

Campagne tarifaire et budgétaire 2022

Financement Qualité

Dotation IFAQ

La campagne 2022 est marquée par la poursuite et le renforcement du financement de la qualité via une dotation spécifique : IFAQ. L'article 37 de la LFSS pour 2019 a permis de renforcer le dispositif actuel de paiement à la qualité. En 2022, l'enveloppe budgétaire atteint désormais 700 millions d'euros et le dispositif intègre le champ de la psychiatrie. Comme pour la campagne 2021, la répartition de l'enveloppe repose sur un dispositif allégé par rapport aux résultats des indicateurs de qualité recueillis en 2022.

La présente notice a pour objet d'apporter les informations explicatives au calcul de la dotation pour la campagne 2022. Elle est composée d'une première annexe qui vise à présenter les objectifs et les principes du dispositif. La deuxième annexe précise plus en détails les modalités de calcul de la dotation. Pour faciliter la compréhension, des exemples illustrent les différents mécanismes.

Je vous saurai gré de bien vouloir porter ces informations à la connaissance des établissements de santé concernés par son contenu de votre région, et vous prie d'accepter mes remerciements anticipés.

Le directeur
Housseyni Holla

Annexe 1

OBJECTIFS ET PRINCIPES DU DISPOSITIF

1. Objectifs du dispositif

Le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) a été généralisé à tous les établissements MCO à compter du 1er janvier 2016, en application de l'article 51 de la LFSS pour 2015, étendu aux établissements de SSR à compter de 2017 et aux établissements de PSY en 2022. Ce dispositif a pour objectif de valoriser et d'inciter à la mise en place de démarches d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé. Néanmoins jusqu'en 2019, l'incitatif financier restait limité (50 millions d'euros en 2018) et concernait un nombre restreint d'établissements (environ 30% des établissements rémunérés en 2018).

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, le rapport sur la « Réforme des modes de financement et de régulation » préconise une évolution progressive des modes de financement. Il plaide pour une diversification des modes de financement avec, notamment, une prise en compte accrue de la qualité.

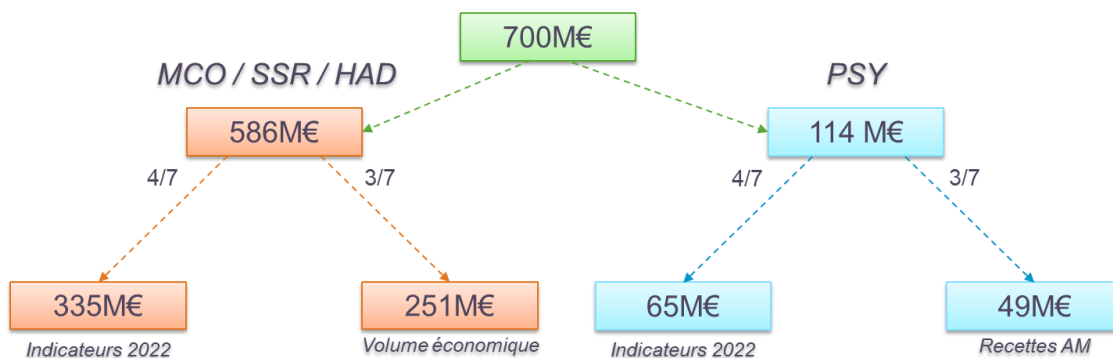
L'article 37 de la LFSS pour 2019 a permis de renforcer le dispositif actuel de paiement à la qualité. Il participe ainsi à la dynamique de diversification des modes de financement des établissements de santé en accroissant de manière très significative la part consacrée à la qualité. Le financement à la qualité devient un véritable compartiment budgétaire, avec une enveloppe portée à **700 millions d'euros en 2022**.

Ces 700 millions sont ventilés en 2022 sur les champs MCO, SSR, HAD et Dialyse à hauteur de 586 M€, et sur le champ PSY à hauteur de 114 M€

Pour accompagner ce changement de paradigme dans le financement à la qualité, le modèle IFAQ a été profondément rénové en 2019. Toutefois, comme pour la campagne 2021, la répartition de l'enveloppe repose sur un dispositif allégé par rapport aux résultats des indicateurs de qualité recueillis en 2022. Ainsi la ventilation de l'enveloppe 2022 repose sur 2 compartiments :

- un compartiment à hauteur de 300 M€ réparti en fonction du volume économique (champs MCO, SSR, HAD et Dialyse) ou des recettes d'assurance maladies (champ PSY)¹ des établissements de santé ;
- un compartiment à hauteur de 400 M€ réparti en fonction des indicateurs recueillis en 2022 au titre d'IFAQ.

Répartition de l'enveloppe par compartiment et par champ d'activité :



¹ cf. Annexe 1 Partie 1 Modalités de fixation du volume économique

Pour les champs MCO, HAD, SSR et dialyse, pour accompagner l'augmentation de l'enveloppe, les établissements ont bénéficié d'une avance de versement mensuelle pour l'année 2022, sur la base du niveau de la dotation de l'année précédente. Cette avance a fait l'objet d'une régularisation en fonction du niveau de la dotation de 2022 lors de la 4^{ème} circulaire budgétaire.

Pour le champ de la psychiatrie, la mise en œuvre des nouvelles modalités de financement en 2022 a conduit à sécuriser le niveau de l'ensemble des recettes de l'année précédente (dotation provisionnelle). Le niveau de la dotation de 2022 est pris en compte dans le calcul du montant complémentaire qui est versé lors de la 4^{ème} circulaire budgétaire.

Une disposition spécifique aux établissements en sursis de certification D (selon la procédure 2014) ou 'Certifiés sous conditions' (selon la nouvelle procédure de certification) et non certifiés (E selon la procédure 2014) ou 'Non certifié' (selon la nouvelle procédure) est définie dans le décret du 31 décembre 2022 (cf. infra). Pour ces établissements, le directeur général de l'ARS peut décider de conditionner le versement de la dotation à la transmission, par l'établissement dans un délai de trois mois, d'un plan d'actions sur la qualité.

2. Principes du modèle

Les grands principes du dispositif de financement à la qualité (IFAQ), tel que révisé en 2019, sont définis dans le [décret du 31 décembre 2022](#). Les modalités précises de calcul de la dotation IFAQ et les indicateurs de qualité pris en compte dans le modèle sont fixés par un arrêté annuel. Pour 2022, ces modalités ont été définies dans [l'arrêté du 31 décembre 2022](#).

En 2022, l'allocation du compartiment de 400 M€ réparti en fonction des indicateurs recueillis en 2022 repose sur les principes décrits ci-après.

Les établissements sont classés en dix-sept groupes de comparaison constitués au niveau de l'entité géographique pour les établissements exerçant les activités mentionnées aux 1^o et 4^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale (12 groupes MCO, HAD, SSR, Dialyses) et du FINESS de transmission RIM-P pour les établissements exerçant les activités mentionnées au 2^o de l'article L. 162-22 du même code (5 groupes PSY) sur la base des critères d'activité de l'année 2019² :

- le volume d'activité relatif pour chacun des champs MCO, SSR, HAD, Dialyse et la file active pour le champ de la psychiatrie ;
- le profil d'activité via le degré de spécialisation des établissements concernant les activités MCO et SSR ;
- le type d'hospitalisation et la sectorisation pour le champ de la psychiatrie.

Un établissement positionné sur différents champs d'activité est classé dans plusieurs groupes de comparaison.

² *Lorsqu'un établissement n'a pas réalisé d'activité dans le champ concerné au titre de l'année 2019, les critères d'activité sont ceux de l'année 2021.*

Les dix-sept groupes de comparaison sont les suivants :

Champ	Critères d'activité
MCO : Gr 1	établissements réalisant au moins 500 séjours hors séances et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 15 groupes d'activité (*)
MCO : Gr 2	établissements réalisant au moins 500 séjours hors séances et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 15 groupes d'activité et moins de 35 groupes d'activité (*)
MCO : Gr 3	établissements qui réalisent entre au moins 500 séjours hors séances et moins de 20 000 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 35 groupes d'activité (*)
MCO : Gr 4	établissements qui réalisent au moins 20 000 séjours hors séances par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 35 groupes d'activité (*)
MCO : Gr5 < 500 séjours	établissements qui réalisent moins de 500 séjours hors séances par an
SSR : Gr 1	établissements réalisant moins de 730 séjours et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 20 groupes nosologiques (**)
SSR : Gr 2	établissements réalisant au moins 730 séjours et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 20 groupes nosologiques (**)
SSR : Gr 3	établissements réalisant moins de 730 séjours et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 20 groupes nosologiques (**)
SSR : Gr 4	établissements réalisant au moins 730 de séjours et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 20 groupes nosologiques (**)
Dialyse : Gr 1	établissements exerçant une activité de dialyse et réalisant moins de 7 970 séances
Dialyse : Gr 2	établissements exerçant une activité de dialyse et réalisant au moins 7 970 séances
HAD	établissements exerçant une activité sous forme d'hospitalisation à domicile
PSY : Gr 1	établissements dont la file active (***) est supérieure ou égale à 10 000 patients.
PSY : Gr 2	établissements dont la file active (***) est comprise entre 4 000 et 9 999 patients
PSY : Gr 3	établissements sectorisés dont la file active (***) est strictement inférieure à 4 000 patients
PSY : Gr 4	établissements non-sectorisés dont la file active (***) est strictement inférieure à 4 000 patients et réalisant au moins 1000 journées de présence à temps complet
PSY : Gr 5	établissements non-sectorisés dont la file active (***) est strictement inférieure à 4 000 patients et réalisant moins de 1000 journées de présence à temps complet

Tableau 1 Liste des groupes de comparaison

* Les groupes d'activité sont définis par le «Manuel des groupes homogènes de malades» publié au Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de la santé, conformément à l'annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.** GN = groupe nosologique, champ SSR

** Les groupes nosologiques sont définis par le «Manuel des groupes médico-économiques en soins de suite et de réadaptation» publié au Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de la santé, conformément à l'annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

(***) La file active correspond au nombre total de patients pris en charge en psychiatrie par l'établissement, quelle que soit la nature de prise en charge (temps complet, temps partiel, ambulatoire). Pour une année donnée, un patient est compté une fois quels que soient le nombre et la diversité des prises en charge réalisés par les structures de psychiatrie à temps complet, à temps partiel ou ambulatoires.

Les indicateurs pris en compte dans le dispositif IFAQ s'inscrivent dans les catégories suivantes : qualité des prises en charge perçue par les patients, qualité des prises en charge cliniques, qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins, qualité de la coordination des prises en charge, performance de l'organisation des soins, qualité de vie au travail et démarche de certification.

Pour IFAQ 2022, l'arrêté du 31 décembre 2022 précise également les périmètres et seuils d'activité régissant les obligations de recueil. Il convient de noter que les indicateurs utilisés pour le calcul d'IFAQ sont tous soumis à l'obligation de diffusion publique. Pour un établissement, seuls les indicateurs pour lesquels il a une

obligation de recueil sont pris en compte pour le calcul de la dotation IFAQ. Les indicateurs en recueil facultatif sont renseignés comme “Non applicables” et n'interviennent pas dans le calcul de la dotation.

Un établissement n'ayant pas procédé au recueil d'un ou plusieurs indicateurs obligatoires est déclaré comme « non-répondant » (NR) et pénalisé lors du calcul de sa dotation IFAQ puisqu'il ne perçoit pas de rémunération pour ce (ou ces) indicateur(s).

Pour les champs MCO, SSR, HAD et Dialyse, la dotation est définie au niveau de l'entité géographique. Les indicateurs sont recueillis au niveau de l'entité géographique, à l'exception des situations suivantes :

- Le résultat de l'indicateur « certification » est dupliqué sur l'ensemble des entités géographiques concernées par la démarche de certification ;
- Les résultats des indicateurs numériques recueillis au niveau du FINESS PMSI sont dupliqués sur l'ensemble des entités géographiques concernées.

Pour le champ PSY, la dotation est définie au niveau du FINESS de transmission RIM-P (entité juridique pour les établissements publics, entité géographique pour les établissements privés). Les indicateurs du dossier patient recueillis au niveau de l'entité géographique sont agrégés au niveau de son FINESS de transmission RIM-P en étant pondérés par le périmètre d'échantillonnage de chaque site.

Les modalités d'allocation de l'enveloppe sont les suivantes :

- l'enveloppe allouée pour les champs MCO, HAD, SSR et Dialyse aux indicateurs qualité de 2022 est répartie entre les douze groupes de comparaison au prorata du volume économique de l'activité du groupe ;
- l'enveloppe allouée pour le champ PSY aux indicateurs qualité de 2022 est répartie entre les 5 groupes de comparaison au prorata des recettes d'assurances maladie du groupe ;
- le montant de la dotation versée aux établissements par champ d'activité dépend :
 - de l'enveloppe attribuée au groupe de comparaison ;
 - du volume économique de l'établissement pour l'activité du groupe (des recettes assurances maladies pour le champ PSY) ;
 - du poids de chaque indicateur³ ;
 - du score de rémunération obtenu à chaque indicateur pour lesquels il est soumis à une obligation de recueil ;
 - du rapport entre la somme des scores obtenus pour les indicateurs pour lesquels il est rémunéré et le nombre d'indicateurs pour lesquels il est soumis à une obligation de recueil.

Les modalités de calcul de la dotation sont détaillées dans l'annexe 2.

³ Cf. Tableau **Erreur ! Document principal seulement**. Liste des indicateurs et de leurs paramètres

Annexe 2 MODALITES DE CALCUL DE LA DOTATION

Pour les champs MCO, SSR, HAD et Dialyse, l'ensemble des composantes du modèle a été apprécié au niveau de l'entité géographique⁴ : classement par indicateur, activité et volume économique, calcul de la rémunération.

Pour le champ PSY, les composantes du modèle sont appréciées au niveau du FINESS de transmission RIM-P : classement par indicateur, file active et recettes d'assurance maladie, calcul de la rémunération.

Pour un établissement, sa rémunération est proportionnelle à son volume économique (ou à ses recettes d'assurance maladie pour le champ PSY). Il reçoit une part de l'enveloppe disponible pour son groupe de comparaison selon le poids de son volume économique (ou ses recettes d'assurance maladie pour le champ PSY). La définition du volume économique (recettes assurance maladie pour le champ de la PSY) et les critères de rémunération des indicateurs sont détaillés par la suite.

Les indicateurs sont pris en compte au sein de chaque groupe de comparaison pour lesquels ils sont éligibles. Ainsi, pour les indicateurs transversaux (indicateurs numériques et certification), un même établissement multi-champs peut être éligible à une rémunération pour chacun des groupes auxquels il est rattaché.

1. Modalités de fixation du volume économique

Pour les champs MCO, SSR, HAD et Dialyse, le volume économique correspond à la valorisation de l'activité (PMSI 2019) de l'établissement par les tarifs nationaux⁵ fixés pour l'année 2019 pour chaque champ d'activité. Dans le cas où l'établissement n'a pas produit d'activité au titre de l'année 2019, le volume économique correspond à la valorisation de l'activité 2021 (PMSI 2021) par les tarifs nationaux fixés pour l'année 2021.

Les modalités de calcul par champ d'activité sont les suivantes :

- Champ MCO : valorisation de l'activité de l'année N par les tarifs GHS et les suppléments (suppléments au séjour et journaliers hors transports) fixés pour l'année N. La valorisation inclut les séances dont les séances en sus d'une hospitalisation. Les PIE et les GHS 9999 sont exclus de la valorisation.
- Champ HAD : valorisation de l'activité de l'année N par les tarifs GHT fixés pour l'année N. Les journées en mutation et transferts sont exclues de la valorisation.
- Champ dialyse : valorisation des séances de l'année N par les tarifs GHS et les forfaits D fixés pour l'année N.
- Champ SSR : valorisation de l'activité de l'année N par les tarifs GMT fixés pour l'année N avec prise en compte de la majoration sur la pédiatrie, du coefficient honoraire et du coefficient de spécialisation⁶. Les PIE et les GMT 9999 (séjours non-clos <70 jours, séjours non facturables AM, ...) sont exclus de la valorisation.

Pour le champ PSY, ce sont les recettes d'assurance maladie 2019 (dotation annuelle de financement ou prestations hospitalières) qui sont prises en compte, sauf pour les établissements ayant ouvert après 2019 pour lesquels c'est l'année 2021 qui sert de référence.

2. Modalités de fixation de la rémunération sur les indicateurs

Pour chaque indicateur, le score de rémunération de l'établissement est dépendant du niveau atteint et de l'évolution si cette dernière est prise en compte.

⁴ Les entités géographiques ont été fixées à la date du 1^{er} janvier 2022. Ainsi les fusions, les créations et les transferts d'activité au niveau de l'entité géographique qui sont postérieures à la date du 1^{er} janvier 2022 ne sont pas pris en compte.

⁵ Le coefficient géographique est appliqué sur l'ensemble des champs d'activité.

⁶ Pour les MECS, c'est la dotation annuelle de financement de l'année N qui est prise en compte.

La liste des indicateurs et les modalités de fixation du score de rémunération qui s'appliquent à chacun d'eux sont décrites dans le tableau ci-dessous et précisées dans les sélections suivantes.

MCO	SSR	HAD	DIA	PSY	Indicateur	Poids	Valeur prise en compte	Seuil Niveau atteint	Cible de qualité	Évolution
X*					Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures	1	Résultat	X	77.3/100	X
X*					Mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de :		Résultat		Score selon le résultat : - « Résultat attendu » : 100% - « Résultat non attendu » : 0%	
					Hanche hors fracture	0.25				
					Genou	0.25				
					Mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de :					
					Hanche hors fracture	0.25				
					Genou	0.25				
X*					Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact	1	Borne basse	X	80/100	.
X*					Qualité de la lettre de liaison à la sortie	1	Borne basse	X	80/100	X**
X ^{Err} eur ! Sign et non défin i. CA					Qualité de la lettre de liaison à la sortie	1	Borne basse	X	80/100	X**
X* CA					Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire	1	Résultat	X	79.7/100	X
X*	X				Évaluation et prise en charge de la douleur	1	Borne basse	X	80/100	X
	X				Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en SSR	1	Résultat	X	76.6/100	.
	X				Projet de soin projet de vie	1	Borne basse	X	80/100	X

MCO	SSR	HAD	DIA	PSY	Indicateur	Poids	Valeur prise en compte	Seuil Niveau atteint	Cible de qualité	Évolution
	X				Qualité de la lettre de liaison à la sortie	1	Borne basse	X	80/100	X**
		X			Tenue du dossier patient	1	Borne basse	X	80/100	.
		X			Évaluation du risque d'escarres	1	Borne basse	X	80/100	X
		X			Évaluation et prise en charge de la douleur	1	Borne basse	X	80/100	.
		X			Coordination de la prise en charge en HAD	1	Borne basse	X	80/100	X
X	X	X	X		Alimentation du DMP pour les patients disposant d'un DMP lors de leur admission	0.25	Résultat	X	20/100	.
X	X	X	X		Usage d'un service de messagerie sécurisée intégré à l'espace de confiance Messagerie Sécurisée de Santé	0.75	Résultat	X	50/100	.
				X	Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres	1	Résultat	Score selon le résultat : - « Résultat attendu » : 100% - « Résultat non attendu » : 0%		
				X	Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions	1	Borne basse	X	.	.
				X	Évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes	1	Borne basse	X	.	.
				X	Qualité de la lettre de liaison	1	Borne basse	X	.	.
				X	Évaluation et prise en charge de la douleur	1	Borne basse	X	.	.
X	X	X	X	X	Certification	1	Certif. la plus récente au 31/10/2022	Score selon le niveau de certification obtenu : - Procédure de certification 2014 : A : 100 % B : 75 % - Nouvelle procédure de certification : Certifié avec mention : 100 % Certifié : 80%		

* Sauf groupe 5 MCO < 500 séjours

** L'indicateur ayant évolué entre 2019 et 2022 : l'évolution a été calculée sur la version 2019 appliquée au recueil 2022 afin de permettre la mise à disposition d'une évolution dans le cadre d'IFAQ".

Tableau 2 Liste des indicateurs et de leurs paramètres de valorisation)

2.1. Modalité de fixation du score de rémunération sur le niveau atteint

Les familles d'indicateurs de la campagne IFAQ 2022 sont les suivantes :

- Indicateurs de satisfaction et expérience des patients (e-Satis) ;
- Indicateurs numériques (Alimentation du DMP et Usage de la Messagerie sécurisée) ;
- Indicateurs mesurés à partir du dossier patient
- Indicateurs MCO mesurant les événements indésirables après pose de prothèse totale de hanche (hors fracture), et après pose de prothèse totale de genou (4 indicateurs ETE-ORTHO et ISO-ORTHO déclinés pour les prothèses de hanches et de genou) ;
- Indicateur PSY mesurant les hospitalisations longues à temps plein en soins libres (ISL) ;
- La certification.

Certification : le niveau de certification le plus récent ayant fait l'objet d'une décision validée par le collège au 30/10/2022 est pris en compte. Seuls les établissements certifiés en A ou en B (procédure de certification V2014) ou 'Certifiés' et 'Certifiés avec mention' (nouvelle procédure de certification V2020) peuvent prétendre à une rémunération au titre de l'indicateur « certification ».

Le score de rémunération sur cet indicateur est fixé selon les modalités suivantes :

- 100% pour les établissements certifiés en A (procédure V2014) ou 'Certifiés avec mention' (nouvelle procédure de certification V2020) ;
- 80% pour les établissements 'Certifiés' selon la nouvelle procédure V2020 ;
- 75% pour les établissements certifiés en B (procédure V2014).

ETE/ISO ORTHO PTH et PTG : seuls les établissements dont le nombre d'événements indésirables observés au cours de l'année 2021 est jugé « étant au résultat attendu⁷ » peuvent prétendre à une rémunération au titre de l'indicateur. Au sein de chaque groupe de comparaison et pour chaque indicateur, la part de la rémunération des établissements concernés par l'indicateur et n'étant pas au résultat attendu est minorée. Cette part retenue correspond au produit des éléments suivants :

- Le poids de l'indicateur parmi l'ensemble des indicateurs du groupe de comparaison considéré ;
- Le volume économique des établissements concernés par l'indicateur et n'étant pas au résultat attendu dans le groupe de comparaison considéré ;
- Le taux de rémunération moyen du groupe de comparaison considéré.

Au sein de chaque groupe de comparaison, l'ensemble des parts retenues (cf. supra) est redistribué au sein du groupe de comparaison considéré, au prorata de leur volume économique, entre les établissements concernés par l'indicateur et étant au résultat attendu.

Mesure des hospitalisations longue durée à temps plein en soins libre (ISL) : Seuls les établissements dont le nombre d'hospitalisations longues durées à temps plein en soins libre est jugé étant « au résultat attendu » sont rémunérés. Les établissements sont rémunérés sans distinction dès lors que le niveau atteint est considéré comme « étant au résultat attendu » (score de rémunération de 100%).

Pour les autres indicateurs : un seuil de début de rémunération est défini pour chaque groupe de comparaison en classant dans l'ordre croissant les valeurs obtenues par les établissements du groupe à l'indicateur⁸, puis en fixant ce seuil tel que 70% des établissements soient rémunérés sur l'indicateur. Dans le cas où plusieurs établissements ont une valeur identique, ce seuil peut dépasser les 70% puisque les ex-aequo sont pris en compte. Dans le cas d'un taux de non-réponses trop élevé, ce seuil peut être inférieur à 70%.

⁷ Les établissements ne sont pas au résultat attendu si leur ratio standardisé du nombre d'événement indésirable observé sur attendu est atypiquement haut (supérieur à la limite à +3 déviations standards)

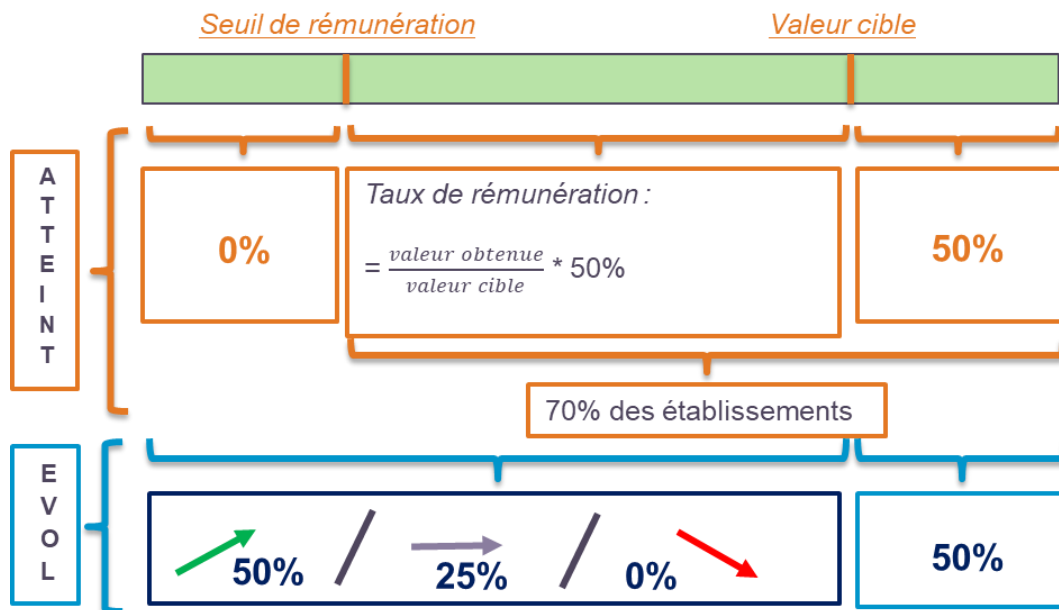
⁸ Les établissements non-répondants sont placés en fin de classement et ne sont pas rémunérés.

Pour les champs MCO, SSR, HAD et Dialyse, lorsqu'il existe une cible prédéfinie pour l'indicateur⁹, le score de rémunération est gradué selon l'écart à la cible pour le niveau atteint ;

- le score est de 0% si le niveau atteint est en deçà du début du seuil de rémunération ;
- le score correspond au rapport entre le niveau atteint et la cible lorsque le niveau atteint est supérieur au seuil de début de rémunération et lorsqu'il est inférieur à la cible ;
- le score est de 100% lorsque cette cible est atteinte.

Un établissement dont le résultat atteint est nul ne sera pas rémunéré pour cet indicateur, même si le seuil définissant les sept premiers déciles des établissements ayant le meilleur score est égal à 0.

○ Mécanisme de graduation des rémunérations



Les modalités de la graduation des rémunérations sur l'évolution sont précisées dans la partie 2.2.

Le champ de la psychiatrie n'est pas concerné par l'application de la graduation du score de rémunération pour le niveau atteint en 2022. Ainsi, si le résultat est supérieur au début du seuil de rémunération, le score de rémunération est de 100%, et de 0% dans le cas contraire.

⁹ Cf. Tableau **Erreur ! Document principal seulement**. Liste des indicateurs et de leurs paramètres

Exemple : indicateurs sans gradation

Prenons l'exemple d'un groupe de comparaison avec 10 établissements.

Etablissement	Certification	ISL
1	A	Résultat attendu
2	Certifié avec mention	Résultat attendu
3	B	Résultat attendu
4	C	Résultat non attendu
5	D	Résultat non attendu
6	B	NA
7	Certifié avec mention	NA
8	E	Résultat non attendu
9	Certifié sous conditions	Résultat attendu
10	Certifié	Résultat non attendu

Seuls les établissements certifiés A, B, 'Certifié avec mention' ou 'Certifié' sont rémunérés sur l'indicateur Certification.

Seuls les établissements ayant un « Résultat attendu » sont rémunérés sur l'indicateur ISL. Cet indicateur n'étant pas applicable aux établissements 6 et 7, il ne sera pas pris en compte dans le calcul pour ces deux établissements.

Exemple : Indicateur avec gradation

Prenons l'exemple d'un indicateur « Indicateur 1 » ayant une cible de 80.

Etablissement	Indicateur 1	Score de rémunération sur niveau atteint
1	100	1
2	97	1
3	85	1
4	73	73/80
5	73	73/80
6	70	70/80
7	67	67/80
8	67	67/80
9	54	0
10	NR	0

Pour l'Indicateur 1, le seuil des 7 déciles supérieurs, autrement dit le seuil de début de rémunération, est de 67. Le score de rémunération des établissements 1, 2 et 3 est de 1, leur résultat étant supérieur à la cible de l'indicateur. Le score de rémunération des établissements 4 à 8 est gradué par rapport à la cible. L'établissement 9 n'est pas rémunéré, son résultat étant inférieur au seuil de début de rémunération. Pour l'établissement 10, étant « non-répondant » il est situé en fin de classement et n'est pas rémunéré.

2.2. Modalité de calcul du score de rémunération selon l'évolution

Pour les champs MCO, SSR, HAD et Dialyse, lorsque l'indicateur est éligible à la prise en compte de son évolution, le score de rémunération de cet indicateur est ajusté de la manière suivante :

- Si le niveau atteint est supérieur ou égal à la cible définie, le score de rémunération global pour cet indicateur reste de 100%, indépendamment de son niveau de progression.
- Si le niveau atteint est inférieur à la cible définie pour l'indicateur, le score de rémunération global pour cet indicateur est une somme pondérée : 50% au titre du niveau atteint, et 50% au titre de l'évolution. Le score de rémunération pour l'évolution est de 100% quand elle est positive, de 50% quand elle est stable et de 0% quand elle est négative.

Ainsi, un établissement n'ayant pas atteint la cible mais étant en évolution positive pour un indicateur se verra appliquer un score de rémunération au moins égal à 50% pour cet indicateur (100% au titre de l'évolution pondérée par un coefficient 0,5) plus x% au titre du niveau atteint lui aussi pondéré par un coefficient 0,5).

Exemple : Indicateur avec une cible fixée à 80.

Etablissement	Indic1	Evolution Indic 1	Score de rémunération sur niveau atteint	Score de rémunération sur évolution	Taux global Indic 1
1	100	positive	1		1
2	100	négative	1		1
3	100	stable	1		1
4	60	positive	$60/80 = 0.75$	1	$0.5*0.75 + 0.5*1 = 0.875$
5	60	stable	$60/80 = 0.75$	0.5	$0.5*0.75 + 0.5*0.5 = 0.625$
6	60	négative	$60/80 = 0.75$	0	$0.5*0.75 + 0.5*0 = 0.375$
7	40	stable	$40/80 = 0.5$	0.5	$0.5*0.5 + 0.5*0.5 = 0.5$
8	40	NA	$40/80 = 0.5$	NA	0.5
9	20	positive	0	1	$0.5*0 + 0.5*1 = 0.5$
10	NR	NR	0	0	0

Pour l'indicateur 1, le seuil des 7 déciles supérieurs, autrement dit le seuil de début de rémunération est de 40.

Le score de rémunération global des établissements 1, 2 et 3 est de 1, leur résultat étant supérieur à la cible de l'indicateur et donc non impacté par l'évolution de cet indicateur.

L'évolution n'étant pas applicable à l'indicateur 1 pour l'établissement 8 (typiquement : établissement créé en 2021), son score global est égal à son score sur le niveau atteint.

Le score global de rémunération des autres établissements est dépendant de l'évolution de l'indicateur. Le score global est égal à la somme des scores de rémunération sur le niveau atteint et des scores de rémunération sur l'évolution, chacun des termes étant pondéré d'un coefficient 0,5.

À noter que l'établissement 9 n'est pas rémunéré sur le niveau atteint (son résultat est inférieur au seuil de rémunération défini par les 7 premiers déciles), mais il l'est au titre de l'évolution.

3. Calcul de la rémunération

Le montant de la dotation versée aux établissements par champ d'activité dépend :

- de l'enveloppe attribuée au groupe de comparaison ;
- du volume économique de l'établissement (champs MCO, SSR, HAD, Dialyse) ou des recettes d'assurance maladie (champ PSY) ;
- de la pondération de chaque indicateur dans le modèle ;
- du score obtenu pour chaque indicateur dans le modèle ;
- du rapport entre la somme pondérée des scores de rémunération obtenus sur les indicateurs rémunérés et le nombre d'indicateurs (plus exactement, la somme de leur pondération respective) pour lesquels il y a une obligation de recueil.

Dans les groupes MCO (sauf MCO <500 séjours), les indicateurs de mesure d'évènements indésirables après pose de prothèse totale de hanche - hors fracture - ou de genou font l'objet d'un traitement particulier décrit par la suite.

Pondération des indicateurs

Dans les groupes SSR, HAD, dialyse et MCO <500 séjours, les 2 indicateurs numériques (D2.2 et D6.3) ont un poids respectif de 0,25 et 0,75.

Dans les groupes MCO (sauf MCO <500 séjours), les 4 indicateurs de mesure d'évènements indésirables après pose de prothèse totale de la hanche (hors fracture) ou du genou, ont chacun un poids de 0,25 de sorte que la somme de leurs poids soit égale à 1.

Les autres indicateurs ont un poids de 1.

Modalités de calcul de la rémunération

La rémunération d'un établissement est dépendante :

- de l'enveloppe allouée au groupe de comparaison auquel il appartient :

$$Enveloppe_{groupe}$$

- du volume économique de l'établissement :

$$VE_{ES}$$

- du taux de rémunération neutre qui est le rapport entre l'enveloppe du groupe et la somme des Volumes économiques de tous les établissements du groupe :

$$tx_{neutre} = \frac{Enveloppe_{groupe}}{\sum VE_{ES}}$$

- de son score moyen obtenu à partir de ses scores de rémunération pour chaque indicateur qui lui est applicable :

$$score_{moyenES} = \frac{score\ de\ rémunération_{ES}}{sommes\ des\ poids\ des\ indicateurs\ applicables}$$

- des scores moyens obtenus par tous les établissements de son groupe, à partir desquels est calculé le score moyen pondéré du groupe (en pondérant le score moyen de chacun par son poids économique au sein du groupe) :

$$score_{moyenPondéréGroupe} = \frac{1}{\sum VE_{ES}} \sum \left(VE_{ES} \times \frac{score\ de\ rémunération_{ES}}{sommes\ des\ poids\ des\ indicateurs\ applicables} \right)$$

Ainsi, la rémunération est calculée en comparant le score moyen de l'établissement au score moyen pondéré du groupe auquel il appartient :

$$Rémunération_{ES} = \left(VE_{ES} \times \frac{Enveloppe_{groupe}}{\sum VE_{ES}} \right) \times \left(\frac{score\ de\ rémunération_{ES}}{sommes\ des\ poids\ des\ indicateurs\ applicables} \right) \left(\frac{1}{\sum VE_{ES}} \sum \left(VE_{ES} \times \frac{score\ de\ rémunération_{ES}}{sommes\ des\ poids\ des\ indicateurs\ applicables} \right) \right)$$

Le premier terme $\left(VE_{ES} \times \frac{Enveloppe_{groupe}}{\sum VE_{ES}} \right)$ représente le montant correspondant au taux de rémunération neutre (tx_{neutre}) qui correspond à la rémunération qu'aurait obtenu l'établissement en l'absence d'une « modulation qualité », autrement dit à la rémunération si tous les établissements du même groupe avaient le même niveau de qualité sur l'ensemble des indicateurs applicables pour l'établissement. Ce montant est appelé GTE pour « Gain Théorique de l'Etablissement ».

Le second terme correspond au ratio entre le score moyen de l'établissement au numérateur et le score moyen pondéré de l'ensemble des établissements de son groupe au dénominateur (la pondération est réalisée selon le volume économique de chaque établissement). Ainsi, si ce ratio est supérieur à 1, alors l'établissement obtient un niveau de qualité global aux indicateurs meilleur que le niveau moyen pondéré et l'établissement améliore sa dotation par rapport au GTE. Il est inférieur à 1 dans le cas contraire. Dans ce cas, l'établissement dégrade sa situation par rapport au GTE.

Cette pondération par établissement est réalisée afin d'attribuer le même taux de rémunération neutre à deux établissements ayant le même score de rémunération indépendamment du nombre d'indicateurs applicables. Cela permet de ne pas pénaliser les établissements avec un faible nombre d'indicateurs applicables.

De manière plus synthétique, la rémunération peut ainsi s'écrire :

$$Rémunération_{ES} = VE_{ES} \times tx_{neutre} \times \frac{score_{moyenES}}{score_{moyenPondéréGroupe}}$$

ou encore :

$$Rémunération_{ES} = GTE_{ES} \times \frac{score_{moyenES}}{score_{moyenPondéréGroupe}}$$

Cas particulier des groupes MCO : indicateurs ETE/ISO ORTHO

Dans le dispositif 2022, les formulations ci-dessus définissent les rémunérations définitives des établissements dans les groupes SSR, HAD, Dialyse et MCO <500 séjours.

Dans les groupes MCO (sauf MCO <500 séjours), la rémunération est ensuite ajustée pour les établissements concernés par les indicateurs ETE/ISO ORTHO. Le calcul est réalisé en deux temps :

- Dans un premier temps, comme pour les autres groupes, selon les formules décrites au paragraphe précédent, hors indicateurs ETE/ISO ORTHO. Ce premier calcul permet de sanctuariser les dotations pour les établissements non concernés par les 4 indicateurs. Pour ces établissements, les dotations calculées à cette étape constituent les dotations définitives.

- Dans un second temps, une redistribution est opérée entre les établissements concernés par les indicateurs ETE/ISO ORTHO : une partie des dotations des établissements non rémunérés sur l'un ou l'autre de ces indicateurs est reprise, pour être reversée sur les établissements rémunérés.

La masse redistribuée est calculée par indicateur, au niveau de chacun des groupes de comparaison, à partir du taux moyen de rémunération des établissements observé sur le groupe où le taux de rémunération de l'établissement correspond au ratio suivant :

$$dotation_{ES} / volume\ eco_{.ES}$$

En le multipliant par le volume économique, et par le poids de l'indicateur¹⁰ sur les établissements non rémunérés :

$$masse = \sum_{ES\ non\ rémunérés} VE_{ES} \times \frac{0.25}{9} \times \text{taux moyen de rémunération}_{groupe}$$

Cette masse est alors reprise aux établissements non rémunérés sur les indicateurs ETE/ISO (établissements n'étant « pas au résultat attendu ») au prorata de leur volume économique et redistribuée aux établissements rémunérés au prorata de leur volume économique, ceci pour chacun des quatre indicateurs.

Un exemple de calcul est donné dans la seconde partie de l'exemple de calcul complet présenté ci-après.

¹⁰ Chacun des quatre indicateurs ETE/ISO ORTHO compte pour un quart d'indicateur parmi les 9 indicateurs des groupes MCO. Leur poids est donc de 0.25/9.

4. Exemple

Exemple : Calcul de la dotation

Prenons l'exemple d'un groupe de comparaison avec 5 établissements. L'enveloppe associée au groupe est de 10 000 €, les indicateurs 3 et 4 ont un poids respectif de 0.25 et 0.75.

Etablissement	VE k€	Score global Indic 1 (poids 1)	Score global Indic 2 (poids 1)	Score global Indic 3 (poids 0.25)	Score global Indic 4 (poids 0.75)	Score de rémunération (\sum taux pondérés par leur poids)	Nb indicateurs applicables (\sum poids des indicateurs applicables)
1	100	0,5	0,5	I	I	2	3
2	350	I	NA	I	I	2	2
3	100	0,8	0,2	NR	NR	I	3
4	200	0,6	0,4	NA	NA	I	2
5	300	I	I	0,5	0,5	2,5	3

- Calcul du taux neutre :

$$tx_{neutre} = \frac{Enveloppe_{groupe}}{\sum VE_{ES}} = \frac{10\ 000}{(100\ 000 + 350\ 000 + 100\ 000 + 200\ 000 + 300\ 000)}$$

$$= 0,00952381$$

- Calcul du score moyen pondéré du groupe » :

$$score_{moyenPondéréGroupe} = \frac{1}{\sum VE_{ES}} \sum \left(VE_{ES} \times \frac{score\ de\ rémunération_{ES}}{sommes\ des\ poids\ des\ indicateurs\ applicables} \right)$$

$$= \frac{(100 \times \frac{2}{3}) + (350 \times \frac{2}{2}) + (100 \times \frac{1}{3}) + (200 \times \frac{1}{2}) + (300 \times \frac{2,5}{3})}{100 + 350 + 100 + 200 + 300}$$

$$= 0,76190476$$

- ➔ Calcul de la dotation totale IFAQ par établissement :

$$Rémunération_{ES} = (VE_{ES} \times tx_{neutre}) \times \frac{score_{moyenES}}{score_{moyenPondéréGroupe}}$$

- Etablissement 1 : $Rémunération_1 = 100\ 000 \times 0,00952381 \times \frac{\frac{2}{3}}{0,76190476} = 833,33\ €$
- Etablissement 2 : $Rémunération_2 = 350\ 000 \times 0,00952381 \times \frac{\frac{2}{2}}{0,76190476} = 4\ 375,00\ €$
- Etablissement 3 : $Rémunération_2 = 100\ 000 \times 0,00952381 \times \frac{\frac{1}{3}}{0,76190476} = 416,66\ €$
- Etablissement 4 : $Rémunération_2 = 200\ 000 \times 0,00952381 \times \frac{\frac{1}{2}}{0,76190476} = 1\ 250,00\ €$
- Etablissement 5 : $Rémunération_2 = 300\ 000 \times 0,00952381 \times \frac{\frac{2,5}{3}}{0,76190476} = 3\ 125,00\ €$

Ajustement pour un indicateur du type ETE/ISO ORTHO :

Considérons désormais un indicateur 5 pondéré à 0,25, sur lequel tous les établissements ne sont pas concernés et tous les établissements concernés ne sont pas rémunérés.

Etablissements	1	2	3	4	5
Indic. 5	NA	0	1	1	0
Volume éco. (M€)	100	350	100	200	300

L'établissement 1 n'est pas concerné : il conserve sa dotation (833,33 €).

Les établissements 2 et 5 sont concernés mais leur résultat ne leur permet pas d'être rémunérés. Une masse est alors reprise sur leur dotation pour être redistribuée à celles des établissements rémunérés.

Cette masse est calculée de la manière suivante :

$$masse = \sum_{ES \text{ non rémunérés}} VE_{ES} \times \frac{\text{poids indic}}{\sum \text{poids indic. groupe}} \times \text{taux de rémunération moyen}_{groupe}$$

Le taux de rémunération moyen est calculé sur les 5 établissements du groupe, sur les 4 indicateurs de la 1^{ère} étape :

$$\text{taux moyen} = \frac{1}{5} \times \left(\frac{833,33}{100\,000} + \frac{4\,375,00}{350\,000} + \frac{416,67}{10\,000} + \frac{1\,250,00}{200\,000} + \frac{3\,125,00}{300\,000} \right) = 0,00833333$$

La masse à redistribuer est donc de :

$$masse = \left(350\,000 \times \frac{0,25}{5} + 300\,000 \times \frac{0,25}{5} \right) \times 0,00833333 = 270,83 \text{ €}$$

Cette masse est reprise au prorata des volumes économiques sur les établissements non rémunérés et est redistribuée au prorata des volumes économiques des établissements rémunérés. On obtient donc :

Etablissement	VE	Poids VE non rémunérés	Poids VE rémunérés	Masse redistribuée (Poids x 270,83)
1	100 000			
2	350 000	0,5384		-154,83 €
3	100 000		0,3333	90,28 €
4	200 000		0,6666	180,56 €
5	300 000	0,4615		-125,00 €
Total	1 050 000	100%	100%	0