

Le 5 juillet 2018

| | |
|---|---|
| <p>Origine : Stéphanie Rousval, Anne Charlotte de Vasselot, Anne Lecoq, Christine Schibler</p> | <p>Destinataire : Jean-Marc Aubert</p> |
| <p>Suivi par : Christine Schibler, Stéphanie Rousval</p> | <p>Copie : Antoine PERRIN Conférence des DG PNL MCO LD-Sanitaire</p> |
| <p>Chantier 2 STSS : les modes de financement et de régulation Contribution n°2 Financement, qualité, pertinence</p> | |

La FEHAP est très favorable à la prise en compte de la qualité et de la sécurité des soins dans le système de financement. C'est une évolution qui nous paraît aujourd'hui indispensable dans son principe. Mais sa mise en œuvre qui comporte des difficultés pratiques doit faire l'objet d'une étroite concertation si l'on ne veut pas qu'elle soit rejetée comme dépourvue de tout lien avec la réalité, comme c'est un peu le cas aujourd'hui avec un certain nombre des indicateurs qualité en vigueur.

La réflexion sur la question stratégique du financement à la qualité doit prendre en compte :

- La nécessité de mettre le patient au cœur du dispositif,
- Les résultats des expériences étrangères et les standards internationaux,
- La cohérence des indicateurs suivis pour favoriser l'alignement des acteurs,
- La simplicité, la lisibilité du schéma retenu pour favoriser la transparence, qui est elle-même un facteur de progression.

La progression des pratiques professionnelles au bénéfice du patient et le contexte de fort développement des indicateurs de qualité dans l'ensemble des établissements de santé permet aujourd'hui de réfléchir à la mise en place d'une part plus importante de paiement à la qualité dans le modèle de financement des établissements de santé.

Aussi, la fédération est très favorable à une augmentation de la part du financement à la qualité, selon des règles à établir. Nous proposons que ce système de financement prenne en compte :

1. La certification,
2. Des indicateurs de résultat (en nombre limité),
3. Une adaptation simplifiée d'IFAQ,

Tout cela s'articulant avec la pertinence des soins.

Le périmètre des établissements concernés :

Pour ce qui est du périmètre, nous souhaitons que tous les établissements sanitaires puissent être concernés : MCO dont HAD et dialyse, SSR, psychiatrie.

1. La certification

Le niveau de certification, qui évalue les processus de l'établissement, est un critère essentiel à l'attribution d'un paiement à la qualité. Ainsi, il est pertinent que la réussite de la certification puisse être valorisée, et conditionne le financement à la qualité.

Cela permettra de réintégrer la dimension de la certification dans le dialogue de gestion avec les établissements. En effet, cette démarche de certification est décorrélée de la régulation, de la contractualisation et du financement de l'établissement.

2. Les indicateurs de résultat

Le modèle de paiement à la qualité doit également intégrer une part plus importante (voire dominante) d'indicateurs de résultats, et non exclusivement de processus. Dans la mesure du possible, nous souhaitons que soient utilisées des données mesurées à partir des systèmes d'information, qui peuvent facilement être extraites automatiquement.

Les indicateurs de résultats devraient porter sur :

- La satisfaction du patient et l'expérience patient : indicateurs portant sur la satisfaction des patients, les plaintes et indemnisations, les ratios de sinistralité ;
- La qualité de l'organisation du parcours du patient : taux de réhospitalisation, qualité de la lettre de liaison ;
- La qualité des soins au bénéfice du patient : indicateurs portant sur les infections associées aux soins, la consommation d'antibiotiques, les IQSS ;
- La qualité du management et la qualité de vie au travail : les indicateurs RH pertinents dans ce domaine sont toutefois difficiles à dégager.

La question de la satisfaction des usagers est essentielle, mais reste à travailler pour trouver un système qui soit plus représentatif. En effet, cela doit s'axer sur les résultats des soins, le respect du contrat de soins et le bénéfice attendu du point de vue du patient (mobilité fonctionnelle ou non pour la chirurgie orthopédique par exemple) et non sur des critères hôteliers ou des taux de réponse à des questionnaires. Le principe d'e-satis est intéressant, mais sa représentativité est trop faible. Il faut trouver un système plus représentatif.

Les indicateurs portant sur les plaintes et indemnisations, sur les ratios de sinistralité sont intéressants à utiliser, toutefois nous exprimons des réserves méthodologiques concernant le champ que pourrait recouvrir ces thématiques.

Il est important de retenir des indicateurs permettant d'objectiver la bonne organisation du parcours du patient.

Le taux de réhospitalisation paraît un indicateur intéressant à souligner dans la mesure où il peut refléter la qualité du parcours et la qualité de l'orientation à la sortie. Des indicateurs comme la qualité de la lettre de liaison à la sortie (à condition de limiter sa mesure à quelques points cruciaux), le taux d'ambulatoire sur les actes marqueurs et le taux d'entrées directes et non programmées dans les services (par rapport aux urgences) sont également des indicateurs permettant d'objectiver les parcours.

Les indicateurs portant sur la mortalité peuvent être d'une interprétation et d'un maniement difficiles.

Concernant les infections, les indicateurs de lutte contre les infections associées aux soins sont arrivés au terme de leur exploitation. Le suivi des infections du site opératoire via les surveillances type INCISO paraît nécessaire, le nouvel indicateur qui devrait arriver cet été sur les infections sur prothèse en orthopédie calculé à partir des données PMSI montrera probablement la voie sur les prochains indicateurs dans ce domaine.

Il paraît de plus indispensable qu'un ou des indicateurs sur la consommation d'antibiotiques et sur la problématique BMR/BHRe viennent enrichir le panel des indicateurs pris en compte, notamment au vu des efforts demandés aux établissements confrontés à cette problématique. Toutefois, il est nécessaire de distinguer les BMR/BHRe acquises au cours du séjour à celles déjà existantes à l'entrée.

Les indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) actuels seront consensuels s'ils sont produits rapidement. Il est indispensable de raccourcir les délais et de prendre en compte des indicateurs plus récents, en étant attentifs à ne pas générer une lourdeur de gestion administrative de ces indicateurs.

L'utilisation d'indicateurs Ressources Humaines (RH) paraît nécessaire. IL PARAÎT D'UTILISER Les indicateurs d'accident du travail et d'absentéisme en raison des facteurs de variabilité qui entrent en jeu et ne sont pas liés à la qualité, sauf à se concentrer sur la question des indicateurs des troubles musculo-squelettiques. Un indicateur sur le taux de vaccination grippale des salariés, et/ou sur le suivi des troubles musculo-squelettiques (dont lombalgies) pourraient être pris en compte. Un travail approfondi doit être mené sur ce sujet.

3. Adapter et simplifier IFAQ

Le modèle IFAQ doit évoluer dans un esprit de simplification. Pour la FEHAP, l'esprit du modèle IFAQ reste intéressant à plusieurs égards, mais il doit être simple, non contestable et atteignable. Il doit être incitatif et sa construction doit être stable dans le temps, priorisée, simple à comprendre et évaluable. Les règles de composition d'IFAQ doivent être le reflet de priorités connues à l'avance et hiérarchisées, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Sous réserve de cette stabilité et de cette solidité des indicateurs, il est envisageable d'augmenter le pourcentage de la rémunération. Sans cette visibilité, il n'est pas envisageable d'augmenter le financement à la qualité.

La question du score évolution d'IFAQ :

La FEHAP reste très réservée sur l'utilisation du score évolution dans le modèle IFAQ, et d'autant plus dans une perspective de quote-part de financement à la qualité plus conséquente. Ce score évolution est en réalité une pénalisation des établissements les plus performants.

D'ailleurs, le score évolution pose actuellement des difficultés : l'accélération du rythme d'évolution des indicateurs de qualité limite le nombre d'indicateurs disponibles pour le

calcul du score évolution. Aussi, un nombre restreint d'indicateurs sont disponibles pour le calcul du score évolution des établissements SSR et HAD. Ce nombre faible d'indicateurs disponibles pour le calcul du score évolution occasionne un nombre important d'établissements ex-aequo faisant ainsi perdre son caractère discriminant au dispositif IFAQ (par exemple : plus de 700 ES SSR ex-aequo sur le score évolution en 2017).

De plus, le score évolution ne doit pas rester le même 2 années de suite, comme cela peut être le cas actuellement.

Si un financement, à vocation incitative devait être attribué à un établissement n'ayant pas atteint les résultats mais ayant progressé, le score évolution devra peser moins lourd au profit du score niveau atteint (un ratio de 80% / 20% par exemple). Ceci permettrait de favoriser encore plus les établissements "bons" qui restent "bons" même si le score « évolution » actuel le prévoit déjà (indicateur A qui reste A, il est attribué 10 points).

4. Un modèle articulé avec la pertinence des soins

Le respect des recommandations et en particulier la vérification des indications et de la performance des actes doit être plus directif et plus personnalisé sur les praticiens, en particulier sur la chirurgie. De plus, le lien et la cohérence avec l'évolution de la tarification des établissements et notamment des nomenclatures doit être renforcé.

Lors du séminaire sur la régulation du système de santé du HCAAM du 13 juin 2018, des réflexions ont été soumises sur qualité et pertinence. Nous partageons le contexte et les enjeux qui ont été soulignés : qualité du système de santé, progrès de la culture qualité, des financements qualité introduits de façon différenciée selon les activités, une mesure portant plus sur les processus que sur les résultats, une place du patient insuffisante. Lors de cette réunion, 2 scénarios pour lier qualité et financement ont été proposés :

- Introduire au fur et à mesure des indicateurs transversaux de qualité pour tous les secteurs
- Introduire, dans un système de tarification au parcours, des indicateurs de résultat pour chacun

Pour la FEHAP, ces scénarios ne s'opposent pas : le premier pourrait être mis en œuvre très rapidement, le deuxième est davantage un scénario de moyen terme puisqu'il sera à combiner avec des financements au parcours.

A ce stade des réflexions, la FEHAP souhaite que des précisions soient apportées si un travail sur un score global devait être mené. Pour ces deux approches, la FEHAP est favorable à une transparence des résultats, ce qui permet d'informer au mieux le patient, et d'inciter les professionnels à l'amélioration de leurs pratiques. La lisibilité et la transparence des résultats est un gage de bonne pratique.

Sur le sujet financement et pertinence, lors de ce même séminaire, 3 scénarios ont été présentés :

- Scénario 1 : Evaluation par les pairs

L'évaluation par les pairs a été mise en place dans certaines professions (notaires). Elle nécessite de s'appuyer sur des recommandations ou des atypies observées par parangonnage. C'est un sujet qui mériterait des travaux complémentaires, notamment sur l'étude de pertinence d'une organisation ou d'un parcours. Dans ce cadre, évaluer une équipe médicale et paramédicale paraît pertinent. En cas de déviance à une pratique encadrée par des recommandations, la procédure de mise sous accord préalable, telle qu'elle existe actuellement, paraît trop lourde dans sa forme, même si elle est intéressante sur le fond. En effet, elle permet d'encadrer la pratique d'un médecin, mais il serait intéressant qu'elle soit administrativement simplifiée. Donc la FEHAP est favorable à l'autoévaluation et à l'évaluation par les pairs. Cette dernière devra être organisée en veillant à ce qu'il n'y ait pas de conflits d'intérêt entre évalués et évaluateurs (exemple : médecins sur un même territoire). De plus, il faut veiller à ne pas limiter l'innovation avec des référentiels de bonnes pratiques, dont l'évolution pourrait être longue.

- Scénario 2 : Désincitation au volume

La désincitation au volume est un dispositif qui, aveuglément, diminue les tarifs des établissements ayant une pratique normale, voire vertueuse, comme ceux des établissements ayant une pratique déviante en terme de pertinence des actes. Cette régulation au sein d'un territoire paraît absurde. Nous proposons que seuls les établissements ayant une pratique déviante soient sanctionnés : soit par une pénalité financière contractualisée (CPOM), et/ou un contrôle T2A, soit une suspension d'autorisation, ce qui est à la main des ARS.

Cependant, il serait plus pertinent que la nomenclature des actes prévoie la diminution des tarifs des actes correspondant à des pratiques dépassées. Ainsi, les établissements qui n'ont pas une pratique adaptée aux recommandations connaîtraient, s'ils persistent dans cette façon de faire, une baisse de chiffre d'affaire.

- Scénario 3 : Contractualisation du volume d'activité.

La FEHAP s'oppose à la contractualisation du volume d'activité, qui est un système qui manque de souplesse et d'adaptabilité, et qui a déjà été mis en place et abandonné (OQOS).

Taux de financement à la qualité :

En ce qui concerne le taux de financement à la qualité, il peut augmenter progressivement jusqu'à 0,5 % de l'ONDAM MCO et 0,5% de l'ONDAM SSR.

En 2017, 50 M€ ont été attribués à l'enveloppe IFAQ, dont :

- 40 M€ proviennent du MCO, correspondant à 0,07% de l'enveloppe ODMCO 2017 (52 965 Millions d'euros)
- 10 M€ proviennent du SSR, correspondant à 0,12% de l'enveloppe ODSSR 2017 (8 475 millions d'euros).

Il conviendra d'adapter la part d'incitation versée aux établissements en concertation avec les fédérations.

La FEHAP souhaite qu'une concertation entre le Ministère et les Fédérations intervienne à toutes les étapes de construction du futur modèle d'incitation financière à la qualité.