

Campagne tarifaire et budgétaire 2026

Financement Qualité

Dotation IFAQ

La campagne tarifaire et budgétaire 2026 est marquée par une évolution du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité des soins (IFAQ).

Cette évolution a pour objectif de clarifier, de simplifier et de renforcer l'efficacité des incitations financières, conformément aux recommandations formulées dans le rapport IGAS de février 2024.

Au niveau réglementaire, la mise en œuvre opérationnelle du dispositif rénové repose sur l'arrêté du 15 janvier 2026, qui fixe la liste des indicateurs ainsi que les modalités de calcul de la dotation IFAQ pour l'exercice 2026. Cet arrêté précise les mécanismes d'allocation de la dotation qualité ainsi que la liste des indicateurs retenus et leurs règles d'application (enveloppes attribuées aux indicateurs, grilles de rémunération applicables, ...).

La présente notice a pour objectif d'explicitier les étapes de calcul de la dotation pour la campagne 2026 tout en précisant les paramètres utilisés. Elle est composée d'une première annexe qui vise à présenter les objectifs et les principes du dispositif. Les annexes suivantes précisent les paramètres du modèle et 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 de votre région, concernés par son contenu, et vous prie d'accepter mes remerciements anticipés.

La Directrice générale
Nathalie FOURCADE

ANNEXE 1 : OBJECTIFS ET PRINCIPES DU DISPOSITIF

1. Objectifs du dispositif

Le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), déployé progressivement depuis 2016 sur le champ médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), puis étendu aux établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR) en 2017 et aux établissements de psychiatrie en 2022, s'inscrit désormais, dans le compartiment « Objectif de santé publique » prévu par l'article 49 de la LFSS pour 2024.

Dans le cadre de la mise à jour engagée du modèle, le dispositif poursuit un objectif renforcé de **clarification, de simplification et d'efficacité des incitations financières**, conformément aux recommandations du rapport IGAS de février 2024¹. Il vise ainsi à mieux articuler le financement avec les enjeux de qualité et de sécurité des soins, tout en améliorant sa lisibilité et son appropriation par les professionnels de santé.

À ce titre, le dispositif a pour objectifs de favoriser :

- **La simplicité** : clarifier et simplifier les règles de rémunération ainsi que leur gestion pluriannuelle, en rendant plus transparentes et explicites les modalités de calcul et de répartition de la dotation, afin de faciliter leur compréhension, leur appropriation et leur utilisation comme levier de pilotage interne et d'amélioration continue de la qualité des soins.
- **La prévisibilité** : renforcer la lisibilité et la stabilité du financement en minimisant les sources de fluctuation de la rémunération, en établissant un lien plus direct entre les performances des établissements et les ressources allouées, indépendant des résultats des autres établissements, et en assurant une connaissance anticipée des paramètres (indicateurs connus en N-2 et coefficients en N-1).
- **L'équité** : garantir des règles de financement homogènes pour l'ensemble des établissements, contribuant à une valorisation transparente et comparable des résultats en matière de qualité et de sécurité des soins, et orientant de manière cohérente les financements vers des indicateurs prioritaires et partagés au service des objectifs de santé publique.

L'évolution du modèle en 2026 répond ainsi aux limites identifiées dans les précédentes versions du dispositif, notamment en matière de lisibilité et d'utilité opérationnelle pour les équipes.

Elle introduit un mécanisme dans lequel le financement est davantage individualisé et décliné par indicateur, avec une part majoritaire de l'enveloppe fondée sur le niveau de qualité propre

¹ I. BENOTEAU, V. GUILLERMO, P. RICORDEAU (février 2024). « Financer la qualité des soins dans les établissements de santé : un levier pour redonner du sens aux soignants » - IGAS - Rapport 2023-082R.

à chaque établissement. La dépendance aux performances relatives des autres établissements se trouve désormais limitée.

Enfin, la certification des établissements, en tant qu'indicateur qualité transversal entre les champs d'activité, voit son poids renforcé et représente désormais 40 % de l'enveloppe totale, traduisant la volonté de placer l'évaluation globale de la qualité au cœur du dispositif.

2. Principes du modèle

Les grands principes du dispositif de financement à la qualité (IFAQ), dans sa version révisée pour 2026, sont définis par les décrets n° 2019-121 du 21 février 2019 et n° 2021-1613 du 9 décembre 2021. Les modalités opérationnelles de calcul de la dotation ainsi que la liste des indicateurs retenus sont précisées par [l'arrêté du 15 janvier 2026](#).

La réforme introduite en 2026 repose sur deux évolutions majeures : la mise en place d'une rémunération à l'indicateur et une individualisation accrue du financement.

L'enveloppe globale est maintenue à son niveau de 2025, soit 700 M€. Elle est désormais répartie entre les différents indicateurs du modèle, chacun se voyant attribuer une enveloppe dédiée. Cette allocation est construite de manière à préserver les équilibres historiques entre les différents champs d'activité.

Pour chaque indicateur, le financement attribué à un établissement éligible repose sur trois déterminants principaux :

- son niveau de performance, mesuré en classe de résultat, sur cet indicateur.
- son poids économique, apprécié au regard de son volume économique² par rapport à celui de l'ensemble des établissements éligibles à l'indicateur.
- un coefficient incitatif (dit « coefficient multiplicateur »³), propre à chaque indicateur (à l'exception de l'indicateur de certification).

Pour un indicateur donné, la somme des financements versés aux établissements peut être inférieure à l'enveloppe qui lui est allouée. Dans ce cas, le solde non distribué constitue un **reliquat**.

Le niveau de ce reliquat dépend à la fois du niveau global de performance des établissements sur l'indicateur concerné et de la valeur du coefficient incitatif retenu.

L'ensemble des reliquats générés par les différents indicateurs est ensuite mutualisé, puis redistribué dans un second temps entre tous les établissements, tous champs d'activité confondus.

² Cf. Annexe 2 : 3. « Définition des volumes économiques ».

³ Cf. Annexe 2 : 6. « Les coefficients multiplicateurs ».

ANNEXE 2 : PARAMETRAGE DU MODELE

1. Les indicateurs du modèle

Le dispositif s'appuie sur un ensemble d'indicateurs élaborés et mis à disposition par plusieurs agences nationales (Haute autorité de santé, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Délégation du numérique en santé). Ces indicateurs couvrent plusieurs dimensions de la qualité :

- Perception et expérience des patients
- Qualité des prises en charges cliniques
- Coordination des parcours
- Prévention des risques associés aux soins
- Certification des établissements

Les indicateurs intégrés au dispositif peuvent relever d'un ou plusieurs champs d'activité et leur périodicité de recueil peut être annuelle ou biennale, selon l'architecture retenue par les agences en charge de la production des indicateurs.

La liste des indicateurs pour la campagne 2026, le ou les champs au(x)quel(s) ils s'appliquent, leur agence productrice, ainsi que leur périmètre d'éligibilité sont disponibles dans les tableaux de l'annexe 4.

2. Notion d'éligibilité à un indicateur

Contrairement aux anciennes modalités de rémunération qui s'appuyaient sur un score composite des résultats aux indicateurs recueillis par l'établissement, le modèle rénové calcule une rémunération pour chaque indicateur.

Les établissements ne produisant aucune activité sur le périmètre d'évaluation de l'indicateur ne sont pas éligibles à une rémunération sur cet indicateur.

Concrètement, cela signifie que l'enveloppe allouée à chaque indicateur est calculée de manière à **ne pas** rémunérer les établissements non éligibles. Les enveloppes sont donc dimensionnées en fonction d'un périmètre d'établissements, aucun indicateur du modèle n'est donc plus rémunérateur qu'un autre avant toute application de coefficient et en dehors de l'indicateur de certification dont l'enveloppe est définie à part.

Les établissements non éligibles (NE) à un indicateur ne perçoivent pas de rémunération sur ce dernier.

Cette notion est à distinguer des notions d'indicateur « Non Applicable » (NA) et d'établissements « Non Répondants » (NR).

Un indicateur peut être « Non Applicable » bien que l'établissement y soit éligible. Cela arrive lorsque l'activité de l'établissement relative au périmètre de l'indicateur se trouve en dessous d'un seuil prédéfini. Dans ce cas, l'établissement perçoit un « **gain de référence** » pour l'indicateur, c'est-à-dire le montant qu'il pourrait obtenir dans le cas où l'enveloppe serait ventilée au prorata du volume économique des établissements éligibles.

Un établissement éligible à un indicateur peut être « Non Répondant ». Cela signifie que l'établissement n'a pas satisfait ses obligations de recueil. Dans ce cas, l'établissement n'est pas rémunéré sur l'indicateur alors qu'il aurait pu l'être.

Le périmètre d'éligibilité de chaque indicateur du modèle est précisé dans les tableaux de l'annexe 4.

3. Définition des volumes économiques

La rémunération des établissements s'appuie sur leur poids en termes de volume économique.

Un volume économique est défini sur chaque champ/activité⁴ médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, hors dialyse (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), dialyse, soins médicaux et de réadaptation (SMR) et psychiatrie (PSY). Il sert de base au calcul de la rémunération des indicateurs propres à chaque champ.

Pour les indicateurs transversaux, un ajustement est appliqué afin de distribuer l'enveloppe globale de l'indicateur sans générer de fongibilité entre les champs concernés. Cet ajustement est décrit dans l'encadré « focus sur les indicateurs transversaux (ou partiellement transversaux) ».

Pour les champs MCO (hors dialyse), HAD, et Dialyse, le volume économique correspond à la valorisation de l'activité de l'année précédente N-1 (PMSI 2025) de l'établissement par les tarifs nationaux- fixés pour l'année N-1⁵ (2025) pour chaque activité, sur l'ensemble de l'année

Les modalités de calcul du volume économique par activité sont les suivantes :

- Champ MCO (hors dialyse) : valorisation de l'activité de l'année N-1 par les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) et les suppléments (suppléments au séjour et journaliers hors transports) fixés pour l'année N-1 avec prise en compte des coefficients géographiques, coefficient RH. La valorisation inclut les séances dont les séances en sus d'une hospitalisation. Les prestations inter établissements (PIE) et les GHS codés '9999' sont exclus de la valorisation.
- Champ HAD : valorisation de l'activité de l'année N-1 par les tarifs des groupes homogènes de tarifs (GHT) fixés pour l'année N-1 avec prise en compte des coefficients géographiques, coefficient RH. Les journées en mutation et transferts sont exclues de la valorisation.
- Activité de dialyse : valorisation des séances de l'année N-1 par les tarifs des GHS et les forfaits D fixés pour l'année N-1 avec prise en compte des coefficients géographiques, coefficient RH.
- Sur le champ SMR, à la valorisation de l'activité N-1 (PMSI 2025) par les tarifs nationaux fixés pour l'année N-1, s'ajoutent la dotation populationnelle, la dotation pédiatrique ainsi que les dotations afférentes aux activités d'expertise. Les modalités de calcul de la valorisation de l'activité sont les suivantes :

⁴ Dans la suite du document, afin de fluidifier la lecture, le terme « champ » sera utilisé pour faire référence aux champs MCO, HAD, SMR, PSY et à l'activité de dialyse.

⁵ Le coefficient géographique et le coefficient de revalorisation salariale sont appliqués à l'ensemble des champs d'activité.

- o Valorisation de l'activité de l'année N-1 par les tarifs des groupes médico-tarifaires (GMT) fixés pour l'année N-1, avec prise en compte des coefficients géographiques, coefficient RH et, le cas échéant, du coefficient honoraire⁶. Les PIE et les GMT 9999 (séjours non-clos <90 jours, séjours non facturables AM,...) sont exclus de la valorisation.

Pour l'ensemble des champs MCO, HAD et SMR, les taux de remboursement de l'assurance maladie ne sont pas pris en compte.

- Champ psychiatrie : ce sont les recettes d'assurance maladie de l'année N-1 (dotation provisionnelle et dotation complémentaire) qui sont prises en compte.

Focus sur la notion de volume économique ajusté définie pour les indicateurs transversaux entre les champs ou partiellement transversaux

Lors de campagne IFAQ 2026, le modèle comprend deux indicateurs transversaux (ou partiellement transversaux) :

- la certification
- l'indicateur de taux d'alimentation du DMP en lettre de liaison de sortie (LLS)

L'indicateur de certification concerne l'ensemble des champs d'activité. L'indicateur numérique couvre l'ensemble des champs à l'exception de la psychiatrie.

Pour permettre un calcul de rémunération « tous champs concernés » tout en évitant de générer de la fongibilité entre les champs d'activité pour ces indicateurs, un volume économique « ajusté » a été défini, rendant « comparable », au sens de l'indicateur, deux établissements de champs différents.

En effet, les enveloppes des indicateurs sont calibrées de manière à respecter la décomposition historique de l'enveloppe IFAQ par champ (cf. Annexe 2 : 4 « Définition des enveloppes »).

Pour l'activité de dialyse par exemple (concernée uniquement par la certification et l'indicateur numérique), cela signifie, comme le poids de la certification est fixé à 40%, que l'indicateur numérique doit constituer 60% de l'enveloppe IFAQ historiquement dévolue à cette activité.

Techniquement, les enveloppes des indicateurs de certification et du numérique ont été décomposées par champ pour satisfaire au respect des enveloppes historiques par champ. L'ajustement du volume économique consiste à faire en sorte que, pour chaque champ, la somme des volumes économiques ajustés corresponde à la part d'enveloppe allouée à ce champ.

⁶ Pour les établissements hors réforme, c'est la dotation annuelle de financement de l'année N-1 qui est retenue.

Autrement dit, après ajustement des volumes économiques, la part de l'enveloppe attribuée à un champ donné doit correspondre exactement à la part qui lui a été initialement allouée.

Pour un champ A :

$$\frac{\sum_{ES} VE_{ajusté \text{ "champ A" }}}{\sum_{ES} (VE_{ajusté \text{ "champ A" }} + VE_{ajusté \text{ "champ B" }} + \dots)} \times enveloppe_{indic} = enveloppe_{indic; \text{ champ A}}$$

Cet ajustement repose sur l'application d'un coefficient α , spécifique à chaque champ, aux volumes économiques :

$$\sum_{ES} VE_{ajusté; \text{ "champ A" }} = \sum_{ES} \alpha \times VE_{\text{ "champ A" }} = enveloppe_{indic; \text{ champ A}}$$

Soit $\alpha = \frac{enveloppe_{indic; \text{ champ A}}}{\sum_{ES} VE_{\text{ "champ A" }}}$

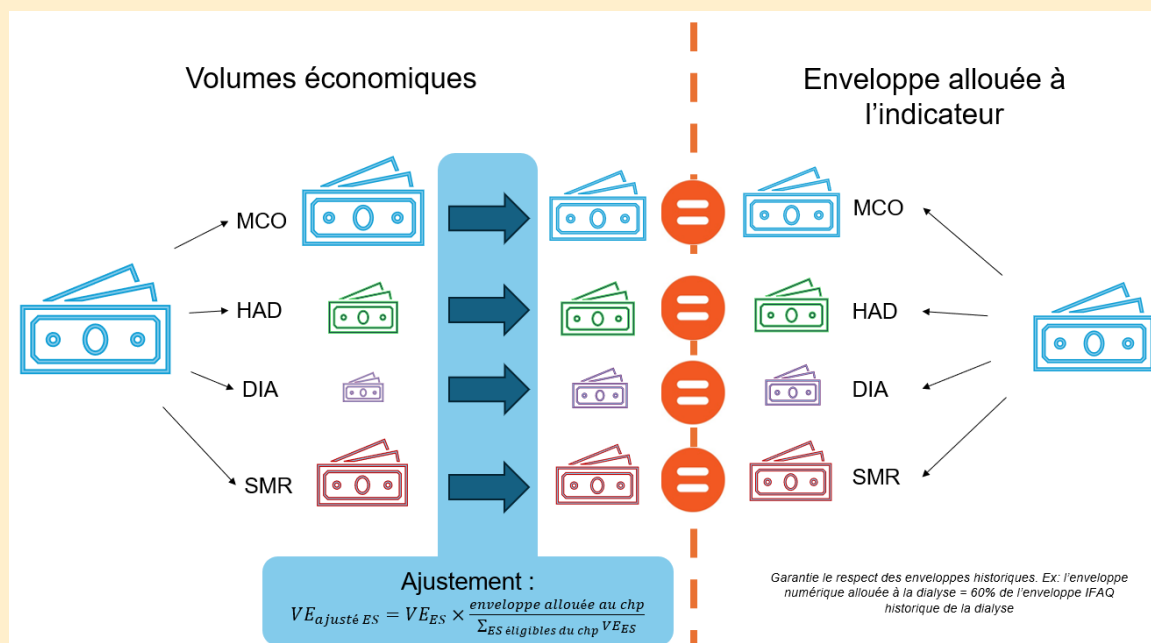


Illustration de l'ajustement réalisé

S'agissant de l'indicateur de certification, la répartition de l'enveloppe repose sur l'allocation de 40% de l'enveloppe historique à chaque champ.

Pour l'indicateur numérique, la répartition par champ est plus complexe, dans la mesure où le poids de cet indicateur varie selon les champs. Elle est obtenue par construction (cf. Annexe 2 : 4 « Définition des enveloppes »).

Enfin, en raison des spécificités du champ de la psychiatrie, notamment liées à la différence de granularité des FINESS (FINESS de financement versus FINESS géographique), le calcul de la rémunération au titre de l'indicateur de certification est réalisé séparément pour ce champ, sur la part d'enveloppe qui lui est dédiée.

4. Définition des enveloppes

Les montants des enveloppes ont été déterminées en amont du calcul des dotations, dans le cadre de la rédaction de l'arrêté IFAQ 2026, et sont valables pour les futures campagnes IFAQ sauf modification par arrêté.

L'enveloppe relative à la certification des établissements, fixée à 40% du montant total du dispositif, s'établit à 280 M€ pour la campagne IFAQ 2026.

Le reste de l'enveloppe (420 M€), est répartie sur les champs d'activité MCO, HAD, Dialyse, SMR et PSY.

Cette répartition s'appuie sur les enveloppes historiques telles que définies lors de la campagne IFAQ 2025 :

- MCO – HAD – dialyse : 494,9 M€
- SMR : 91,33 M€
- PSY : 113,77 M€

Au sein du périmètre « MCO – HAD – Dialyse », les 494,9 M€ sont ventilés entre les trois champs au prorata de leur **volume économique 2024**. Une enveloppe par champ est ainsi constituée.

Au sein d'un champ d'activité, l'enveloppe hors certification est répartie entre les indicateurs spécifiques, au prorata des volumes économiques des établissements **éligibles**. Cette méthode garantit que chaque indicateur reçoive une part d'enveloppe proportionnelle au poids économique des établissements pouvant y prétendre.

Ainsi, dans le champ MCO (hors dialyse) par exemple, le volume économique MCO des établissements éligibles à un indicateur donné est utilisé comme poids dans le calcul. Un indicateur pour lequel l'ensemble des établissements du champ est éligible bénéficie mécaniquement d'un poids plus élevé qu'un indicateur ne couvrant qu'une partie du volume économique total : il bénéficie donc d'une part d'enveloppe plus importante.

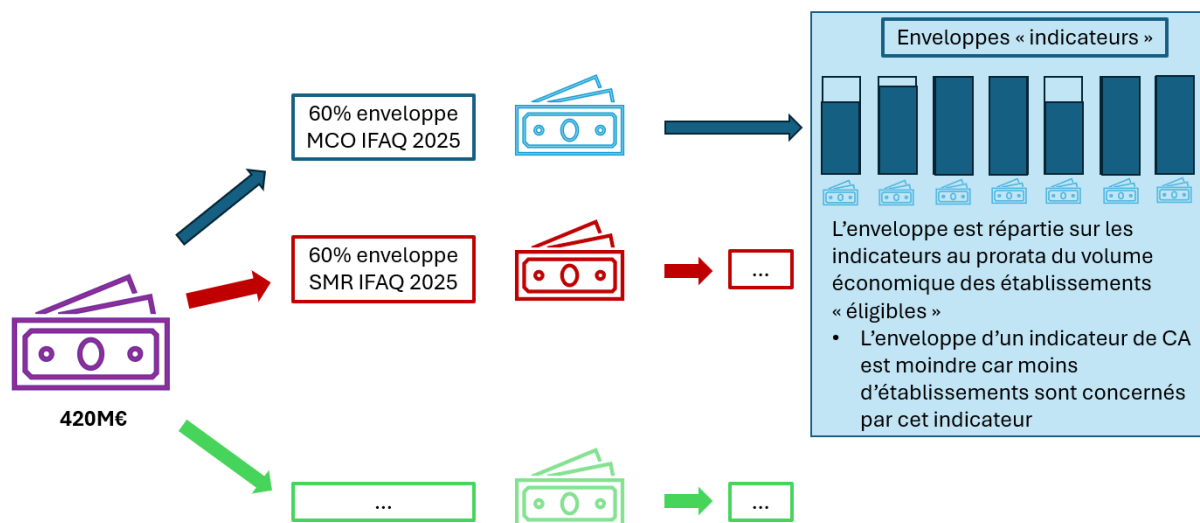


Illustration : déversement de l'enveloppe « hors certification » sur les indicateurs restants

Ce mode de répartition permet de préserver la neutralité des enveloppes des indicateurs, en assurant qu'aucun indicateur n'est intrinsèquement plus rémunérateur qu'un autre.

L'enveloppe de l'indicateur numérique est construite en deux temps. L'indicateur bénéficie d'une enveloppe par champ, calculée de la même manière que pour les autres indicateurs. Ces enveloppes sont ensuite sommées pour constituer une enveloppe « indicateur numérique » tous champs concernés

5. Les taux de rémunération

Les taux de rémunération sont fixés en fonction du niveau de qualité atteint et, le cas échéant, de l'évolution du résultat par rapport au précédent recueil.

Pour améliorer la lisibilité et la prévisibilité du modèle, une approche par classe a été retenue pour définir les taux de rémunération des indicateurs. Cette approche permet de stabiliser les mouvements importants de rémunération résultants d'une fluctuation du score entre deux années.

Les tableaux ci-dessous indiquent les taux de rémunération applicables en fonction de la classe de résultat.

Pour les indicateurs de la campagne IFAQ 2026, la matrice applicable est indiquée dans le tableau suivant :

Indicateur	Famille d'indicateur	Matrice applicable
Certification	Certification	Indicateur de certification

Indicateur	Famille d'indicateur	Matrice applicable
Taux d'alimentation du dossier médical partagé (DMP) en lettre de liaison de sortie (LLS)	Indicateur de conformité	Indicateur de conformité à un attendu
Qualité de la Lettre de Liaison - MCO	IQSS	Indicateur mesurant la performance
Qualité de la Lettre de Liaison - SMR	IQSS	Indicateur mesurant la performance
Qualité de la Lettre de Liaison - PSY	IQSS	Indicateur mesurant la performance
Qualité de la Lettre de Liaison - chir. ambu.	IQSS	Indicateur mesurant la performance
Coordination des prises en charge - HAD	IQSS	Indicateur mesurant la performance
E-SATIS +48h - MCO	E-SATIS	Indicateur mesurant la performance
E-SATIS - SMR	E-SATIS	Indicateur mesurant la performance
E-SATIS - chir. ambu.	E-SATIS	Indicateur mesurant la performance
Prise en charge de la douleur - MCO	IQSS	Indicateur mesurant la performance
Prise en charge de la douleur - HAD	IQSS	Indicateur mesurant la performance
Prise en charge de la douleur - SMR	IQSS	Indicateur mesurant la performance
Prise en charge de la douleur - PSY	IQSS	Indicateur mesurant la performance
Tenue du dossier patient - HAD	IQSS	Indicateur mesurant la performance
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre - HAD	IQSS	Indicateur mesurant la performance
Projet de soins, projet de vie - SMR	IQSS	Indicateur mesurant la performance
Evaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes - PSY	IQSS	Indicateur mesurant la performance

Indicateur	Famille d'indicateur	Matrice applicable
Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions chez les patients adultes - PSY	IQSS	Indicateur mesurant la performance
Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact - MCO	IQSS	Indicateur mesurant la performance
Mesure des hospitalisations de longue durée à TP en soins libres - PSY	Indicateur de conformité	Indicateur de conformité à un attendu

Notes : E-SATIS - Indicateur de satisfaction des patients ; IQSS- Indicateur de Qualité et de sécurité des Soins.

Indicateurs mesurant la performance (hors certification)

Sur les indicateurs mesurant la performance, les taux de rémunération sont associés en fonction de la classe de résultat obtenue par l'établissement et de l'évolution de son résultat par rapport au dernier recueil.

Un taux de rémunération de base est associé à la classe de résultat et ce taux est modulé par l'évolution constatée par rapport au précédent recueil.

En 2026 cette matrice s'applique aux indicateurs e-SATIS et aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé (IQSS) tels que l'indicateur de prise en charge de la douleur ou de tenue du dossier patient.

Pour les indicateurs IQSS, l'évolution est appréciée comme un écart numérique entre la valeur en année N et la valeur lors du précédent recueil (qui peut être N-1 ou N-2 suivant la fréquence du recueil) :

- Si cette valeur est significativement⁷ inférieure à 0, l'évolution est négative
- Si cette valeur est significativement supérieure à 0, l'évolution est positive
- Si le test d'hypothèse statistique ne permet pas de conclure, l'évolution est considérée comme stable

Pour les indicateurs e-SATIS, l'évolution correspond à un changement de classe de résultat entre la classe constatée en année N et la classe constatée lors du précédent recueil.

Matrice pour les indicateurs IQSS et e-SATIS

Classe	Stable entre deux recueils ou sans évolution calculable	Avec une évolution positive entre deux recueils	Avec une évolution négative entre deux recueils
A	100%	+0% (100%)	-0% (100%)

⁷ La significativité est mesurée par un test d'hypothèse statistique.

B	80%	+10% (90%)	-10% (70%)
C	45%	+20% (65%)	-20% (25%)
D (e-Satis)	20%		-20% (0%)
NA	100%		
NR	0%		

Indicateurs mesurant la conformité à un attendu

Les indicateurs mesurant la conformité à un attendu sont des indicateurs binaires : le résultat est conforme, ou ne l'est pas.

Lorsque le résultat est conforme, le taux de rémunération est de 100%. Dans le cas contraire, le taux de rémunération est de 0%.

Résultat	Taux de rémunération
Conforme	100%
Non conforme	0%
NA	100%
NR	0%

Lorsque l'indicateur n'est pas applicable à l'établissement (« NA »), un taux de 100% est retenu pour la primo-allocation.

En cas de défaut de recueil, le taux de rémunération est fixé à 0%.

Indicateur de certification

En campagne 2026, quelques établissements restent certifiés en V2014, dans l'attente d'une certification en CQSS (certification des établissements de santé pour la qualité des soins). Aussi, la matrice tient compte de cette spécificité.

Les taux de rémunération applicables aux différentes classes de résultat sont les suivants : (matrice pour l'indicateur de certification)

Certification v2014	Taux de rémunération
Certification	100%
Certification avec recommandation d'amélioration	75%
Certification avec obligation d'amélioration	30%
Sursis à statuer	0%
Non rémunération	0%

Certification CQSS	Taux de rémunération
Certifié avec mention	110%
Certifié	100%
Certifié sous condition	30%
Non certifié	0%

6. Les coefficients multiplicateurs

Afin d'inciter l'amélioration de la qualité sur certains indicateurs dont les résultats nationaux sont particulièrement en retrait par rapport à la cible attendue, des coefficients multiplicateurs sont mis en place.

Ces coefficients visent par ailleurs à minimiser le niveau de reliquat afin qu'aucun champ en particulier ne soit davantage générateur de reliquat qu'un autre (le reliquat pouvant être générateur de fongibilité entre champ, ces coefficients ont donc un rôle stabilisateur).

D'une valeur maximale de 1,5, ils sont définis en fonction de la proportion en volume économique (VE) des établissements par classe de résultat observée en année N-1.

Les coefficients dépendent des proportions en VE des classes A et B lors de la campagne précédente (N-1) pour les indicateurs mesurant un niveau de qualité.

Poids des A*	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Poids des B*										
10%	1,5	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	
20%	1,4	1,3	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0		
30%	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0			
40%	1,3	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0				
50%	1,2	1,2	1,1	1,0	1,0					

60%	1,2	1,1	1,0	1,0	
70%	1,1	1,1	1,0		
80%	1,1	1,0			
90%	1,0				
100%					

* Poids des A (ou des B) : proportion en VE des établissements classés en A (ou en B) calculée par rapport au VE total des établissements éligibles à l'indicateur et avec un résultat autre que « Non Applicable »

Lecture du tableau :

Pour un indicateur donné, si le poids en volume économique des établissements classés en A parmi les établissements éligibles est inférieur à 10%, et :

- 1 Si le poids en volume économique des établissements classés en B est aussi inférieur à 10% alors le coefficient multiplicateur pour la campagne suivante sera de 1,5
- 2 Si le poids en volume économique des établissements classés en B est entre 10% et 30% alors le coefficient multiplicateur pour la campagne suivante sera de 1,4
- 3 Si le poids en volume économique des établissements classés en B est entre 30% et 40% alors le coefficient multiplicateur pour la campagne suivante sera de 1,3
- 4 ...

Les coefficients dépendent des proportions en VE des établissements considérés comme « conforme » en campagne N-1 pour les indicateurs mesurant la conformité à un attendu.

Poids conformes*	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,3	1,1	1,0	

* Poids conformes : proportion en VE des établissements avec un résultat « conforme » calculée par rapport au VE total des établissements éligibles à l'indicateur et avec un résultat autre que « Non Applicable »

Le coefficient multiplicateur ne concerne pas l'indicateur de certification, dont la classe de résultat la plus rémunératrice génère un taux de rémunération supérieur à 100%.

Il ne s'applique pas non plus lorsque l'indicateur est « non applicable » pour un établissement, ou a fortiori, dans le cas où l'indicateur serait « neutralisé ».

Pour la campagne 2026, les coefficients multiplicateurs sont décrits dans les tableaux en annexe 4.

7. Cas particuliers

Certains indicateurs sont biennaux : ils sont recueillis une année sur deux.

Pour la campagne 2026, les indicateurs biennaux recueillis en 2024 (N-2) sont neutralisés. Autrement dit, ils sont « non applicables » pour l'ensemble des établissements qui y sont éligibles.

En routine, les résultats des indicateurs biennaux recueillis en N-2 seront reconduits pour la campagne N.

En 2026, l'indicateur de « taux d'alimentation du dossier médical partagé (DMP) en lettre de liaison de sortie (LLS) » est également neutralisé.

ANNEXE 3 : MODALITES DE CALCUL DES DOTATIONS

1. Calcul des dotations

Le montant que peut percevoir un établissement au titre du dispositif IFAQ pour la campagne 2026 se décompose en plusieurs montants :

- Pour chaque indicateur auquel l'établissement est éligible, un montant dit de « primo-allocation », liée aux résultats de l'établissement dépendant :
 - o De l'enveloppe allouée à l'indicateur
 - o Du volume économique 2025 de l'établissement sur le champ relatif à l'indicateur
 - o Du résultat qualité obtenu par l'établissement
 - o Du coefficient multiplicateur s'appliquant à l'indicateur
- Un montant global alloué à partir du reliquat des enveloppes de chaque indicateur.

Calcul de la primo-allocation pour un établissement :

La primo-allocation correspond au produit des éléments suivants :

- Le poids en volume économique N-1 (ie. 2025)
- Le taux de rémunération associé au résultat qualité obtenu
- Le coefficient multiplicateur relatif à l'indicateur (hors certification)
- L'enveloppe allouée à l'indicateur

Ainsi, pour un indicateur « i », la rémunération prend la forme suivante :

$$primo - allocation_i = \frac{VE_{N-1}}{\sum_{ES \text{ éligibles}} VE_{N-1}} \times tx \text{ de rémunération}_i \times coefficient_i \times enveloppe_i$$

La quantité $\frac{VE_{N-1}}{\sum_{ES \text{ éligibles}} VE_{N-1}}$ correspond au poids en volume économique, de l'établissement par rapport aux établissements éligibles à l'indicateur.

Pour rappel, dans le cas où l'indicateur est non applicable pour un établissement, celui-ci perçoit le gain de référence, c'est-à-dire le montant qu'il aurait obtenu si l'enveloppe avait été ventilée au prorata du volume économique des établissements éligibles.

Calcul du reliquat :

Les montants résiduels issus de l'écart entre les enveloppes allouées aux indicateurs et les montants versés en primo-allocation sont répartis entre les établissements, tous champs confondus, au prorata des montants obtenus en primo-allocation hors indicateurs non applicables.

Comme le champ de la psychiatrie fonctionne sur un niveau de FINESS plus agrégé, les montants de primo-allocation sur les champs « hors psychiatrie » doivent être sommés sur le même niveau d'agrégation que sur le champ « psychiatrie » avant de procéder à la répartition du reliquat.

Les montants de reliquat ne sont donc pas disponibles au niveau de l'entité géographique pour les champs « hors psychiatrie »

2. Exemple de calcul de la primo-allocation et du reliquat

L'exemple ci-dessous est une simulation sur un nombre restreint d'établissements avec les paramètres suivants :

Paramètres du modèle :

- 3 champs d'activité : A, B, C
 - o Sur le champ C, les résultats sont appréciés à un niveau agrégé (FINESS de financement contre FINESS géographique pour les autres champs)
- 4 indicateurs :
 - o Un indicateur de certification (transversal)
 - o Un indicateur spécifique à chaque champ (soit 3 indicateurs)
- Une enveloppe totale de 5 250 € avec la décomposition suivante par indicateur :
 - o Indicateur spécifique au Champ A = 1 260 €
 - o Indicateur spécifique au Champ B = 840 €
 - o Indicateur spécifique au Champ C = 1 050 €
 - o Certification : enveloppe de 2 100 € séparée en deux sous-enveloppes.
La part d'enveloppe de certification allouée au champ C est ventilée à part car l'unité de calcul (FINESS) n'a pas le même niveau de granularité. L'enveloppe de certification est de 1 400 € sur les champs A+B et de 700 € sur le champ C. La certification représente 40 % de l'enveloppe sur chaque champ (2 100 € en tout)
- Les coefficients multiplicateurs des indicateurs hors certification sont les suivants :
 - o Indicateur spécifique au champ A : 1
 - o Indicateur spécifique au champ B : 1,2
 - o Indicateur spécifique au champ C : 1
- Les taux de rémunération utilisés pour les différents indicateurs sont ceux définis en annexe 2 pour la certification d'une part et pour les indicateurs mesurant la performance d'autre part.

Calcul des dotations en primo-allocation pour les champs A et B :

Sur les champs A et B, les volumes économiques et les résultats aux indicateurs sont les suivants :

FINESS géographique	FINESS de financement	VE chp A	VE chp B	VE ajusté certif	Certification	Indicateur spécifique champ A	Indicateur spécifique champ B
10	20	7 924	2 707	359	Certifié avec mention	A	.NA
11	20	5 868	0	198	Certifié avec mention	.NE	.NE
12	21	2 986	8 600	391	Certifié	B	C
13	22	0	4 555	154	Certifié sous condition	.NE	A
14	23	6 888	738	257	Certifié en V2014	.NA	A
15	23	1 210	0	41	Certifié en V2014	C	.NE

- « NE » = établissement « Non éligible » à l'indicateur
- « NA » = établissement « éligible » mais indicateur « Non Applicable »

Le poids en volume économique est déterminé pour chaque indicateur en appliquant le ratio entre le volume économique de l'établissement et la somme des volumes économiques des établissements éligibles à l'indicateur.

La dotation en « primo-allocation » suit la formule définie dans le paragraphe précédent.

FINESS géographique.	FINESS de financemt	Poids VE indic A	Poids VE indic B	Poids VE certif	Dotation indic A	Dotation indic B	Dotation certif
10	20	41,7%	16,3%	25,6%	525,27	164,38	394,24
11	20	-	-	14,2%			218,68
12	21	15,7%	51,8%	27,9%	158,35	235,00	390,60
13	22	-	27,4%	11,0%		276,59	46,20
14	23	36,2%	4,4%	18,4%	456,59	44,81	257,60
15	23	6,4%	-	2,9%	36,09		40,60
					1176,30	720,78	1347,92

Pour l'affichage, les résultats sont arrondis : à une décimale pour les pourcentages et à deux décimales pour les montants en euros

Déduction du reliquat généré par les champs A et B

Ce faisant, sur les champs A et B :

- L'indicateur spécifique au champ A génère : $1260 - 1176,30 = 83,70\text{€}$ de reliquat
- L'indicateur spécifique au champ B génère : $840 - 720,78 = 119,22\text{€}$ de reliquat

- L'indicateur de certification génère : $1400 - 1347,92 = 52,08\text{€}$ de reliquat

Calcul des dotations en primo-allocation pour le champ C

Sur le champ C, les volumes économiques et les résultats aux indicateurs sont les suivants :

FINESS géographique	FINESS de financement	VE champ C	VE ajusté certif	Certification	Indicateur spécifique champ C
-	20	831	24	Certifié avec mention	C
-	21	0	0	-	.NE
-	22	5 516	160	Certifié sous condition	A
-	23	9 977	290	Certifié en V2014	.NA
-	24	7 796	226	Certifié sous condition	A

- « .NE » = établissement « Non éligible » à l'indicateur
- « .NA » = établissement « éligible » mais indicateur « Non Applicable »

Les FINESS de financement 20 à 23 pratiquent une activité sur les champs A et/ou B à un niveau plus fin (FINESS géographique). Le FINESS de financement 21 ne prend en charge aucun séjour sur le champ C. Le FINESS de financement 24 ne prend en charge des séjours que sur le champ C.

Le volume économique permettant de distribuer l'enveloppe de certification s'obtient par ajustement du VE sur la part d'enveloppe de certification allouée au champ C (700 €). Remarque : cet ajustement n'est pas nécessaire lorsqu'un unique champ est en jeu.

Le poids en volume économique est déterminé pour chaque indicateur en appliquant le ratio entre le volume économique de l'établissement et la somme des volumes économiques des établissements éligibles à l'indicateur.

La dotation en « primo-allocation » suit la formule définie dans le paragraphe précédent.

FINESS géographique	FINESS de financement	Poids VE indic C	Poids VE certif	Dotation indic C	Dotation certif
-	20	3,4%	3,4%	16,28	26,53
-	21	-	-		
-	22	22,9%	22,9%	240,12	48,02
-	23	41,4%	41,4%	434,32	289,55
-	24	32,3%	32,4%	339,38	67,88
				1030,10	431,98

Déduction du reliquat généré par le champ C

Ce faisant, sur le champ C :

- L'indicateur spécifique au champ C génère : $1050 - 1030,1 = 19,90\text{€}$ de reliquat
- L'indicateur de certification génère : $700 - 431,98 = 268,02\text{€}$ de reliquat

Déduction du reliquat global et sa redistribution entre les établissements

Le montant global de reliquat dans cet exemple s'élève donc à 542,70€ (soit 10,3% de l'enveloppe)

Ce montant est réparti « tous champs confondus » au prorata des montants obtenus en primo-allocation, hors indicateurs « Non Applicable ».

Cette ventilation requiert d'agréger les résultats des champs A et B au niveau du FINESS de financement afin de pouvoir sommer les montants de primo-allocation avec le champ C

FINESS de financement	primo-allocation champ C - hors « .NA »	primo-allocation champs A+B - hors « .NA »	Clé de ventilation du reliquat	Reliquat
20	42,81	1 302,39	1 345,20	155,09
21	-	784,30	784,30	90,42
22	288,15	322,69	610,84	70,42
23	723,87	835,84	1 559,71	179,82
24	407,25	-	407,25	46,95

Synthèse des résultats par FINESS

La dotation totale peut être obtenue au niveau du FINESS de financement en sommant les primo-allocations tous champs au reliquat :

FINESS de financement	primo-allocation champ C	primo-allocation champs A+B	Reliquat	TOTAL
20	42,81	1 302,39	155,09	1 500,28
21	-	784,30	90,42	874,72
22	288,15	322,69	70,42	681,26
23	723,87	835,84	179,82	1 739,53
24	407,25	-	46,95	454,21

ANNEXE 4 : Liste des indicateurs 2026

Cette annexe décrit les différents indicateurs du dispositif IFAQ en 2026. Pour chaque indicateur, elle fournit :

- La catégorie d'appartenance de l'indicateur,
- Le libellé de l'indicateur,
- L'entité en charge de la production et de la gestion de l'indicateur,
- Le (ou les) champ(s) d'activité des établissements au(x)quel(s) s'appliquent l'indicateur et le périmètre d'activités « éligible »,
- La fréquence du recueil,
- Le seuil d'activité définissant l'applicabilité de l'indicateur,
- L'enveloppe qui lui a été allouée.

Liste des indicateurs transversaux :

Catégorie d'indicateurs	Liste d'indicateurs	Entité chargée de la gestion	Champ d'activité dont relève l'indicateur	Fréquence de recueil	Seuil d'activité au-delà duquel le recueil est obligatoire	Enveloppe financière (en millions €)	Coefficient multiplicateur en campagne 2026
Démarche de certification	Certification	HAS	Tous	Déterminée par la HAS en fonction du résultat obtenu		280	Non concerné
Qualité des coordinations de prise en charge	Taux d'alimentation du DMP en lettre de liaison de sortie	DNS	MCO, Dialyse, SMR, HAD	Annuelle		67,2	Indicateur neutralisé (1 ^{ère} année de mise en œuvre)

Liste des indicateurs spécifiques au champ MCO hors dialyse

Catégorie d'indicateurs	Liste d'indicateurs	Entité chargée de la gestion	Champ d'activité dont relève l'indicateur	Fréquence de recueil	Seuil d'activité au-delà duquel le recueil est obligatoire	Enveloppe financière (en millions €)	Coefficient multiplicateur en campagne 2026
Qualité des coordinations de prise en charge	Qualité de la lettre de liaison de sortie	HAS	MCO faisant des séjours de plus de 24h	Biennale	Au moins 31 séjours cibles	39,62	1,4
	Qualité de la lettre de liaison de la sortie d'une chirurgie ambulatoire	HAS	MCO- faisant des séjours de chirurgie ambulatoire	Biennale	Au moins 31 séjours cibles	37,83	Indicateur neutralisé (biennal N-2)
Qualité des prises en charge perçues par les patients	Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés + 48h en MCO (e-Satis +48h MCO)	HAS	MCO faisant des séjours plus de 48h	Annuelle	Sur l'année N-1, au moins 500 patients cibles tels que définis pour cet indicateur ET si moins de 75 % de la population est âgée de + de 75 ans	39,63	1,3
	Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire (e-Satis MCO CA)	HAS	MCO faisant des séjours de chirurgie ambulatoire	Annuelle	Sur l'année N-1, au moins 500 patients cibles tels que définis pour cet indicateur ET si moins de 75 % de la population est âgée de + de 75 ans	37,48	1
Qualité des prises en charge cliniques	Évaluation et prise en charge de la douleur	HAS	MCO faisant des séjours de plus de 24h	Biennale	Au moins 31 séjours cibles	39,62	1
Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins	Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact	HAS	MCO avec des patients infectés et hospitalisés au moins 72 heures	Biennale	Au moins 10 séjours cibles	39,63	Indicateur neutralisé (biennal N-2)

Liste des indicateurs spécifiques au champ HAD

Catégorie d'indicateurs	Liste d'indicateurs	Entité chargée de la gestion	Champ d'activité dont relève l'indicateur	Fréquence de recueil	Seuil d'activité au-delà duquel le recueil est obligatoire	Enveloppe financière (en millions €)	Coefficient multiplicateur en campagne 2026
Qualité des coordinations de prise en charge	Coordination de la prise en charge	HAS	HAD	Biennale	Au moins 31 séjours cibles	2,1	Indicateur neutralisé (biennal N-2)
Qualité des prises en charge cliniques	Évaluation et prise en charge de la douleur	HAS	HAD	Biennale	Au moins 31 séjours cibles	2,09	1
	Tenue du dossier patient	HAS	HAD	Biennale	Au moins 31 séjours cibles	2,1	Indicateur neutralisé (biennal N-2)
	Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres	HAS	HAD	Biennale	Au moins 31 séjours cibles	2,1	1

Liste des indicateurs spécifiques à la dialyse

En 2026, le dispositif n'intègre pas d'indicateur spécifique à la dialyse.

Liste des indicateurs spécifiques au champ SMR

Catégorie d'indicateurs	Liste d'indicateurs	Entité chargée de la gestion	Champ d'activité dont relève l'indicateur	Fréquence de recueil	Seuil d'activité au-delà duquel le recueil est obligatoire	Enveloppe financière (en millions €)	Coefficient multiplicateur en campagne 2026
Qualité des coordinations de prise en charge	Qualité de la lettre de liaison de sortie	HAS	Hospitalisation à temps complet en SMR	Biennale	Au moins 31 séjours cibles	10,87	1
Qualité des prises en charge perçues par les patients	Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés en soins médicaux et de réadaptation (e-Satis SMR)	HAS	SMR hors HDJ	Annuelle	Sur l'année N-1 Au moins 500 patients cibles tels que définis pour cet indicateur ET si moins de 75 % de la population est âgée de + de 75 ans	10,91	1
Qualité des prises en charge cliniques	Évaluation et prise en charge de la douleur	HAS	Hospitalisation à temps complet en SMR	Biennale	Au moins 31 séjours cibles	10,87	1
	Projet de soins, projet de vie	HAS	SMR hors HDJ	Biennale	Au moins 31 séjours cibles	10,91	Indicateur neutralisé (biennal N-2)

Liste des indicateurs spécifiques au champ PSY

Catégorie d'indicateurs	Liste d'indicateurs	Entité chargée de la gestion	Champ d'activité dont relève l'indicateur	Fréquence de recueil	Seuil d'activité au-delà duquel le recueil est obligatoire	Enveloppe financière (en millions €)	Coefficient multiplicateur en campagne 2026
Qualité des coordinations de prise en charge	Qualité de la lettre de liaison de sortie	HAS	Hospitalisation à temps complet en PSY	Biennale	Au moins 31 séjours cibles	13,96	1,5
Qualité des prises en charge cliniques	Évaluation et prise en charge de la douleur somatique	HAS	Hospitalisation à temps complet en PSY	Biennale	Au moins 31 séjours cibles	13,96	1,3
	Évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes	HAS	Hospitalisation à temps complet en PSY	Biennale	Au moins 31 séjours cibles	13,35	Indicateur neutralisé (biennal N-2)
	Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions chez les patients adultes	HAS	Hospitalisation à temps complet en PSY	Biennale	Au moins 31 séjours cibles	13,35	Indicateur neutralisé (biennal N-2)
Performance de l'organisation des soins	Mesure des hospitalisations de longue durée à TP en soins libres	ATI H	Hospitalisation à temps complet en PSY	Annuelle	Au moins 100 séjours cibles	13,81	1,3