

GT IFAQ 10/04/2019

Financement à la qualité pour les établissements de
santé : modèle 2019 & indicateurs 2020

Ordre du jour

1. Dispositif IFAQ 2019

- Synthèse des retours sur l'arrêté
- Retour sur le modèle & exemple sur un établissement

2. Perspectives pour les indicateurs 2020

- Indicateurs du programme de travail HAS
- Autres indicateurs en cours de réflexion
- Focus sur le malus introduit en 2020 et réflexion sur les indicateurs qui pourraient être concernés

3. Prochaines étapes

DISPOSITIF IFAQ 2019

Synthèse des retours sur l'arrêté (1/2)

→ Remarques générales

- └ *Demande de rapprochement du CAQES et de l'IFAQ au sein d'un modèle unique*
 - Le besoin d'articulation entre les deux dispositifs a bien été identifié. Les travaux sont en cours mais ne relèvent pas de l'arrêté 2019

- └ *Demande de fixer les principes de gestion des indicateurs*
 - Le groupe technique sera associé aux décisions relatives aux indicateurs pris en compte dans le modèle. L'objectif affiché dans le cadre du nouveau modèle IFAQ est bien d'avoir un nombre limité d'indicateurs par champ d'activité. Il s'agira de trouver ensemble un équilibre entre une forme de stabilité et renouvellement. Ces précisions ne relèvent pas du niveau réglementaire.

→ Article 2 : diffusion publique

- └ *Sous quelle forme la diffusion publique se fera-t-elle, dès lors que celle-ci ne semble plus limitée à Scope santé ?*
 - Une réflexion a été lancée pour le développement d'une plateforme unique. Dans l'attente, il est proposé de garder la plateforme Scope Santé pour les indicateurs HAS et de rendre accessibles les résultats des autres indicateurs sur l'espace public de Scan Santé (ATIH)

Synthèse des retours sur l'arrêté (2/2)

→ Article 4 : composition des groupes de comparaison

└ *Précisions relatives aux critères et composition des groupes*

- Les critères sont inchangés par rapport au fichier transmis aux fédérations. Pour plus de lisibilité, les valeurs moyennes nationales (groupes dialyse et SSR) ont été fixées sur la base des données 2017 arrondies . Les groupes seront constitués sur la base de l'activité 2018 consolidée.
- Une entité géographique peut être dans plusieurs groupes de comparaison seulement si son activité relève de différents champs (MCO / SSR / HAD). En revanche, au sein d'un même champ d'activité les critères sont bien exclusifs les uns des autres

→ Article 6 :

└ *Précisions sur la rédaction du modèle*

- La rédaction proposée concilie les obligations juridiques avec la volonté de clarté et transparence du modèle. Un exemple d'application est proposé en annexe.

└ *Prise en compte de l'évolution*

- Comme pour le niveau atteint c'est l'intervalle de confiance de l'écart des résultats entre les deux derniers recueils qui est utilisé.
- Les rémunérés sont ceux dont l'écart est significativement au dessus d'un seuil défini de manière à réunir 70% des ES
- Les ES qui voient leurs résultats se dégrader ne sont pas rémunérés

Synthèse des retours sur l'arrêté (3/3)

→ Article 7 & 8 : prise en compte de la certification

└ *Précisions sur la décision de certification prise en compte*

- La décision de certification qui est prise en compte est celle qui s'applique à l'établissement au 15 octobre de l'année considérée (validée par le collège de la HAS au plus tard à cette date)

└ *Traitement différencié des établissements non certifiés ou en sursis de certification*

- Le principe d'un traitement différencié pour les établissements n'obtenant pas un résultat suffisant sur la certification est fixé dans le DCE

└ *Analyse du compte qualité par les ARS*

- Dans un souci de cohérence, le document conditionnant le versement de la dotation pour les ES en D ou E est le compte qualité de la HAS. Nous préciserons aux ARS qu'elles peuvent solliciter la HAS pour avis / informations complémentaires. Cette précision ne relève néanmoins pas du niveau réglementaire

PERSPECTIVES POUR LES INDICATEURS 2020

PROGRAMME HAS



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS pour 2020

GT - IFAQ - 10/04/2019

Sandrine Morin, adjointe au chef de service EvOQSS

Linda Banaei-Bouchareb, chef de projet EvOQSS

Laetitia May-Michelangeli, chef de service EvOQSS

Agnès Solomiac, chef de projet EvOQSS

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins la HAS disponibles en 2020

Pour le MCO :

- ✓ 22 indicateurs déjà recueillis
- ✓ 6 indicateurs « prévus »
- ✓ 2 indicateurs « en cours de cadrage »

Pour le SSR:

- ✓ 4 indicateurs déjà recueillis
- ✓ 13 indicateurs « prévus »
- ✓ 1 indicateur « en cours de cadrage »

Pour l'HAD :

- ✓ 5 indicateurs déjà recueillis
- ✓ 4 indicateurs « prévus »

Pour la PSY :

- ✓ 1 indicateur déjà recueilli
- ✓ 7 indicateurs « prévus »
- ✓ 4 indicateurs « en cours de développement »

3 communs aux 4 secteurs

3 communs à 3 secteurs

Tous les indicateurs intégrés dans les catégories du DCE :

- *Qualité des prises en charge perçues par le patient*
- *Qualité des prise en charge cliniques*
- *Qualité de la coordination des prises en charge*
- *Qualité des pratiques dans la prévention des IAS*

	Indicateur	MCO	SSR	HAD	PSY
Qualité des prises en charge perçues par les patients	Satisfaction et expérience des patients hospitalisés et ses dimensions	✓	prévu	prévu	
	Satisfaction et expérience des patients hospitalisés pour CA et ses dimensions	✓			
Qualité des prises en charges cliniques	Evaluation et prise en charge de la douleur	✓	✓	prévu	prévu
	Evènements thromboemboliques après PTH/PTG	✓			
	Prise en charge de l'AVC	5 ✓	7 prévus		
	Prise en charge pré-opératoire de la chirurgie bariatrique	4 ✓			
	Parcours du patient en CA	3 ✓			
	Mortalité post infarctus du myocarde à J+30	prévu			
	Réhospitalisation entre 1 et 3 jours après CA	prévu			
	Failure to rescue	en cours			
	Evaluation du risque d'escarre			✓	
	Dépistage des troubles nutritionnels			✓	
	Prise en charge somatique en temps plein et en ambulatoire				3 prévus
	Pratiques d'isolement et de contention mécanique				4 en cours
	Qualité de la coordination des prises en charge	Qualité de la lettre de liaison à la sortie	✓	✓	
Qualité de la lettre de liaison à la sortie après CA		✓			
Contact entre la structure et le patient entre J+1 et J+3 après CA		✓			
Prise en charge pré-op de la chirurgie bariatrique : Communication de la décision de la RCP au médecin traitant		✓			
Prise en charge de l'AVC		✓	3 prévus		
Projet de soins et projet de vie			✓		
Tenue du dossier patient				✓	
Coordination en HAD				✓	
Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins	Lien entre l'hôpital et la médecine de ville				prévu
	Consommation de solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains	✓	✓	✓	✓
	Infection du site opératoire 3 mois après PTH/PTG	prévu			
	Antibiothérapie pour infection respiratoire basse	prévu			
	Précautions contacts complémentaires	prévu	prévu	prévu	
	Vaccination antigrippale des professionnels	prévu	prévu	prévu	prévu
Questionnaire « expérience patient sécurité »	en cours	en cours			

Focus à la demande de la Task-force

- Indicateurs IAS :
 - précaution contact complémentaire
 - antibiothérapie pour infection respiratoire basse
 - vaccination anti grippale
- Indicateurs en psychiatrie
- Indicateurs en HAD
 - évaluation de la douleur en HAD
 - e-satis en HAD
- Indicateurs en SSR
 - e-satis en SSR
- Indicateur réhospitalisation entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire

IAS: Nouveaux indicateurs envisagés

- Abandon des indicateurs de structure pour aller vers plus d'indicateurs de processus et de résultats
 - Actuellement : indicateur de processus sur la consommation de solution hydro-alcoolique
- nouveaux indicateurs IAS en cours de développement :
- précaution contact complémentaire
 - antibiothérapie pour infection respiratoire basse
 - vaccination anti grippale

IAS: Nouveaux indicateurs envisagés

Source	Indicateur envisagé	Définition	calendrier
dossier patient	précaution contact complémentaire	Mise en œuvre des précautions contacts complémentaires pour les patients atteints de BMR-BHR	2 ^{ème} expérimentation : sept-octobre 2019 GT en fin d'année
dossier patient	antibiothérapie pour infection respiratoire basse	Prescription d'antibiothérapie de 7 jours maximum pour les patients hospitalisés pour une infection respiratoire basse	2 ^{ème} expérimentation : sept-octobre 2019 GT en fin d'année
questionnaire établissement	vaccination anti-grippale	Pourcentage de personnels hospitaliers vaccinés contre la grippe saisonnière	En cours GT en fin d'année

IAS: mais également

- Développement de l'indicateur de résultat à partir du PMSI sur l'infection sur site opératoire après PTH/PTG
- Cadrage en cours pour le développement d'un questionnaire d'expérience patient sur la sécurité

Psychiatrie : Nouveaux indicateurs envisagés

- Développement d'indicateurs lancés fin 2017 (dernier recueil dossier patient en 2016)
- Comité de suivi Psychiatrie et santé mentale HAS
- 2019 : indicateur de processus sur la consommation de solution hydro-alcoolique

→ nouveaux indicateurs en psychiatrie en cours de développement :

- Prise en charge somatique en établissement de santé
- Coordination entre l'hôpital et la ville
- Pratiques d'isolement et de contention mécanique

Psychiatrie : Nouveaux indicateurs envisagés

Source: Dossier du patient

Thème	périmètre	Indicateur envisagé	calendrier
Prise en charge somatique	Temps plein # Ambulatoire (CMP) *	1. Evaluation et prise en charge de la douleur somatique# comme en MCO, SSR	2 ^{ème} expérimentation : juin-sept 2019
		2. Evaluation cardio-vasculaire et métabolique #*	GT en fin d'année
		3. Evaluation gastro-intestinale #*	
		4. Prise en charge des addictions#*	
Coordination entre l'hôpital et la ville	Temps plein # Ambulatoire (CMP) *	Qualité de la lettre de liaison à la sortie # comme en MCO, SSR	2 ^{ème} expérimentation : juin-sept 2019
		Lien ville-hopital *	GT en fin d'année
Pratique de la contention et de l'isolement	Temps plein	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre de la mesure Surveillance de la mesure Réévaluation médicale et levée de la mesure Retour sur la pratique de la mesure 	2 ^{ème} expérimentation : sept-octobre 2019 Validation du fich-comp GT fin 2019- début 2020

Psychiatrie : mais également

- Indicateur des IAS: vaccination anti-grippale
- Réflexion sur le développement d'un questionnaire d'expérience patient

HAD : Nouveaux indicateurs envisagés

- Actuellement :
 - Tenue du dossier patient
 - Coordination en HAD
 - Evaluation du risque d'escarre
 - Dépistage des troubles nutritionnels
 - Consommation de solution hydro-alcoolique
- Développement
 - Évaluation et prise en charge de la douleur
 - Extension e-satis

HAD : Nouveaux indicateurs envisagés

- Adaptation de l'indicateur Évaluation et prise en charge de la douleur
 - Test en cours pendant la campagne avril - juin 2019
 - Validation pour la fin de l'année
- Extension e-Satis
 - Cadrage notamment sur la volumétrie comme le nombre de structures concernées en fonction du périmètre →
 - Validation d'un questionnaire possible
 - Utilisation pour comparer tous les Ets HAD probablement difficile
 - Passage au Collège de la HAS fin avril pour validation des orientations

HAD : mais également

Indicateur des IAS:

- Vaccination anti-grippale
- Précaution contact complémentaire en cours de cadrage (volumétrie)

SSR : Nouveaux indicateurs envisagés

- Actuellement :
 - Qualité de la lettre de liaison
 - Projet de soin-projet de vie
 - Evaluation et Prise en charge de la douleur
 - Consommation de solution hydro-alcoolique
- Développement
 - Extension e-Satis

SSR : Nouveaux indicateurs envisagés

- **Extension e-Satis**
 - Cadrage notamment sur la volumétrie
 - Calendrier similaire à ce qui s'est fait en chir. ambu
 - Elaboration d'un questionnaire adapté
 - Test en fin d'année
 - Déploiement en 2020 si questionnaire validé

SSR : mais également

Indicateur des IAS:

- Vaccination anti-grippale
- Précaution contact complémentaire en cours de cadrage (volumétrie)



Indicateurs de qualité et sécurité du parcours du patient en chirurgie ambulatoire

Quels IQSS pour objectiver la qualité et la sécurité des soins en chirurgie ambulatoire

□ Indicateurs de processus (source : dossier patient)

- Applicable à tout séjour de patient admis pour une chirurgie en ambulatoire
- Évaluant les points clés du parcours,
- Recueillis depuis 2018



□ Indicateurs de résultats

➤ Source : questionnaire patient

- Satisfaction/expérience
- Depuis avril 2018

➤ Source : PMSI

- Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire (ReH3 CA)
- En cours de développement



Indicateur de résultats

Ratio standardisé du nombre observé sur attendu des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après CA



Méthode HAS de développement & validation

- ❑ **Pilotage HAS, partenariat avec l'ATIH**
- ❑ **Approche collaborative**
 - Parties prenantes : 1^{ère} réunion en 2015, retour d'information en 2017 et 2018
 - Groupe de travail multidisciplinaire : 4 réunions (2015, 2016 et 2018)
- ❑ **Définition & expérimentation d'un indicateur de réhospitalisation par retour aux dossiers 2016**
- ❑ **Analyses complémentaires à partir des données du PMSI MCO 2017 : proposition de rendu aux ES**
- ❑ **1^{ère} restitution aux établissements en décembre 2018**
 - Analyse des causes par retour aux dossiers en 2019

Population cible

□ La population cible est constituée de séjours :

- réalisés dans des ES ayant une activité du périmètre de chirurgie ambulatoire (GHM en C + 7 racines), avec ou sans UCA,
- de patients âgé de 6 mois ou plus, admis pour une chirurgie en ambulatoire (hors urgences), provenant de leur lieu de résidence (domicile ou structure médico-sociale), correspondants aux critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible.

Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après CA

Expérimentation HAS

- ❑ **Du 22 mars au 21 juillet 2016**
- ❑ **44 ES participants, 385 dossiers analysés**
- ❑ **60% des réhospitalisations entre 1 et 3 jours étaient non programmées**
 - Motifs de réadmissions tracé : 94%
 - **Motif de réadmission lié au séjour index : 69%**
- ❑ **Motifs de réhospitalisation les plus fréquents**
 - douleurs : 28%
 - hémorragies, hématomes : 20%
 - infections superficielles (exemple : infections de plaies chirurgicales superficielles, désunion de plaie externe, abcès de paroi...), hyperthermies, infections profondes : 19%
 - nausée, vomissement, céphalée , malaise vagal, hypotension : 11%
 - rétention urinaire, dysurie : 9%
- ❑ **VPP des réhospitalisations à 3 jours = 93,8%**

□ Conclusions suite aux analyses complémentaires

- Ratio global non discriminant
 - Pertinence pour l'amélioration des pratiques : résultat par racine de GHM
-
- **Calcul du ratio standardisé par racine de GHM**
 - **Restitution aux établissements du résultat des racines dont le nombre observé de réhospitalisations est significativement > attendu, avec un risque d'erreur de 0,2% (> +3DS)**

Réhospitalisations 2018

❑ **Décembre 2018 : 1^{ère} restitution aux établissements**

- Calcul du ratio standardisé du nombre observé sur attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours après CA **par racine de GHM**
- Restitution des racines de GHM avec au moins 10 séjours cibles ET atypie haute à +3DS (risque d'erreur de 0,2%)

❑ **Accompagnée de :**

- Brochure d'information et fiche descriptive
- Analyses complémentaires : nb de séjours cibles, nb de réhospitalisations, total et dans le même ES/ données nationales
- Par racine atypique à 3DS : durée de reH, données ES vs nationales

❑ **938 ES avec au moins 10 séjours cibles**

- 3 382 714 séjours cibles
- 303 ES, soit 32% avec au moins 1 racine de GHM > +3DS

Rehospitalisations 2019

□ Complément de développement en cours

- 2^{ème} restitution en 2019
- Retour aux dossiers
 - Logiciel de détection des séjours avec évènements (ATIH)
 - Grille HAS d'analyse des dossiers avec évènement
- Réhospitalisations non programmées, liées au séjour index, causes les plus fréquentes, évitables ?

➤ **Objectif** : Identifier les racines de GHM avec fort potentiel d'amélioration par analyse des causes lors du retour aux dossiers

Utilisations

- ❑ **Pilotage interne qualité – gestion des risques, valorisable dans la certification**

- ❑ **Selon le retour aux dossiers :**
 - Cibler la mesure sur les racines avec fort potentiel d'amélioration (lien avec la qualité du séjour index)

- ❑ **2020, Si IQSS validé(s)**
 - 3^{ème} restitution du résultat aux ES
 - autres utilisations envisageables, modalités à définir

Pour en savoir plus ...

Pages HAS dédiées

- **À toutes les productions HAS sur le thème de la chirurgie ambulatoire**

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire

- **aux indicateurs évaluant la qualité et sécurité de la chirurgie ambulatoire**

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/developpement-dindicateurs-de-processus-et-de-resultats-pour-evaluer-le-parcours-du-patient-en-chirurgie-ambulatoire-note-de-cadrage

- **à la mesure de la satisfaction et expérience du patient en chirurgie ambulatoire**

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/developpement-dindicateurs-de-processus-et-de-resultats-pour-evaluer-le-parcours-du-patient-en-chirurgie-ambulatoire-note-de-cadrage

PERSPECTIVES POUR LES INDICATEURS 2020

AUTRES INDICATEURS

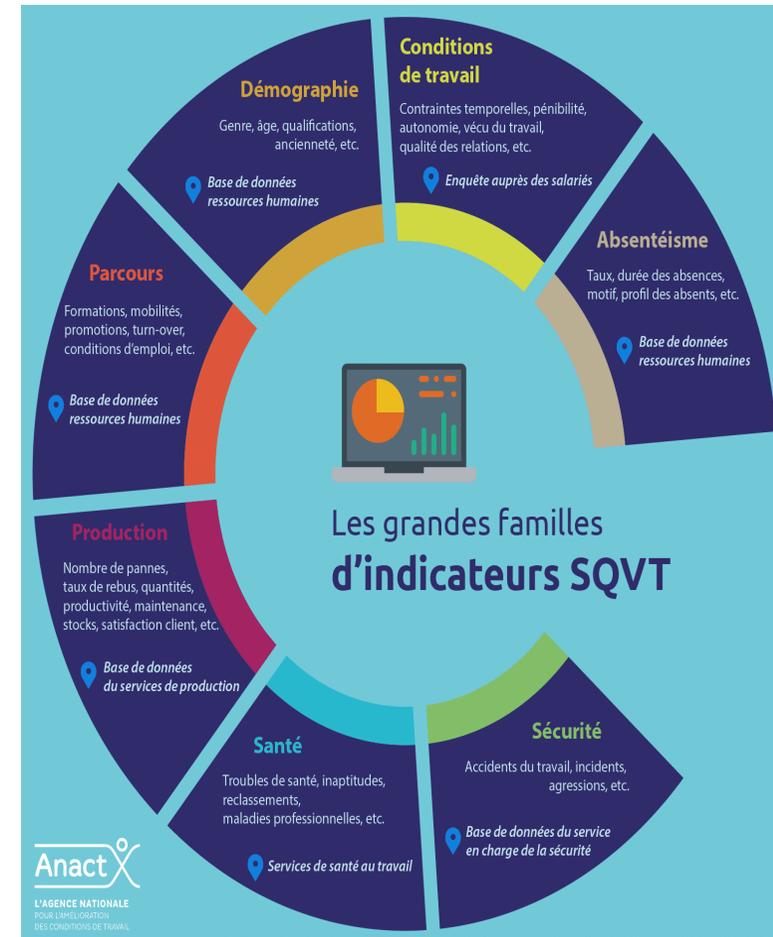
Propositions d'indicateurs psychiatrie formulées par les acteurs dans le cadre des consultations menées sur la réforme du financement

- e-Satis patient
- La variation du taux de suicide (ou taux de TDS) par département et s'appliquant à tous les établissements de l'aire concernée
- Taux de patients hospitalisés depuis plus de 270 jours
- Taux de recours aux urgences des patients psychiatriques et connus d'établissements psychiatriques

Qualité de vie au travail : de quoi parle-t-on ?

- **L'ANACT définit la QVT comme une « perception »** (ou un sentiment de bien-être au travail perçu individuellement et collectivement) déterminée par « les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci ».
- **Il existe un lien direct entre la mortalité des patients, le burn out et l'insatisfaction au travail** (Aiken et alii 2002- JAMA 2002 Oct 23-30- étude sur 10 184 infirmières et 168 hôpitaux pendant 1.5 ans)
- **La QVT et en particulier la satisfaction des professionnels soignants est donc un indicateur indirect de la qualité des soins et un enjeu majeur du management hospitalier.**
- Le secteur des établissements de santé se caractérise globalement par une pénibilité des conditions de travail évaluée au même niveau que celle du secteur du BTP (source HAS- revue de la littérature QVT)
- **L'enquête PRESS-NEXT souligne une corrélation entre le nombre de jours d'arrêt de travail et les conditions de travail. La satisfaction au travail est inversement corrélée avec l'absentéisme et en particulier celui de longue durée.**

Les dimensions de la QVT



Qualité de vie au travail : de quoi parle-t-on ?

→ Les 6 priorités des entreprises françaises en matière d'indicateurs de satisfaction au travail

- └ Environnement de travail
- └ Equilibre vie pro/vie perso
- └ Organisation du travail
- └ Formation et évolution
- └ Communication

→ On retrouve ces 6 priorités au sein du questionnaire Saphora Job

Les dimensions mesurées par Saphora job

Indicateur	N° items	Définition	Composante
1. Organisation du travail	1, 2, 3, 4	Satisfaction générale vis-à-vis de l'organisation du travail au sein du service.	Travail
2. Nature du travail	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	Satisfaction générale vis-à-vis de la définition et le contenu de son travail au sein du service (autonomie, responsabilité, créativité, épanouissement).	Travail
3. Relations entre collègues	15, 16, 17, 18	Satisfaction générale vis-à-vis des relations avec les collègues dans le cadre de son travail au sein du service (climat, coopération)	Travail
4. Développement professionnel	19, 21, 22, 23, 25	Satisfaction générale vis-à-vis de la gestion de carrière dans l'établissement (promotion, formation, mobilité, évaluation).	Emploi
5. Rémunération	27, 29, 30	Satisfaction générale vis-à-vis de la rémunération et sa politique (niveaux, évolution, information) dans l'établissement.	Emploi
6. Management de proximité	31, 34, 35, 36, 37	Satisfaction générale vis-à-vis des relations avec son supérieur hiérarchique (écoute, motivation, animation, accessibilité, soutien).	Travail
7. Adéquation entre vie professionnelle et vie personnelle	5, 38, 39	Satisfaction générale vis-à-vis de la possibilité de concilier vie professionnelle et vie personnelle.	Travail
8. Connaissance et accès à la réglementation	41, 42, 43, 44	Satisfaction générale vis-à-vis de l'information sur les droits et devoir concernant sa profession.	Emploi
9. Reconnaissance	45, 46, 47	Satisfaction générale vis-à-vis de la reconnaissance et du respect au regard de son travail	Emploi
10. Connaissance de l'organisation de l'établissement	48, 49, 55, 57	Satisfaction générale vis-à-vis de la connaissance de l'organisation de l'établissement et de ses différentes instances.	Institution
11. Connaissance de la politique d'établissement	51, 52, 53, 56, 58	Satisfaction générale vis-à-vis de la politique mise en œuvre au sein de l'établissement (communication, coordination, instances, valeurs).	Institution
Indicateur Global de Satisfaction au travail	les 47 items	Satisfaction générale	Global

Exemples d'application de Saphora Job

Ex CHU Poitiers (personnel médical)

Indicateurs	N	Moyenne ± écart-type	Min	Max
Sous indicateurs				
Travail	213	63,0 ± 20	0	100
Organisation du service	212	57,9 ± 21	0	100
Nature du travail	213	67,8 ± 21	0	100
Ressenti du métier	212	62,2 ± 28	0	100
Plan de carrière	211	48,0 ± 21	0	100
Promotion	201	53,7 ± 26	0	100
Evaluation	171	43,1 ± 25	0	100
Formation	207	46,2 ± 24	0	100
Salaire	213	46,5 ± 26	0	100
Encadrement	194	55,7 ± 32	0	100
Réglementation	212	41,9 ± 21	0	100
Information sur les droits	209	43,3 ± 23	0	100
Connaissance des droits	209	39,7 ± 21	0	100
Reconnaissance	209	51,0 ± 26	0	100
Etablissement	213	45,4 ± 17	0	92
Relations avec la direction	212	45,1 ± 23	0	100
Communication	210	48,2 ± 17	0	92
Instances	203	42,0 ± 22	0	80
Stratégie	203	44,1 ± 22	0	100

Le questionnaire Saphora job a été utilisé dans plusieurs établissements français. Il permet de comparer des résultats et de calculer un score global de satisfaction au travail. Il permet aussi pour un établissement de cibler les efforts à réalisés pour améliorer la situation.

Comparaison inter établissements

	CHU de Poitiers N = 215	Etablissement APHP N = 74	CHU sud France N = 365
Caractéristiques de l'enquête			
Année	2007-2008	2007	2005
Taux de participation	46%	31%	29%
Indicateurs (moyenne sur 100)			
Sous indicateurs			
Travail	63,0	70,3	64,0
Organisation du service	57,9	nd*	57,1
Nature du travail	67,8	nd	69,0
Ressenti du métier	62,2	nd	66,3
Plan de carrière	48,0	47,5	50,8
Promotion	53,7	nd	52,6
Evaluation	43,1	nd	47,5
Formation	46,2	nd	51,6

Propositions de méthode et de calendrier pour la mise en œuvre de Saphora Job

- └ Le questionnaire a fait l'objet d'une **validation méthodologique** par le projet de recherche Clarté, transmis à la HAS, suite à un test auprès de 70 établissements
- └ L'opportunité de conserver dans le modèle de financement les questions portant sur le niveau de rémunération doit être discutée avec les acteurs
- └ Le portage de la conception et de la production sont en cours de définition ; une démarche d'actualisation du questionnaire pourrait être engagée de manière concomitante
- └ **L'objectif serait d'avoir un premier retour à blanc pour les établissements en 2020 pour une utilisation en routine à partir de 2021.**
- └ Dans l'attente, pour l'année 2020, il est nécessaire d'avoir **un ou plusieurs indicateurs de mesure de la QVT**. Dans l'idéal, ces indicateurs devraient pouvoir être recueillis sans intervention des établissements.
 - Suggestions
 - Taux absentéisme
 - Taux accidents de travail
 - Taux de formation
 - Turn over des personnels
 - Taux de journées perdues pour cause de grève

Ré-hospitalisations potentiellement évitables

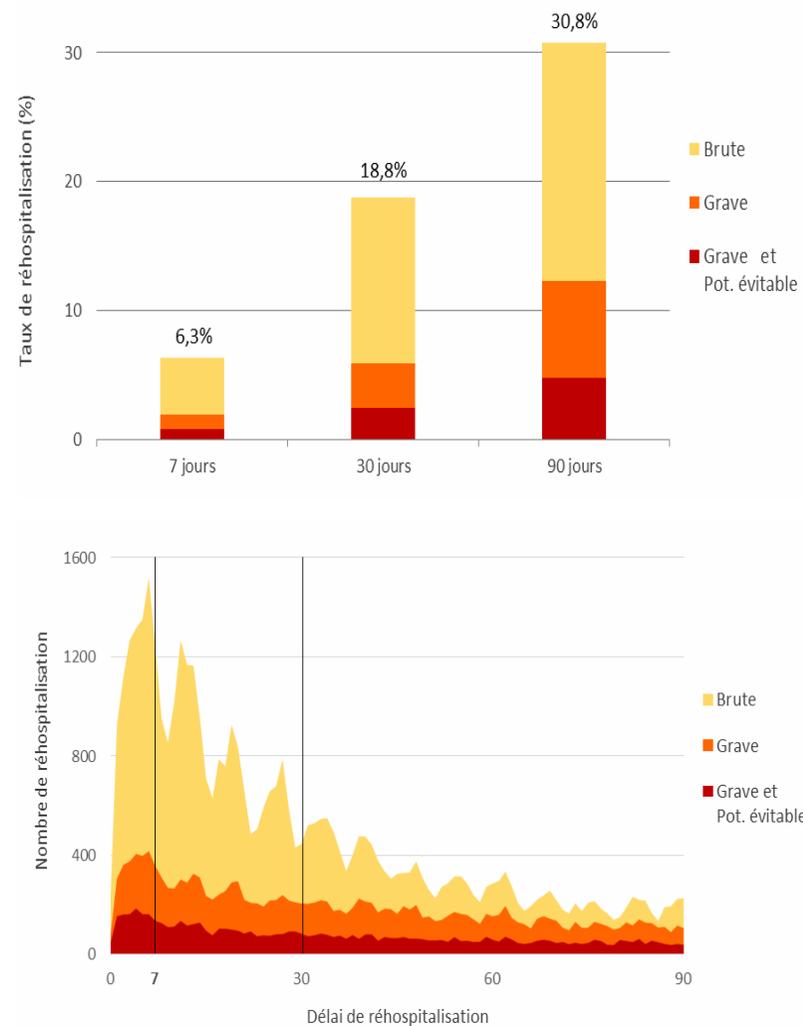
- **Un travail sur les ré-hospitalisations évitables a été conduit depuis 2016 par l'équipe de santé publique des Hospices Civils de Lyon**
- On peut distinguer trois types de ré-hospitalisations :
 - ↳ **Réhospitalisation Brute** : Toute réhospitalisation à l'exception des transferts directs (dont la prestation inter-établissement), des séances, des séjours groupés en erreur ou avec un problème sur l'identifiant de chaînage
 - ↳ **Réhospitalisation Grave** : Réhospitalisation brute associée à un décès, un passage en réanimation (au moins une nuit en réanimation, soins intensifs ou Unité d'Hospitalisation de Courte Durée [UHCD]) ou un acte chirurgical (par laparotomie ou coelioscopie)
 - ↳ **Réhospitalisation Grave et Potentiellement évitable** : Réhospitalisation grave associée à un algorithme validé (SQLape) d'identification des réhospitalisations jugées potentiellement évitables. Cet algorithme considérait comme inévitables les réhospitalisations prévues telles que celles pour la transplantation, le travail et l'accouchement, la chimiothérapie ou la radiothérapie, ainsi que d'autres interventions chirurgicales spécifiques et les traitements de suivi ou de rééducation. Les réhospitalisations liées à la prise en charge d'une maladie dans un nouvel appareil anatomique non renseigné initialement lors du séjour index ont également été considérées comme inévitables, de même que les réhospitalisations attribuables à certaines maladies spécifiques jugées difficiles à traiter (ex : sclérose en plaques). À l'inverse, les complications liées à la prise en charge initiale du patient lors du séjour index (ex : thrombose veineuse profonde) étaient considérées comme potentiellement évitables
 - ↳ **Remarque** : SQLape est un algorithme suisse qui a été reproduit par l'équipe lyonnaise. Il permet d'enrichir le travail conduit par l'ATIH en évitant de décompter comme ré-hospitalisation des séjours sans lien avec le séjour index ou avec un lien inévitable.

Ré-hospitalisations potentiellement évitables

- Il est possible d'étudier la ré-hospitalisation potentiellement évitable à 7, 30 et 90 jours.
- Le choix de l'équipe lyonnaise est de privilégier le taux à 30 jours (7 jours dans les données ATIH)
- Données nationales 2016 :
 - └ Taux de ré-hospitalisation

Taux de réhospitalisation % [IC95%]		à 7 jours	à 30 jours	à 90 jours
Brute	Nationale	7,5 [7,4 - 7,7]	22,6 [22,4 - 22,8]	38,0 [37,7 - 38,2]
	Sensibilité	83,7 [83,5 - 83,9]	83,4 [83,2 - 83,6]	81,1 [80,9 - 81,3]
Grave	Nationale	2,3 [2,2 - 2,4]	7,5 [7,4 - 7,7]	16,1 [15,9 - 16,3]
	Sensibilité	81,6 [81,4 - 81,8]	78,8 [78,6 - 79,0]	76,0 [75,8 - 76,3]
Pot évitables	Nationale	1,0 [0,9 - 1,0]	2,9 [2,8 - 3,0]	6,0 [5,9 - 6,1]
	Sensibilité	84,3 [84,1 - 84,5]	82,2 [82,0 - 82,4]	80,3 [80,1 - 80,5]

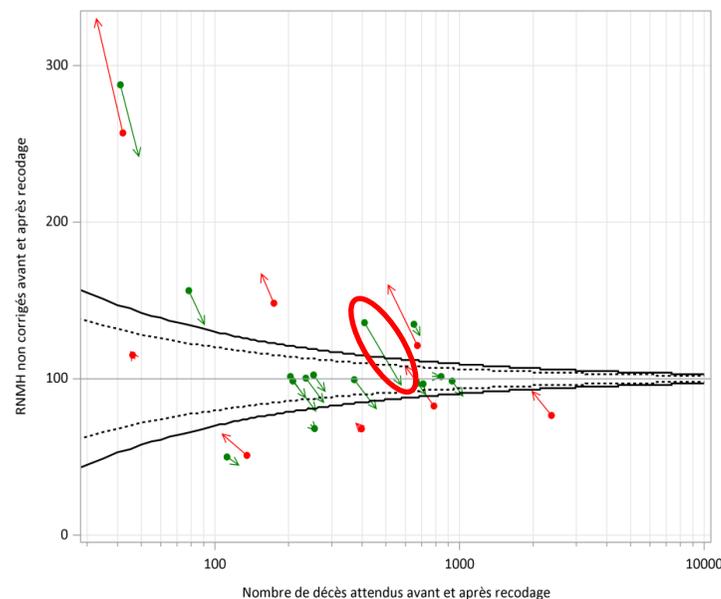
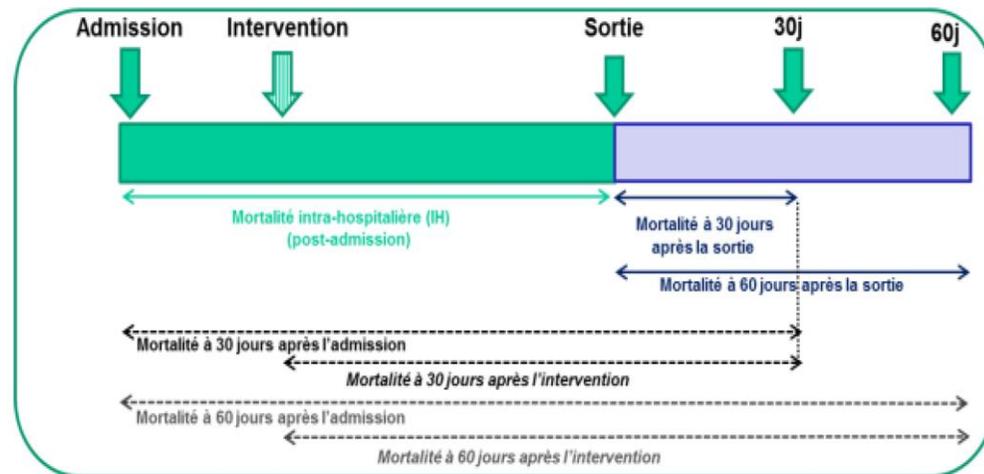
- Proposition : Développer l'indicateur pour les établissements MCO avec une première diffusion à blanc en 2019



Mortalité

- La mortalité hospitalière est utilisée couramment dans les grands systèmes de santé comme indicateur qualité (USA, Allemagne, Israël, Australie)
- Un rapport de la HAS de juillet 2017 a été publié sur ce thème et qui livre un certain nombre de préconisations
- En France, une étude test a été conduite par l'équipe de Santé Publique des HCL et l'ATIH sur un échantillon restreint de 24 établissements (7 CHU, 13 CH, 3 Cliniques et 1 CLCC)
- L'étude RMNH, basée sur les données PMSI 2010, a montré :
 - Une qualité du codage insuffisante...
 - ... Mais, cette qualité hétérogène n'a eu d'impact que sur un seul établissement (passage de sur mortalité à normo mortalité)

Périmètre des indicateurs sur la mortalité hospitalière



Mortalité : proposition de méthode

- **1- Etendre l'étude RNMH à l'ensemble des établissements MCO** sur le périmètre de l'ensemble des séjours mais en excluant les transferts, les patients arrivés décédés et l'ensemble des préconisations proposées par le rapport HAS.
- **2- Diffusion en test du taux RNMH** au cours de l'année 2019 aux établissements avec demande de retour au dossier pour vérification du codage pour les outliers.
- **3- Introduction du RMNH** dans le modèle avec quatre points distinctifs particulier :
 - Un établissement est comparé à lui-même et non aux autres établissements
 - La rémunération ne survient qu'à l'issue d'une période de trois ans durant lesquels le taux s'est amélioré
 - Un retour au dossier (sondage) est réalisé à l'occasion de la campagne IFAQ
 - Pas de diffusion publique des résultats
- **4- En parallèle à la diffusion du RMNH, nous préconisons le développement d'indicateurs de mortalité spécifique** (intervention spécifique) qui pourront entrer dans le modèle de financement et qui se substitueront au RMNH à l'issue de la période de trois ans.

Autres indicateurs en cours de réflexion

- Antibiorésistance ou consommation d'antibiotiques (comparaison ou évolution)
- Repérage des addictions

PERSPECTIVES POUR LES INDICATEURS 2020

INTRODUCTION DU MALUS

Application du malus à partir de 2020

- La loi prévoit que pour **certains des indicateurs** liés à la qualité et la sécurité des soins, un **seuil minimal** de résultats est requis. Ce seuil est fixé **par indicateur** en **fonction de la répartition des résultats** de l'ensemble des établissements concernés.
- En cohérence avec la philosophie du modèle, il est proposé d'appliquer ce malus sur des indicateurs généraux
- Les indicateurs envisageables pour définir un seuil de non acceptabilité :
 - └ Certification
 - └ Indicateurs IAS
 - └ Mortalité
 - └ Réhospitalisation
 - └ Qualité de la lettre de liaison

Prochaines étapes

→ Juridique

- └ Mi-avril : Saisine de la HAS et des caisses sur le projet d'arrêté IFAQ 2019
- └ Fin Mai : Publication de l'arrêté IFAQ 2019

→ Communication

- └ Mai – Septembre 2019 : production de documents d'information pédagogiques sur le nouveau dispositif IFAQ

→ Modèle 2020

- └ Travaux sur les évolutions potentielles du modèle (différenciation de la rémunération en fonction du niveau de qualité, malus)
- └ Validation des indicateurs pris en compte dans le modèle 2020
 - Échéance : septembre 2019 pour publication nouveau DCE et arrêté unique 2020 avant la fin d'année
- └ Proposition d'un groupe ad-hoc psychiatrie sur les indicateurs

ANNEXE

Exemple d'application - fictif

Données de l'exemple :

Dotation qualité du groupe de comparaison : **1 Millions d'euros**

Composition du groupe de comparaison : **50 établissements** dont la valorisation économique globale est de **1 milliard d'euros**

1 Calcul du Gain Possible (GP)

Le GP est égal à la dotation qualité du groupe de comparaison divisée par la valorisation économique globale des établissements. Le GP exprime le gain qualité pour un euro de valorisation économique
GP = 0.01 euros

2 Calcul du Gain Possible par Etablissement (GPE)

Le GPE est égal à la multiplication du GP par la valorisation économique de l'établissement et par le nombre d'indicateurs du groupe de comparaison. Le GPE représente la somme maximale auquel un établissement peut prétendre s'il est retenu pour tous les indicateurs auxquels il concoure (avant redistribution du reliquat)



Exemple d'application - fictif

Le GPE tient compte de la répartition entre score atteint (60%) et score évolution (40%)

	volume éco en millions d'euros	Eligible oui/non										Nb éligibles	GPE = volume éco * x * nb indic (en)
		indic1	indic2	indic3	indic4	indic5	indic6	indic7	indic8	indic9	indic10		
ES25	12.3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	12 284
ES26	15.9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	15 868
ES27	19.6	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	19 591
ES28	24.7	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	7	24 688
ES29	14.0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	14 048
ES30	8.0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	7	8 047
ES31	29.0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8	29 000
ES32	26.3	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	8	26 254
ES33	7.6	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	7 583
ES34	17.8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	17 801
ES35	29.0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	29 000
ES36	17.2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	8	17 188
ES37	20.4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	20 425
ES38	10.9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10 858
ES39	12.2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	12 212
ES40	27.9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	27 871
ES41	17.0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	8	17 000
ES42	28.7	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	8	28 700
ES43	20.9	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	8	20 920
ES44	20.7	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	3	20 696
ES45	19.3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	19 316
ES46	25.0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	8	25 000
ES47	17.0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	16 967
ES48	14.9	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	5	14 914
ES49	27.1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	27 100
ES50	30.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	30 313

ES avec même valorisation mais nb indicateurs éligibles différents

ES avec valorisation différente mais nb indicateurs égaux



Exemple d'application - fictif

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ



Task force réforme du
financement

Nb éligibles	GPE = volume éco * x * nb indic (en	Rémunération oui/non										Nb indic remu
		indic1	indic2	indic3	indic4	indic5	indic6	indic7	indic8	indic9	indic10	
9	12 284	0	1	1	1	1			1			5
10	15 868	1	1	1	1	1			1			6
9	19 591	1	1	1	0	1			1			5
7	24 688	0	1	1	1	0			0			3
10	14 048		1	1	1	1			1			5
7	8 047		1	1	0	1			1			4
8	29 000		1	1	0	1			1			4
8	26 254		1	1	1	0		1	0	1	1	6
9	7 583		1	0	1	1	1	1		1	1	7
10	17 801		1	1	1	1	1	1		1	1	8
10	29 000		1	1	1					1	1	5
8	17 188		1	1	1	1	0	1		0	1	6
10	20 425		1	1	1	1	1	1		1	1	8
10	10 858	1		1	1	1	1	1		1	1	8
10	12 212	1		1	1	1	1	1		1	1	8
10	27 871	1		1	1	1	1	1	1	1	1	9
8	17 000	1		1	1	0	1	1	0	1	1	7
8	28 700	1		1	1	1	0	1	1	0	1	7
8	20 920	1		0	0	1	1	1	1	1	1	7
3	20 696	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	3
9	19 316	0		1	1	1	1	1	1	1	1	8
8	25 000	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	8
9	16 967	1		0	1	1	1	1	1	1	1	8
5	14 914	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	5
10	27 100	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
10	30 313	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Pour les deux
établissements 50%
des indicateurs retenus

Même nombre
d'indicateurs retenus

Exemple d'application - fictif

3

	Nb éligibles	GPE = volume éco * x * nb indic (en)	Nb indic remu	Rémunération
ES25	9	12 284	5	6 824
ES26	10	15 868	6	9 521
ES27	9	19 591	5	10 884
ES28	7	24 688	3	10 581
ES29	10	14 048	5	7 024
ES30	7	8 047	4	4 598
ES31	8	29 000	4	14 500
ES32	8	26 254	6	19 691
ES33	9	7 583	7	5 898
ES34	10	17 801	8	14 241
ES35	10	29 000	5	14 500
ES36	8	17 188	6	12 891
ES37	10	20 425	8	16 340
ES38	10	10 858	8	8 686
ES39	10	12 212	8	9 770
ES40	10	27 871	9	25 084
ES41	8	17 000	7	14 875
ES42	8	28 700	7	25 112
ES43	8	20 920	7	18 305
ES44	3	20 696	3	20 696
ES45	9	19 316	8	17 170
ES46	8	25 000	8	25 000
ES47	9	16 967	8	15 082
ES48	5	14 914	5	14 914
ES49	10	27 100	10	27 100
ES50	10	30 313	10	30 313

La rémunération est identique car le poids de chaque indicateur est différent selon le nombre d'indicateurs pour lesquels un établissement est éligible
 La différence de rémunération est uniquement liée à la différence de poids économique des établissements

Exemple d'application - fictif

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ



Task force réforme du
financement

3

- Dans certains cas, il pourrait y avoir un reliquat dans la distribution initiale qui sera redistribué aux établissements retenus au prorata de leur rémunération initiale



	Rémunération	Rémunération finale
ES25	6 824	7 878
ES26	9 521	10 990
ES27	10 884	12 563
ES28	10 581	12 214
ES29	7 024	8 108
ES30	4 598	5 308
ES31	14 500	16 738
ES32	19 691	22 730
ES33	5 898	6 808
ES34	14 241	16 439
ES35	14 500	16 738
ES36	12 891	14 880
ES37	16 340	18 862
ES38	8 686	10 027
ES39	9 770	11 278
ES40	25 084	28 955
ES41	14 875	17 171
ES42	25 112	28 988
ES43	18 305	21 130
ES44	20 696	23 890
ES45	17 170	19 820
ES46	25 000	28 858
ES47	15 082	17 410
ES48	14 914	17 216
ES49	27 100	31 283
ES50	30 313	34 992
Total	866 297	1 000 000

Focus sur différenciation score évolution et score atteint

	volume éco en millions d'euros	Nb éligibles	volume éco * nb remun	GPE atteint = volume éco * x * nb indic (en	GPE Evolution	Nb indic remun	Nb indic remun score atteint	Nb indic remun score évolution	Rémunération finale
ES1	29.2	9	291.8616993	17 353	11 569	16	8	8	31 797
ES2	8.7	10	87.09182723	5 178	3 452	18	8	10	9 393
ES3	19.8	10	197.9547288	11 770	7 847	18	8	10	21 350
ES4	29.2	5	292	17 362	11 574	8	4	4	28 631
ES5	26.9	8	269.0494787	15 997	10 665	15	7	8	30 502
ES6	17.0	10	170.1540417	10 117	6 745	19	9	10	19 603
ES7	25.8	8	257.6828149	15 321	10 214	16	8	8	31 582
ES8	20.4	10	203.6835759	12 111	8 074	20	10	10	24 964
ES9	15.9	10	159.1150873	9 461	6 307	18	9	9	17 551
ES10	22.5	9	225.2941951	13 395	8 930	17	9	8	26 385
ES11	25.9	9	259.0725458	15 404	10 269	17	8	9	29 636
ES12	29.8	8	297.7847446	17 706	11 804	15	8	7	34 672
ES13	27.8	6	277.5577876	16 503	11 002	11	6	5	31 750
ES14	19.5	10	195.23	11 608	7 739	15	9	6	18 664
ES15	19.5	10	195.23	11 608	7 739	15	5	10	16 750

L'impact du nombre d'indicateurs en score atteint se traduit par une rémunération plus importante pour un nombre d'indicateurs rémunérés identiques

