HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Qualité et système de financement : vers un dialogue fructueux ?

Thomas LE LUDEC

Directeur délégué

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Qualité et système de financement

- **La T2A et la qualité : une dialectique à venir ?**
- **La qualité: un levier de performance ? Que nous dit la littérature ?**
- **La certification des établissements de santé et la régulation : un lien ? pas de lien ?**
- **Penser le système du financement en lien avec les démarches qualité ?**
- **Accorder une juste place au bon usage dans les stratégies d'amélioration des pratiques ?**

01

La T2A et la qualité : une dialectique à venir ?

Les critères d'efficacité des systèmes de paiement

- **Efficacité productive (efficience)**
- **Efficacité allocative (neutralité des coûts et des prix sur la satisfaction des besoins)**
- **Qualité des soins (efficacité, sécurité, adéquation)**
- **Equité d'accès aux soins (prévention des inégalités sociales de santé à l'origine de parcours de non qualité)**
- **Positionnement de la T2A ?**

La T2A : apports d'un paiement prospectif

- **Améliorer la transparence et la médicalisation du financement par un lien avec la production de soins**
- **Améliorer l'efficience par la mise en concurrence (sous réserve que les prix reflètent bien les coûts)**
- **Développer les outils de pilotage**
- **Assurer un traitement équitable des établissements par le paiement d'un même prix pour un même service sous réserve :**
  - **d'une classification fiable**
  - **de l'identification de facteurs exogènes à l'établissement**

Une difficulté à mesurer les mécanismes adverses

- **Sélection patients /abandon de certaines activités**
- **Externalisation de certaines prestations**
- **Surcodage / ‘saucissonnage des séjours’**
- **Désincitation au travail d’équipe**

La T2A : limites d'un paiement prospectif

- **Ce qui n'est pas dans le champ initial**
  - L'amélioration de la qualité
  - L'amélioration de l'accès
  - La couverture optimale des besoins

  ↳ **Ce qui ne veut pas dire que la T2A ait nécessairement un impact négatif et systématique dans ces domaines (existence d'incitatifs tarifaires en fonction de priorités de santé publique ou de bonnes pratiques organisationnelles)**

  ↳ **Et n'interdit pas de compléter le dispositif par d'autres outils de financement**

Mais la T2A...

- **N’est pas conçue pour identifier et valoriser les coûts de coordination liés à la prévention des risques**
- **N’est pas pensée pour identifier et valoriser les démarches d’équipe**
- **[rajouter autant de cases que vous souhaitez…]**
- **Rémunère une qualité censée être « standard »**

Mais est-ce la faute à la T2A ?

- **Un PMSI qui bute sur l'absence de prise en compte du diagnostic d'entrée dans l'approche des performances des soins;**
- **Une performance à 30 jours non utilisée (taux de réadmission…)**
- **[rajouter autant de cases que vous souhaitez…]**
- **Un manque d'indicateurs de résultats issus de systèmes d'information médicalisés (dossier du patient) soulignant l'importance du projet Hôpital Numérique et de la généralisation des indicateurs qualité**

02

La qualité : un levier de performance ? Que nous dit la littérature ?

La qualité : un levier de performance ?

- **Convictions et bon sens mais où sont les preuves**
- **« Les processus qualité et d'amélioration sont considérés comme permettant d'agir sur la qualité et les coûts »**
- **« La qualité est gratuite puisque l'investissement qu'elle représente est largement rentable du fait de la diminution des coûts de la non-qualité »**

L’accent mis sur le coût « approché » de la non qualité

- **Une littérature française : coût de certains évènements indésirables en France (2012) estimé à 700 millions d’euros**
- **Enjeux de bon usage avec l’exemple des hospitalisations évitables pour les personnes âgées vulnérables (2,5 milliards d’euros, Drees, HCAAM 2012), pertinence des parcours**
- **Interrogation sur l’impact financier des variations de pratiques hospitalières (MCO) interrégionales mesurées par l’ATIH, (justesse des indications : un enjeu à 1 milliard d’euros ?)**
- **Des hospitalisations inappropriées dans les établissements de court séjour : enjeux de pratiques et d’organisation du système de soins pour 10 % des séjours en 2010**
- **En revanche : la mesure du retour sur investissement des actions qualité est « faiblement » développée**

Une revue de littérature internationale nuancée

- **« Does improving quality save money ? Sometimes, but sometimes not, and mostly we do not know because the research is limited. There is a great potential for savings, but it depends what we mean by quality improvement, who makes the savings and when. »**

(Dr. John Overvreit, Does improving quality save money ?, A review of evidence of which improvments to quality reduce costs to health service providers, The Health Fondation, septembre 2009)

03

La certification des établissements de santé et la régulation : un lien ? pas de lien ?

T2A et certification : la conscience ou l'ignorance ?

- **La démarche qualité peu conçue comme outil de régulation: les résultats de la certification n'influent pas encore sur le financement d'un établissement ou sur ses autorisations d'activités / « incitation » par la transparence des résultats**
- **Les résultats de certification des établissements français sont axés sur les « fondamentaux » de la qualité et de la prévention des risques**
- **Les résultats semblent peu influencés jusqu'à maintenant par le système de financement (la culture qualité et des groupes leaders ont-ils surcompensé ?)**

Mais la certification traduit des phénomènes à l'œuvre dans nos établissements (a)

- **2 études Ipsos-HAS : des professionnels de santé sous pression (pression par le financement ou les efforts de productivité exigés par les programmes d'investissement /pression par les prescriptions qualité-sécurité)**
- **La force du lien qualité des soins-qualité de vie au travail a été mise en évidence (séminaire HAS, 2010)**

Mais la certification traduit des phénomènes à l'œuvre dans nos établissements (b)

- **La certification et les démarches qualité s'appliquent sur une trame hospitalière parcellisée (2650 établissements) et des vulnérabilités sectorielles (santé mentale) ou géographiques**
- **La généralisation d'un financement à l'activité (séjours, actes) a eu un effet ambivalent : recherche des volumes d'activités au détriment de la pertinence de la dépense mais aussi recherche de l'attractivité par la notoriété avec les résultats de certification**

Perspective: une certification inscrite dans une régulation plus active (1)

- **Un 1er pallier de diffusion de la culture qualité réalisé (apport pédagogique, 1ère approche de médicalisation, définition de pratiques exigibles prioritaires)**
- **Le 2ème pallier vise à centrer l'analyse sur les résultats pour le patient (méthode du patient traceur, audits de processus) plus que sur la conformité au seul manuel**
- **Le profil de risque de l'établissement interviendra en amont pour déterminer des actions prioritaires pour le cycle quadriennal de certification**
- **Ce cycle sera animé par un compte qualité édité tous les 18 mois**
- **Le EPP devront porter prioritairement sur des secteurs à risques, y compris dans le champ de la pertinence des actes et des séjours : par exemple, pratique atypique des césariennes et EPP**

Perspective: une certification inscrite dans une régulation plus active (2)

- La méthode du patient traceur : s'auto-évaluer sur des parcours internes multi-unités
- **Process qualité, une source d'optimisation : une conviction à étayer (études d'impact)**
- **Base à un approfondissement sur l'amont et l'aval, également source d'optimisation**
- Les résultats de la certification ont vocation à s'intégrer dans un **modèle d'incitation financière à la qualité** en cours de mise au point avec le Ministère de la Santé
- L'appréciation des résultats de l'établissement (indicateurs ou traceurs de pratiques soignantes) : donner des informations supplémentaires aux 26 ARS chargées de la régulation de l'offre de soins sous le regard des usagers
- Cet impact sur d'éventuelles recompositions sanitaires devra également être mesuré

04

Penser le système du financement en lien avec les démarches qualité ?

Projet IFAQ
incitation financière à l'amélioration de la qualité

- **Co pilotage DGOS / HAS**
- **Développement du modèle confié au projet COMPAQ-HPST**
- **Expérimentation (2013- 2014)**
  - **Pour tester l'outil, valider la faisabilité du modèle et l'appropriation par les acteurs**
  - **Pour analyser le (ou les) impact(s) sur un échantillon d'établissements**
  - **Incitation positive (financement MIG)**
  - **~ 200 établissements sur la base du volontariat**
- **Intégration des résultats de la certification**
  - **Un niveau de certification minimal pré-requis comme critère d'éligibilité à l'incitation**
  - **Et un critère supplémentaire sur certaines PEP (les 7 communes aux 2 versions de la V2010 et sans indicateurs) pour les établissements avec visite en 2013**

Constitution du panel

- **Appel à candidatures entre le 6 juillet et le 3 août 2012**
  - **Critère d'éligibilité : ES MCO, certifiés sans réserve après suivi (V2007 ou V2010)**
- **450 ES candidats**
- **Panel de 222 ES sélectionnés**
  - **Par tirage au sort aléatoire, stratifié selon le critère type d'établissement (CH1,CH2,CH3,CHU,CLCC,ESPIC, EX-OQN et HIA)**
  - **Nombre d'établissements retenus pour chaque type fondé sur :**
    - Le nombre de "séjours/séances"
    - Le nombre d'établissements
  - **Critère géographique ~ respecté : au moins 1 ES par région**
  - **Panel complété à hauteur de 20% à discrétion des fédérations hospitalières**

Présentation des blocs d'évaluation

Critères	Mesure	
Indicateurs HAS - **Dossier du patient** (Tenue du dossier du patient, Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation-Niveau 2, Dépistage des troubles nutritionnels-Niveau 3, Traçabilité de l'évaluation de la douleur, Tenue du dossier anesthésique) - **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire** (Niveau 2)	**Excellence ou Effort**	**1 ou 2 blocs**
TBIN-Version 2 (ICALIN-V2, ICSHA-V2, ICALISO, ICATB-V2, ICABMR)	**Excellence ou Effort**	**1 bloc**
PEP (1f,8f,9a,13a,14b,15a,25a)	**Excellence**	**1 bloc**
Questionnaire sur l'informatisation du dossier patient	**N.A**	**1 bloc**

→ Les pondérations de chacun des blocs seront définies par le groupe technique, composé de la HAS, de la DGOS et des fédérations hospitalières

Calendrier prévisionnel

2012-2013	Echelle de points Valorisation financière Tests du modèle Analyses qualitatives Préparation du questionnaire sur l'informatisation
Fin 2013	Fin de l'incitation (fin de période pour les dossiers analysés)
2014	Recueils de données (1er semestre) Traitement des données et évaluation (été) Rémunération (fin année)

Une expérimentation rendue possible par les Indicateurs généralisés de sécurité et qualité des soins

- **La DGOS et la HAS coordonnent un dispositif de généralisation d'indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins depuis 2003 :**
- **Recherche et développement d'indicateurs de qualité généralisables depuis 2003 (appels à projet)**
  - → **La qualité métrologique et la faisabilité sont testées avec des établissements volontaires**
- **Recueil généralisé d'indicateurs depuis 2006 (avec ATIH)**
- **Instance de pilotage depuis 2007**

Objectifs des indicateurs généralisés

- **Fournir aux établissements de santé de nouveaux outils de pilotage et gestion de la qualité ;**
- **Répondre à l'exigence de transparence portée par les usagers ;**
- **Aider à la décision et pilotage des politiques d'intervention à l'échelon régional et national ;**
- **Améliorer l'efficacité de la procédure de certification.**

05

Accorder une juste place au bon usage dans les stratégies d’amélioration des pratiques ?

Un dernier focus d'illustration : sur la pertinence

- **25 séjours hospitaliers représentant 4 milliards d'euros et une variabilité de pratique allant de 1 à 4 entre régions françaises**
- **On ne peut pas faire 25 recommandations en 2 ans ! Qui commenceront à vieillir très rapidement et qui seront implémentés que très… progressivement**
- **Les solutions d'amélioration des pratiques repose sur la diversité des supports d'amélioration, leur co-construction avec les professionnels concernés, une animation en région par les professionnels et les ARS, un retour d'expérience pour faire évoluer en continue ces supports**
- **Quand les professionnels conservent et renforcent la culture de la « bonne » indication, ils nous font progresser (300 000 appendicectomies en 1992 en France, 90 000 aujourd'hui)**
- **Encore faut-il co-piloter avec eux !**

En pratique…

- **3 types de travaux :**
  - Notes problématiques Pertinence
  - Référentiels / recommandations
  - Programmes d'amélioration des pratiques visant à optimiser la pertinence : ensemble de supports à la pratique

Un exemple :

Analyse et amélioration des pratiques

Césarienne programmée à terme

Optimiser la pertinence du parcours patient

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1294171/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-la-pertinence-du-parcours-de-la-patiente

Objectifs

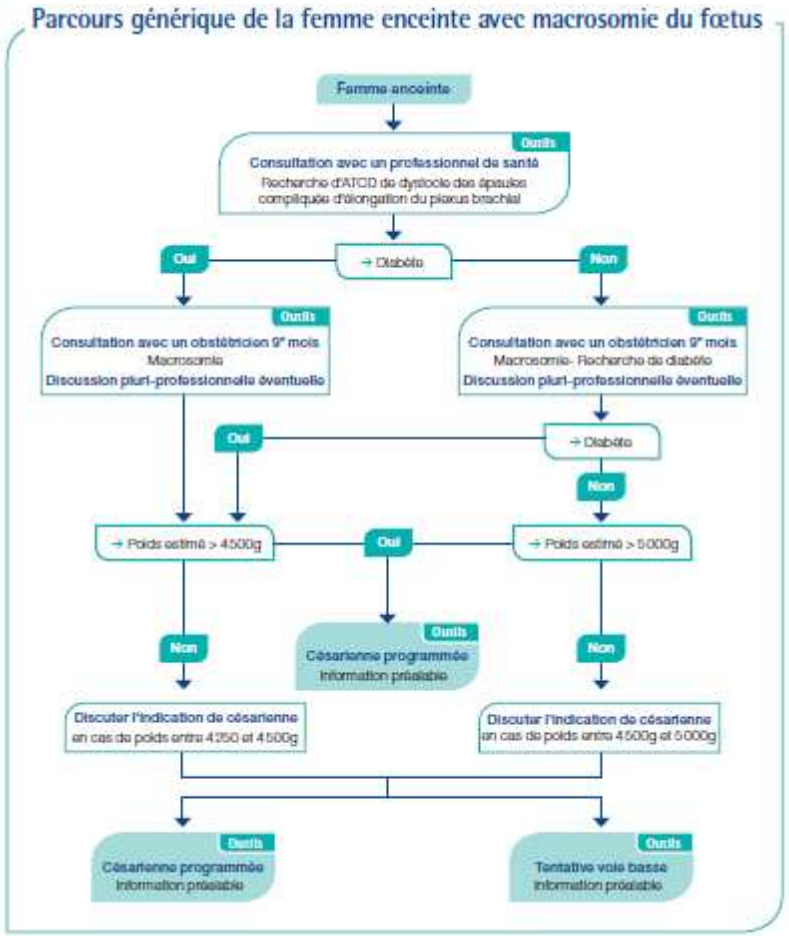
- **Mise en œuvre des recommandations**
  - Indications de la césarienne programmée à terme, mars 2012
    http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme
  - Autour du parcours patient : démarche d'amélioration du processus

- **Fédération du partage d'expérience**
  - Autour du site de la HAS : programme évolutif

Améliorer la pertinence

- **Propositions de méthodes et outils d'analyse et amélioration de la pertinence**
- **Propositions de parcours de la femme enceinte**
- **Rappel des références professionnelles : les objectifs de qualité et de sécurité des soins**

5 parcours génériques
Information – Facteurs de risque



Proposition d'indicateurs

Mesurer les pratiques

Diffusion – recueil du retour d'expérience

- **Plan de communication**
  - Communiqué de presse
  - Congrès de médecine périnatale : distribution A4
  - CNGOF : congrès – DPC

- **Expérimentation**
  - ARS / DGOS = appel à volontariat
  - Réseaux de périnatalité = mise en œuvre
  - HAS = aide méthodologique, recueil structuré du retour d'expérience

Une conclusion ?

Un mot sur les parcours

- **Une problématique : compenser la pression à la hausse des dépenses liées à la transition démographique française (une population qui devrait croître jusqu'en 2040 avec 72 millions d'habitants contre 65 en 2012, un tiers de plus de 60 ans en 2050) par une coordination renforcée entre professionnels et segments de l'offre de soins**
- **Les parcours s'appuient sur les organisations de soins de première ligne car elles ont mission de prendre en charge sur la durée le capital santé de la population, y compris et surtout dans le cadre du développement très important des pathologies chroniques (15 millions de personnes dont 9 bénéficiant de l'ALD)**
- **Les référentiels et outils du parcours connaissent tous une limite d'efficacité qui trouve son origine dans la non appropriation par ceux pour lesquels ils sont destinés, phénomène documenté dans la littérature**

Une régulation par la qualité qui reste donc à construire

- **L'implémentation des bonnes pratiques doit être mieux mesurée (indicateurs de résultats cliniques généralisés encore peu nombreux)**
- **Les règles de financement doivent en tenir compte pour que l'allocation de ressources valorise l'excellence comme l'effort en incitant de manière plus nette à l'amélioration de la disponibilité des données médicales entre professionnels**
- **Les règles d'autorisation d'activités pourraient tenir compte des résultats de la certification et des résultats en matière de garanties concrètes de sécurité**
- **L'approche centrée patient doit s'inscrire dans les cultures professionnelles pour redessiner des organisations efficientes pour le parcours du patient, recentrant les moyens lourds sur les phases de prise en charge les requérant et évitant les redondances**
- **La régulation par la qualité doit rejoindre la régulation des professions de santé: gestion du patrimoine des compétences et des habilitations d'exercice dans un cadre professionnel responsabilisé**
- **Les règles générales de financement doivent favoriser l'efficience du parcours**

Au-delà des questionnements : humilité face à l'ampleur des enjeux mais détermination

- Seuls des programmes multi-facettes, la durée et la valorisation des comportements recherchés sont capables de transformer les savoirs, les cultures et les organisations
- **Au delà de ce constat**, il est temps maintenant de mettre en œuvre des programmes **qui tout en faisant appel à des méthodes** reposent avant tout sur de nouvelles façons de travailler
- C'est à dire incluant des constantes lourdes comme :
  - **le travail en équipe pluriprofessionnelle**
  - **l'établissement de protocoles de type EBM**
  - **la prise en compte des besoins du patient (et entourage)**
  - **l'engagement dans des projets de soins ou de santé**
  - **le suivi d'indicateurs et l'analyse des résultats obtenus**
  - **l'accompagnement par des mesures de valorisation, y compris financières**
  - **la capacité de rendre compte dans la confiance**