étapes d'obtention de la rémunération sont les suivantes (cf. schéma) :

1. Calcul des scores d'excellence et d'effort
 - Indicateurs IPAQSS (composantes évaluées à deux reprises pendant l'expérimentation) : prise en compte du niveau de qualité atteint (excellence) et de l'amélioration des résultats d'une année à l'autre (témoignant des efforts entrepris) et somme de ces deux scores.
 - PEP, ICALIN 2 et évaluation du niveau d'informatisation : seul le niveau atteint (excellence) est retenu
2. Pondération des composantes
3. Agrégation et obtention d'un score agrégé de points
4. Valorisation financière des points



8.1. Calcul du score d'effort et d'excellence

Deux options possibles ont été travaillées lors des réunions de groupe de travail pour le calcul du score d'effort et d'excellence : soit prendre les lettres affichées publiquement comme résultats des composantes, soit les chiffres sous forme de pourcentage obtenus par chaque établissement.

Les avantages de la valorisation en lettres sont les suivantes :

- Elle tient compte de l'intervalle de confiance
- Elle prend en compte les classes rendues publiques connues des établissements de santé
- Elle est plus simple qu'une valorisation quantitative

La valorisation en chiffres permet d'avoir des valeurs plus échelonnées.

La HAS et la DGOS ont décidé de retenir la valorisation par lettres en raison de l'intervalle de confiance et de la volonté de cohérence avec la diffusion publique des résultats.

Une comparaison des résultats en chiffres par rapport aux lettres sera étudiée une fois les résultats finaux des établissements connus.

Règles de la valorisation par lettres retenues au niveau de l'excellence et de l'effort

Composantes	Règles pour l'excellence	Règles pour l'effort
Indicateurs IPAQSS	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats des ES sous forme de A, B, C et D (non répondants) - Transformation en points : A = 10, B = 5 et C = 0 - Si un ES est non répondant au deuxième recueil étudié : exclusion du financement 	<ul style="list-style-type: none"> Etude de l'évolution des résultats des ES- Si l'ES monte ou descend d'une classe (passage d'une lettre à une autre) : + ou - 3.5 - Si l'ES monte ou descend de 2 classes : + ou - 7 - Bonus/Pénalité : - Si un ES est non répondant au premier recueil étudié : - 10 - Si un ES est A lors du premier recueil et reste A lors du second : +10 - Si un ES est C lors du premier recueil et reste C lors du second : -10
	Somme excellence + effort ramenée à une échelle de 0 à 10	
ICALIN 2	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats des établissements sous forme de lettre : A, B, C, D, E et non répondants. Cotation prévue : <ul style="list-style-type: none"> • A = 10 • B = 5 • C, D, E = 0 • Non répondant = pas de résultat -> exclusion du financement 	Pas de mesure de l'effort car prise en compte uniquement du score ICALIN 2 de l'année 2014 sur données 2013
PEP	<ul style="list-style-type: none"> Valorisation des décisions finales des 7 PEP retenues Aucune PEP avec décision : 10 1 recommandation : 5 Plus d'une recommandation : 0 	Pas de mesure de l'effort car prise en compte des PEP de l'année 2013 uniquement
Evaluation du niveau d'informatisation	<ul style="list-style-type: none"> Malus (-10 points) si les pré-requis d'Hôpital Numérique ne sont pas renseignés 0 si renseignés mais non atteints Si atteinte des pré-requis : 10, 5 ou 0 en fonction des données sur 	Pas de mesure de l'effort car évaluation du niveau d'informatisation une seule fois en 2014 à travers les données recueillies dans les indicateurs IPAQSS

	l'informatisation recueillies dans les indicateurs IPAQSS (modalités en cours de définition)	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------	--

Le tableau ci-après résume les règles pour le calcul du score de l'effort et de l'excellence pour les indicateurs IPAQSS.

n	n+2	Niveau atteint	Evolution	Bonus/ Malus	Somme	Somme
1er recueil	2ème recueil	n+2 « excellence »	n → n+2 « effort »		échelle -10 à +20	échelle 0 à 10
A →	A	10	+0.0	+10.0	20.0	10
A →	B	5	-3.5		1.5	3.8
A →	C	0	-7.0		-7.0	1.0
B →	A	10	+3.5		13.5	7.8
B →	B	5	+0.0		5.0	5.0
B →	C	0	-3.5		-3.5	2.2
C →	A	10	+7.0		17.0	9.0
C →	B	5	+3.5		8.5	6.2
C →	C	0	+0.0	-10.0	-10	0.0

Le groupe de travail a largement débattu sur l'opportunité de retenir les lettres ou des chiffres. Si toutes les fédérations hospitalières n'étaient pas dans un premier temps pour les lettres, le groupe a dans un second temps tranché à l'unanimité pour les lettres.

8.2. Agrégation

Le score agrégé de points est obtenu en prenant en compte :

- la somme des deux scores : excellence et effort transformé en score de points pour chaque composante
- la pondération des composantes de la qualité

La pondération a été réalisée à dire d'experts dans le cadre de l'expérimentation.

Les critères retenus sont :

- l'importance du thème en termes de qualité des soins
- la fiabilité des données
- la distribution
 - o moyenne nationale

- variabilité inter-établissement
- capacité d'amélioration (marge de progrès)

Chaque fédération a exprimé la pondération souhaitée pour chacune des composantes à l'aide d'une échelle de Likert⁶ (1 voix par fédération).

La question posée était la suivante : Pour la composante XXX, vous souhaiteriez une pondération :

- Pas du tout élevée
- Peu élevée
- Moyennement élevée
- Elevée
- Très élevée

Si la pondération donnée était « pas du tout élevée », un seul point était attribué à la composante, « peu élevée » = 2 points, « moyennement élevée » = 3 points, « élevée » = 4 points et « très élevée » = 5 points.

Les souhaits de chaque fédération ont été additionnés afin d'obtenir une note par composante. Le total des pondérations a été ramené à 100.

Le tableau ci-dessous présente les pondérations envisagées pour chaque composante pour un établissement concerné par l'ensemble des composantes

N°	Composantes	Pondération envisagée
1	Tenue du dossier du patient (TDP)	12,6
2	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)	10,9
3	Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)	15,1
4	Dépistage des troubles nutritionnels (DTN) - Niveau 3	8,4
5	Tenue du dossier anesthésique (DAN)	11,8
6	Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) - Niveau 2	11,8
7	Evaluation du niveau d'informatisation du dossier patient	3,4
8	ICALIN 2	11,8
9	PEP : - critère 1f : Politique et organisation des EPP - critère 8f : Gestion des évènements indésirables - critère 9a : Système de gestion des plaintes et réclamations - critère 13a : Prise en charge et droits des patients en fin de vie - critère 14b : Accès du patient à son dossier - critère 15a: Identification du patient - critère 25a : Prise en charge des urgences et des soins non programmés	14,3

⁶ Définition échelle de Likert : échelle de mesure où les personnes interrogées expriment leur degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation.

Les principales discussions se sont portées sur le poids des PEP et de l'informatisation du dossier patient. En effet, si chaque fédération s'est d'abord prononcée sur la pondération, une revue de cette dernière a été réalisée en séance afin de permettre de trouver un consensus entre les différentes positions. La HAS et la DGOS ont ainsi arbitré au final les pondérations en s'appuyant bien entendu sur l'avis des fédérations.

8.3. Valorisation

Le score mesure la performance relative, les établissements étant classés entre eux selon la valeur du score agrégé. Il a été décidé que la rémunération ne concernerait qu'un nombre limité d'établissements (environ 30%) afin de permettre une rémunération forte des établissements éligibles.

9. Contrôle qualité

Un contrôle qualité du recueil des indicateurs nationaux soumis à diffusion publique est réalisé chaque année afin d'en assurer la fiabilité, dans le cadre de l'orientation nationale du contrôle, réalisée par l'IGAS.

Les établissements entrant dans l'expérimentation IFAQ feront l'objet de contrôle en 2014, dont les paramètres opérationnels restent à établir.

Annexe : Liste des indicateurs des pré-requis d'Hôpital Numérique

N°	Intitulé	Seuil d'éligibilité
P1 : Identités mouvements		
P1.1	Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique d'identités des patients	70% des applications des domaines concernés
P1.2	Cellule d'identitovigilance opérationnelle	Fonctionnement régulier (réunion a minima une fois par trimestre et capacité à livrer un rapport d'activité)
P1.3	Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique de séjours et de mouvements des patients	70% des applications des domaines concernés
P1.4	Existence d'un référentiel unique de structure de l'établissement (juridique, géographique, fonctionnel) piloté et mis à jour régulièrement dans les applicatifs, en temps utile	Existence du référentiel et procédures de mise à jour
P2 : Fiabilité disponibilité		
P2.1	Existence d'un Plan de Reprise d'Activité (PRA) du système d'information formalisé	Existence d'un PRA du SI formalisé
P2.2	Définition d'un taux de disponibilité cible des applicatifs et mise en œuvre d'une évaluation de ce taux	Existence d'une observation du taux de disponibilité avec fourniture du taux cible, de la méthode d'évaluation et du taux évalué

P2.3	Existence de procédures assurant d'une part un fonctionnement dégradé du système d'information au cœur du processus de soins en cas de panne et d'autre part un retour à la normale	Existence des procédures
P3 : Confidentialité		
P3.1	Existence d'une politique de sécurité formalisée pour les applications au cœur du processus de soins et fondée sur une analyse des risques au sein de l'établissement ; existence d'une fonction de référent sécurité	Existence de la politique de sécurité et d'une analyse des risques formalisées et d'une fonction de référent sécurité
P3.2	Existence d'une charte ou d'un document formalisant les règles d'accès et d'usage du SI, en particulier pour les applications gérant des données de santé à caractère personnel, diffusé au personnel, aux nouveaux arrivants, prestataires et fournisseurs	Existence du document et processus de diffusion et d'acceptation
P3.3	Information des patients sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel	Existence et procédure de diffusion
P3.4	Taux d'applications gérant des données de santé à caractère personnel intégrant un dispositif d'authentification personnelle	90% des applications gérant des données de santé à caractère personnel
P3.5	Taux d'applications permettant une traçabilité des connexions au SIH	100% des applications