



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

GT IFAQ 26/11/2018

Ordre du jour

- 1. Point sur le projet de décret en Conseil d'Etat relatif au dispositif de financement à la qualité des établissements de santé soumis à la concertation des fédérations**
- 2. Travaux préparatoires pour la mise en œuvre du dispositif en campagne 2019 :**
 - **Retour sur les propositions d'indicateurs pour 2019**
 - **Présentation des groupes de comparaison proposés pour 2019**
- 3. Calendrier de la campagne 2019 & perspectives**
- 4. Point d'actualité sur IFAQ 2018**

Financement à la qualité - dispositif 2019

Afin de laisser plus de temps pour l'élaboration et la concertation autour du mécanisme de sanction et l'extension à la psychiatrie, qui entrent en vigueur en 2020, il a été choisi de ne faire porter le DCE que sur **l'application du dispositif IFAQ pour l'année 2019**

Le décret

- Obligation de publication **avant le 31 décembre 2018** après passage en Conseil d'Etat

L'arrêté

- Obligation de publication **avant le 31 mars 2019** puis avant le 31 décembre de l'année N-1
- Fixe les **indicateurs** et les **modalités de calcul** de la dotation

DCE financement à la qualité - dispositif 2019

Retour sur le projet de texte

Simplification

- **Clarification de l'obligation de recueil** des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
 - Lien fort entre IFAQ et DP
 - Catégories d'indicateurs
- **Suppression des critères d'éligibilité** au dispositif
- Passage à une **rémunération à l'indicateur** en remplacement d'un score global parfois opaque

Stabilité des principes structurants

- La rémunération du **niveau atteint** et de **l'évolution**
- Le traitement particulier des **ES en sursis de certification ou non certifiés**
 - possibilité pour le DGARS de conditionner le versement de la dotation
- La comparaison des ES au sein de groupes homogènes (un effort fait sur la lisibilité de ces derniers)

DCE financement à la qualité - dispositif 2019

Retours des fédérations

- Le projet de DCE a été transmis aux fédérations le 19/11
- Les retours à ce stade
 - ↳ Retour FNEHAD : intégrer le principe d'une rémunération plancher
- **Afin de respecter le calendrier de publication du DCE, les éventuels retours des fédérations (remarques et/ou questions) sur le texte sont attendus avant demain soir (27/11) au plus tard à l'adresse suivante : DGOS-IFAQ@sante.gouv.fr**

Indicateurs pris en compte en 2019

- **Indicateurs recueillis et diffusés en année N sur les données d'activité N-1** (les dates de la campagne de recueil sont inchangées)
- **Arrêt des bases e-Satis et oSIS au 15 octobre**
- **Alignement entre IFAQ et diffusion publique**
 - └ Prise en compte des valeurs pour les classements mais maintien de la présentation en classes pour la diffusion publique
- **Le pool d'indicateurs à intégrer dans le modèle sera évolutif :**
 - └ Objectifs d'intégrer plus d'indicateurs de résultats calculés à partir des bases médico-administratives ou rapportés par les patients (PREMs et PROMs)
 - └ Association des fédérations à la réflexion sur les indicateurs

Modifications dans le recueil des indicateurs

- **Recueil annuel des indicateurs (les indicateurs du dossier patient sont recueillis, à nouveau, en 2019)**
- **Recueil au niveau géographique**

Retours des fédérations sur les indicateurs

→ Remarques générales

- Accord des fédérations pour accroître le financement à la qualité
- Les fédérations regrettent que les indicateurs choisis soient des indicateurs de nature organisationnelle
- Volonté de visibilité et de stabilisation temporelle des indicateurs

→ ICSHA 3

- Les fédérations souhaitent la suppression de cet indicateur

→ Taux d'absentéisme

- ✓ Pas satisfaisant comme indicateur de QVT
- ✓ Propositions de modification de cet indicateur :
 - Se focaliser sur les absences de moins de 4 jours et dans une moindre mesure moins de 15 jours (Unicancer)
 - Taux d'absentéisme pour maladies ordinaires de moins de 6 jours avec une correction sur la présence ou non de médico-social dans l'entité juridique (FHF)
 - Retenir un indicateur composite (Croix rouge et FEHAP). La FEHAP propose : taux d'AT AM + taux d'absentéisme + taux de turn over + taux de formation sur 2 ans.
 - Enquête annuelle de QVT (FEHAP)

→ IP-DMS

- ✓ Biais dans la construction selon les fédérations dont l'absence de prise en compte de l'ambulatoire
- ✓ Solutions proposées par les fédérations :
 - Mettre une DMS à 0.5 pour les séjours d'ambulatoire (Unicancer)
 - Prendre en compte en plus le taux de chirurgie ambulatoire (FHP)
 - Pondérer l'IPDMS par le taux d'hospitalisation en ambulatoire afin qu'il reste cohérent avec la volonté de promouvoir l'ambulatoire (FEHAP)
 - Propositions supplémentaires : réintégration de séjours de 0 nuit dans la formule de calcul, référentiels de durées différents entre secteurs, correction éventuelle par la présence ou pas d'un service d'urgence, de réanimation et de la prise en charge des enfants, non écrêtage de la base nationale dans la formule... (FHF)

Propositions

→ ICSHA 3

- ✓ Aucun autre indicateur n'est disponible sur la thématique des infections associées aux soins (ICATB et ICALIN ne sont plus recueillis)
- ✓ Par ailleurs, le référentiel de l'indicateur est un référentiel solide, même si l'indicateur ne mesure pas directement un résultat.
- ✓ Proposition de maintenir cet indicateur sauf à ne disposer d'aucun indicateur sur les IAS en 2019.

→ Taux d'absentéisme

- ✓ Plusieurs études montrent le lien entre taux d'absentéisme et qualité ressentie de vie au travail
- ✓ La restriction de l'indicateur au champ de l'absentéisme pour maladie ordinaire semble effectivement opportune
- ✓ Proposition : Vérification de la faisabilité sur l'ensemble des champs et de fiabilité de la remontée d'information et partage au prochain GT

→ IP-DMS

- ✓ Biais dans la construction selon les fédérations dont l'absence de prise en compte de l'ambulatoire
- ✓ Proposition de calcul d'un « IP ambulatoire » en remplacement de l'IPDMS : Ambulatoire attendu / ambulatoire réalisé
- ✓ Proposition d'un travail de l'ATIH puis discussion prochain GT.

Présentation des groupes de comparaison

Principes généraux retenus

1

- Des groupes de comparaison au niveau de **l'entité géographique** pour une appréciation de la qualité au plus près du patient

2

- **Lisibilité et transparence** des critères retenus pour créer les groupes de comparaison des ES

3

- Des groupes relativement **homogènes** en fonction du profil et/ou volume d'activité pour une comparaison équitable des ES

4

- Des groupes de **taille suffisante** : pas de groupes comptabilisant moins de 200 ES

Présentation des groupes de comparaison

MCO

Méthodologie

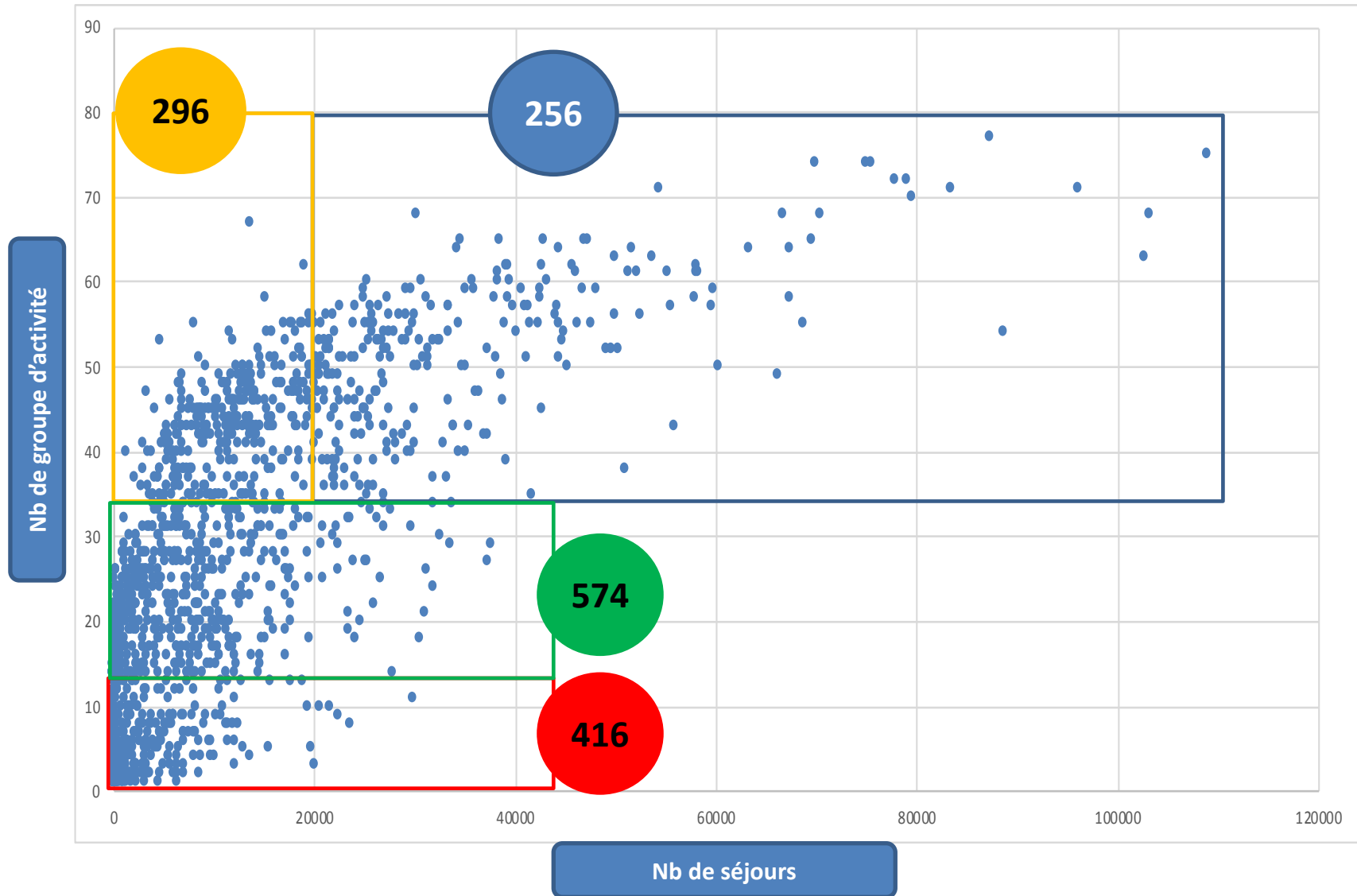
- **Périmètre** : entités géographiques réalisant plus de 500 séjours MCO
- **Critères** :
 - Nombre de séjours HC et HP terminés en 2017 – hors séances (base PMSI)
 - Degré de spécialisation du case-mix : nombre de groupes d'activité (inclus les séances de radiothérapie et de chimiothérapie) nécessaires pour réaliser 80% de l'activité de l'ES

4 groupes de comparaison

1. Groupe des ES **très spécialisés** (nb GA <15) et **nb séjours <40 000**
2. Groupe des ES avec une **spécialisation intermédiaire** (15 à 35 GA) et **nb séjours <40 000**
3. Groupes des ES **peu spécialisés** et de **petite taille** (nb séjours <20 000)
4. Groupes des ES **peu spécialisés** et de **taille plus importante** (nb séjours >20 000)

Présentation des groupes de comparaison

MCO



Présentation des groupes de comparaison

MCO- composition

Catégories	MCO			
	1	2	3	4
CHU	37	38	5	70
CH	68	176	177	108
Privé à but non lucratif	89	189	100	77
privé à but lucratif	139	81	6	1
ex hôpitaux locaux	70	69	0	0
Hopitaux militaires	0	1	7	0
CH Psychiatrie	12	0	1	0
CLCC	1	20	0	0
	0	0	0	0
	416	574	296	256
		1542		

	1	2	3	4
CHU	25%	25%	3%	47%
CH	13%	33%	33%	20%
Privé à but non lucratif	20%	42%	22%	17%
privé à but lucratif	61%	36%	3%	0%
ex hôpitaux locaux	50%	50%	0%	0%
Hopitaux militaires	0%	13%	88%	0%
CH Psychiatrie	92%	0%	8%	0%
CLCC	5%	95%	0%	0%

Présentation des groupes de comparaison

SSR

Méthodologie

- **Périmètre** : entités géographiques réalisant plus de 30 séjours SSR
- **Critères** :
 - Nombre de séjours HC et ambulatoire terminés en 2017 (base PMSI)
 - Degré de spécialisation du case-mix : nombre de groupes nosologiques nécessaires pour réaliser 80% de l'activité de l'ES

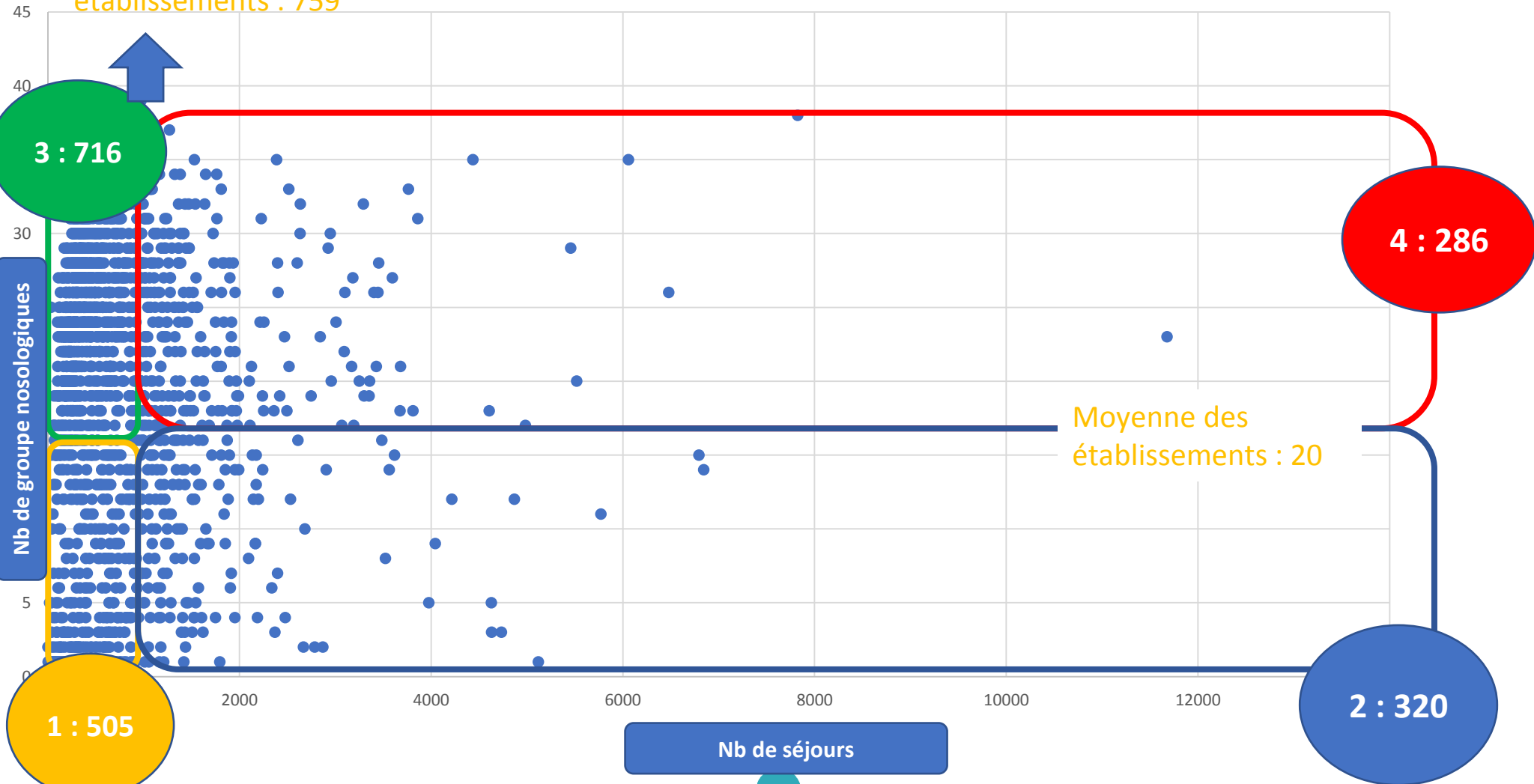
4 groupes de comparaison

1. Groupe des ES **très spécialisés** (nb GN <20) et **petite taille** (nb séjours <759)
2. Groupe des ES **très spécialisés** (nb GN <20) et **taille plus importante** (nb séjours >759)
3. Groupes des ES **peu spécialisés** (nb GN > 20) et **petite taille** (nb séjours <759)
4. Groupes des ES **peu spécialisés** (nb GN > 20) et **taille plus importante** (nb séjours >759)

Présentation des groupes de comparaison

SSR

Moyenne des établissements : 759



Présentation des groupes de comparaison

SSR - composition

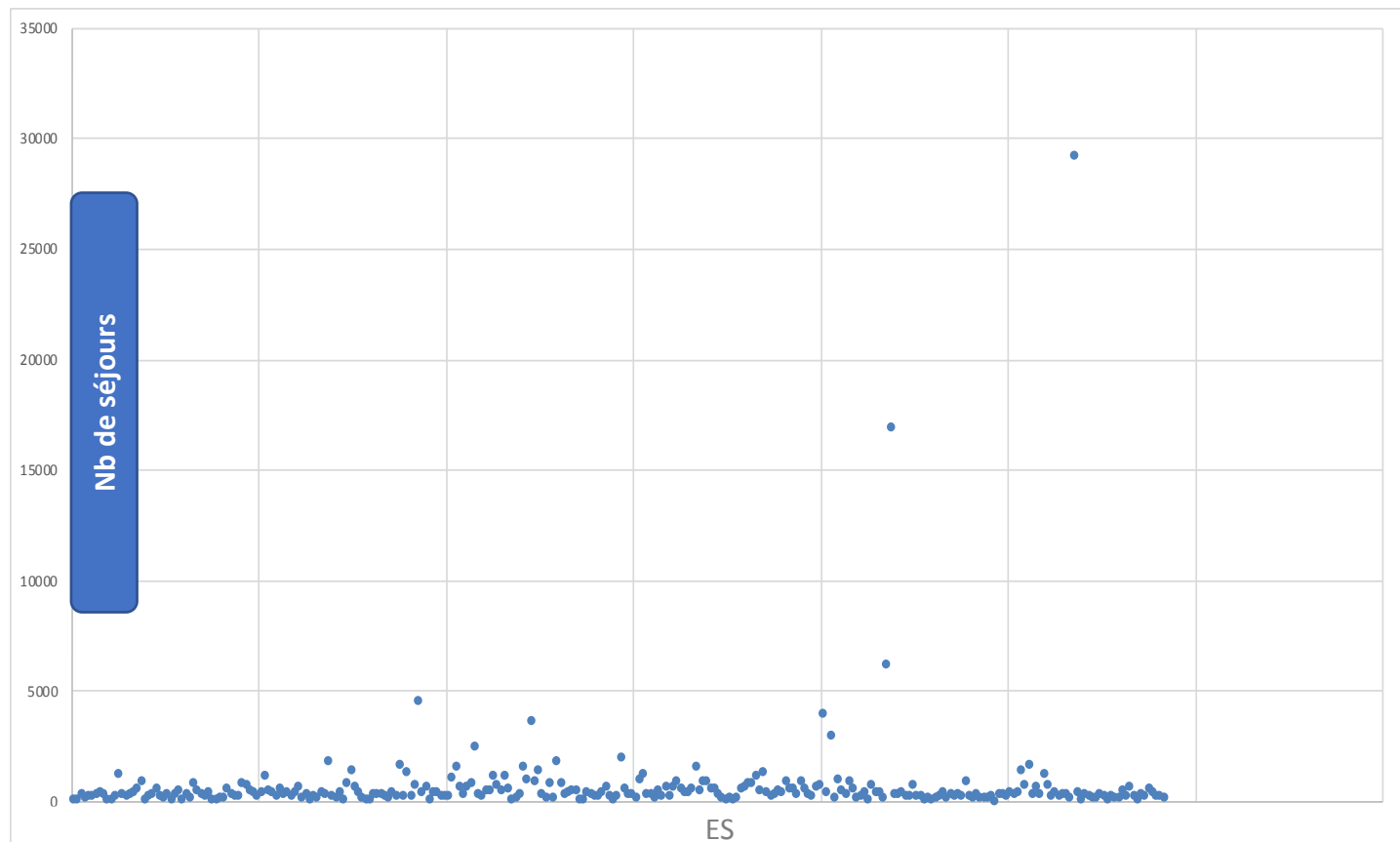
Catégories	SSR			
	1	2	3	4
CHU	35	26	12	32
CH	135	40	297	88
Privé à but non lucratif	52	23	50	19
privé à but lucratif	221	229	189	146
ex hôpitaux locaux	50	0	163	1
Hopitaux militaires	4	2	0	0
CH Psychiatrie	8	0	5	0
CLCC	0	0	0	0
	0	0	0	0
	505	320	716	286
		1827		

	1	2	3	4
CHU	33%	25%	11%	30%
CH	24%	7%	53%	16%
Privé à but non lucratif	36%	16%	35%	13%
privé à but lucratif	28%	29%	24%	19%
ex hôpitaux locaux	23%	0%	76%	0%
Hopitaux militaires	67%	33%	0%	0%
CH Psychiatrie	62%	0%	38%	0%

Présentation des groupes de comparaison

HAD

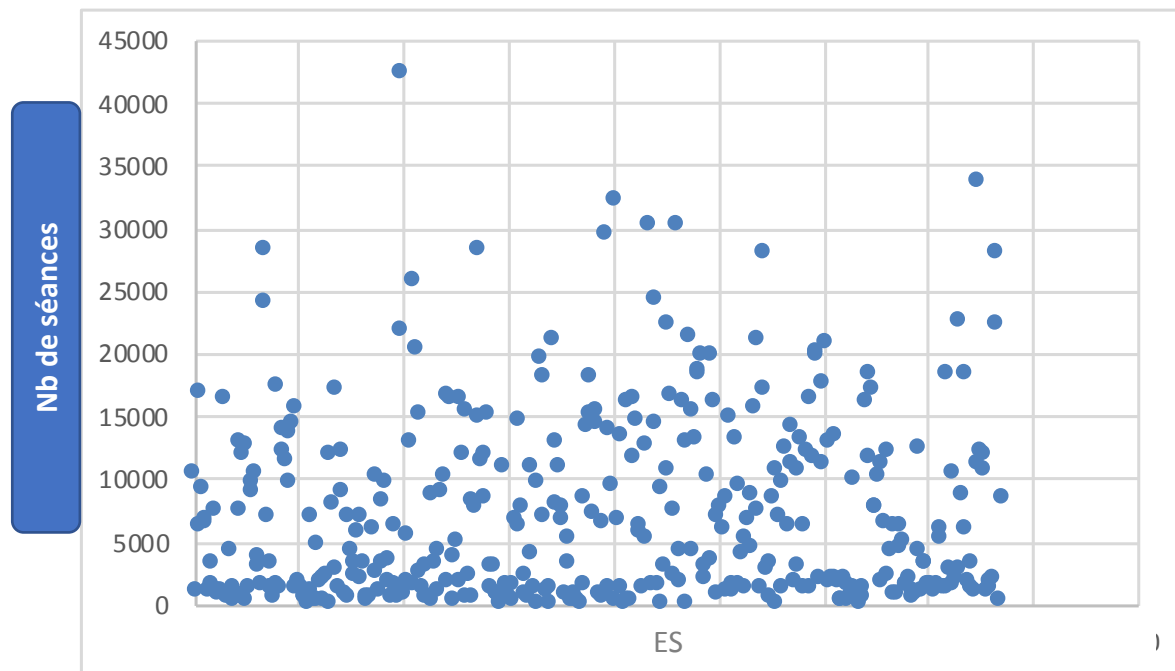
Catégories	HAD
CHU	13
CH	104
Privé à but non lucratif	28
privé à but lucratif	145
ex hôpitaux locaux	1
Hopitaux militaires	0
CH Psychiatrie	0
CLCC	3



Présentation des groupes de comparaison

DIALYSE

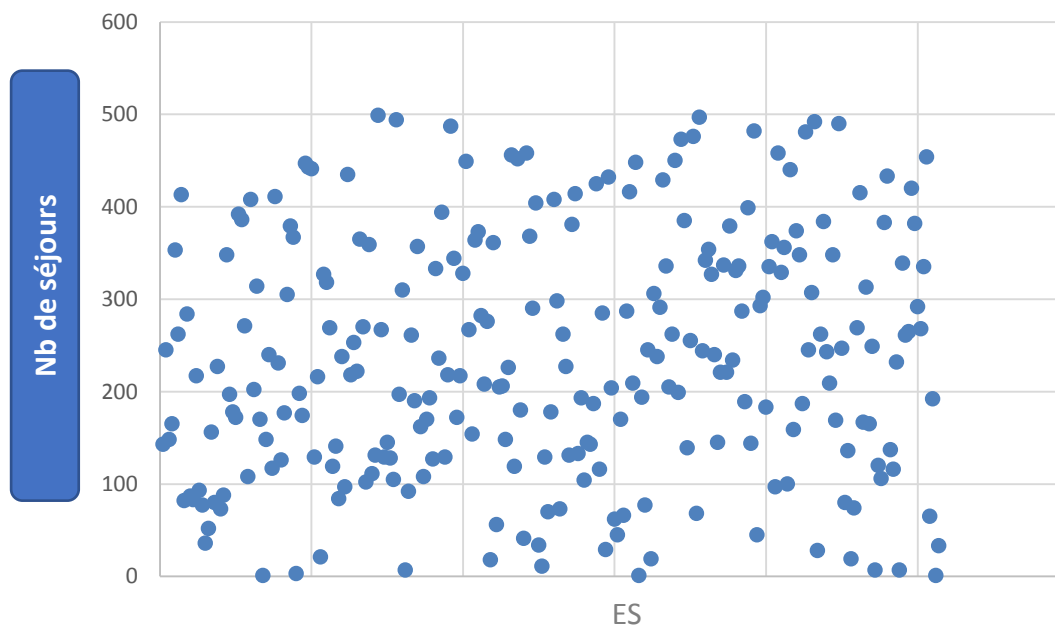
Catégories	dialyse
CHU	56
CH	108
Privé à but non lucratif	128
privé à but lucratif	93
ex hôpitaux locaux	0
Hopitaux militaires	1
CH Psychiatrie	0
CLCC	0
	387



Présentation des groupes de comparaison des ES

hors seuil MCO (inf à 500 séjours par an)

Catégories	hors seuil MCO
CHU	11
CH	55
Privé à but non lucratif	24
privé à but lucratif	32
ex hôpitaux locaux	127
Hopitaux militaires	0
CH Psychiatrie	7
CLCC	1
	0
	257



Récapitulatif des groupes de comparaison par secteur d'activité

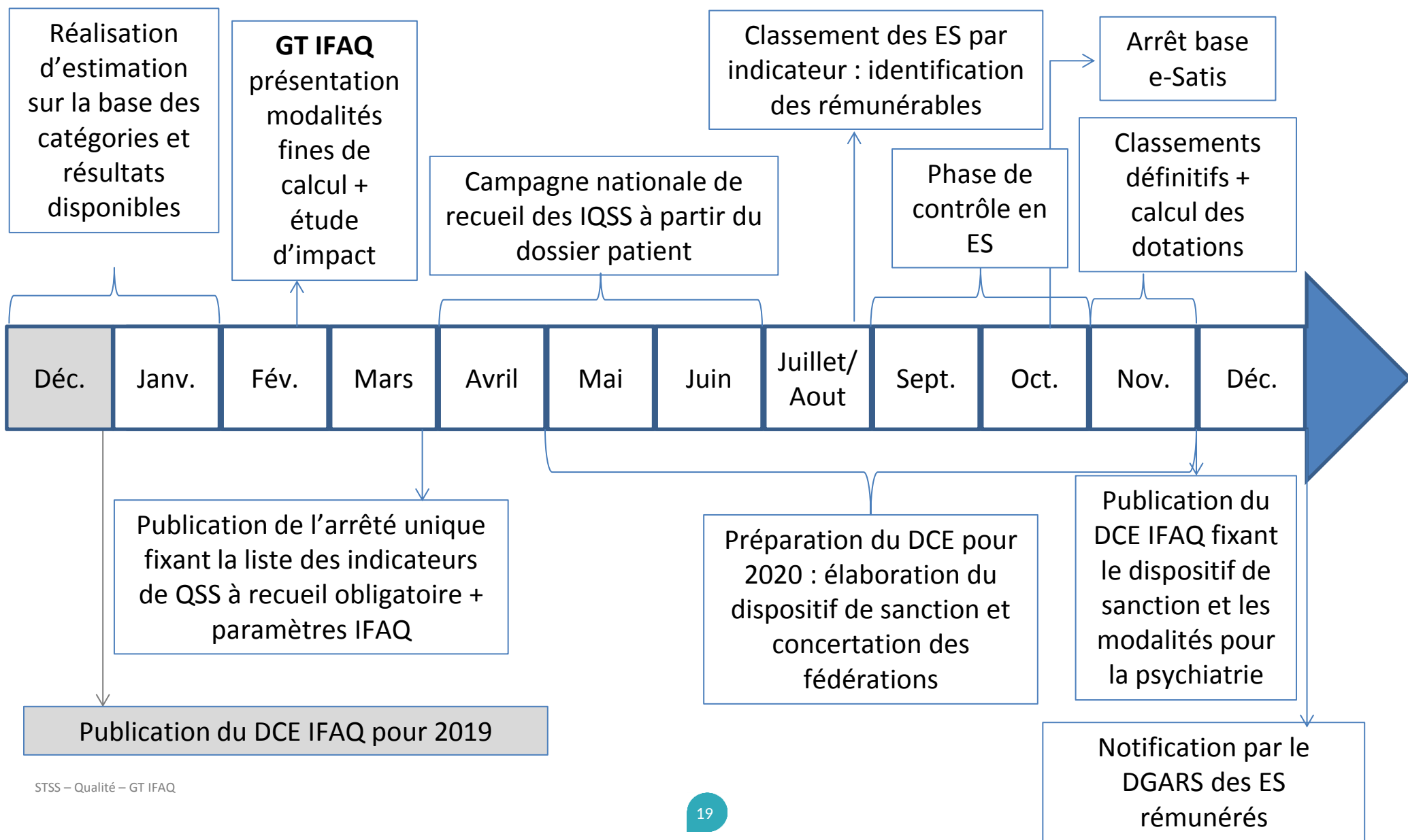
Catégories	MCO				SSR				HAD	hors seuil MCO	dialyse	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	1	1	
CHU	37	38	5	70	35	26	12	32	13	11	56	
CH	68	177	177	108	135	40	297	88	104	55	108	
Privé à but non lucratif	89	189	100	77	52	23	50	19	28	24	128	
privé à but lucratif	139	81	6	1	221	229	189	146	145	32	93	
ex hôpitaux locaux	70	69	0	0	50	0	163	1	1	127	0	
Hopitaux militaires	0	1	7	0	4	2	0	0	0	0	1	
CH Psychiatrie	12	0	1	0	8	0	5	0	0	7	0	
CLCC	1	20	0	0	0	0	0	0	3	1	0	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	416	575	296	256	505	320	716	286	294	257	387	
		1543				1827			294	257	387	
					3921							

Pour rappel :

1- chaque EG peut être concerné par plusieurs groupes de comparaison (1.3 groupes de comparaison par EG)

2- la rémunération au niveau de l'EJ cumule toutes celles des EG

Calendrier campagne 2019



Perspectives

Thématiques	Actions à mener	Calendrier
Indicateurs de résultats et d'expérience patient	Etendre e-Satis au SSR	Développement 2019 – généralisation 2020
	Etendre e-Satis à l'HAD	Développement 2019 – généralisation 2020
	Réflexion sur les PROMs	A partir de 2019
Indicateurs de psychiatrie	Expérimentation des nouveaux indicateurs dossier patient	2019
	Recueil généralisé des indicateurs sans prise en compte dans IFAQ	2020
Indicateurs de QVT	Développer de nouveaux indicateurs (ex : reprise de SAPHORA-JOB)	Réflexions à initier dès 2019

Point d'actualité IFAQ 2018

→ ETE-ORTHO

- └ les analyses statistiques ont confirmé une VPP de 93%
- └ l'indicateur sera donc bien pris en compte dans le calcul du score global IFAQ 2018 sous forme de malus

→ e-Satis Chirurgie Ambulatoire

- └ Pondération à 0,5
- └ Résultats sous forme de 4 classes
- └ Même cotation que pour e-Satis MCO (ex : classe A vaut 10 points)