

VALORISATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DES MESURES D'HYGIÈNE

SF2H 4 juin 2015 - TOURS

Emmanuel Rusch

SIMEES – UEME - CHU Tours

Laboratoire Santé publique

Equipe recherche « Education-Ethique-Santé

Université Tours

Emmanuel Rusch

- ▶ Points de vue ou Perspectives
 - ▶ Patient
 - ▶ Etablissement de santé
 - ▶ Assurance maladie
 - ▶ Société
- ▶ Valorisation
 - ▶ Médicale : efficacité – utilité
 - ▶ Économique : coût direct – coût indirect

VALORISATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DES MESURES D'HYGIÈNE

- ▶ «Démarche qui doit permettre de **garantir à chaque patient l'assortiment d'actes** diagnostiques et thérapeutiques lui assurant **le meilleur résultat** en terme de santé, **conformément à l'état actuel de la science** médicale, **au meilleur coût** pour le même résultat, **au moindre risque iatrogénique**, pour **sa plus grande satisfaction** en terme de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins».

EVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS (OMS)

▶ **Les événements indésirables**

- ▶ infections nosocomiales, liés au médicament, escarres

▶ **Les prescriptions inappropriées**

- ▶ radiographies, antibiothérapie, bilan préopératoire

▶ **Les interventions injustifiées**

- ▶ coloscopies (dépistage et suivi du cancer du colon)
- ▶ cataracte...

▶ **Les hospitalisations non justifiées**

- ▶ prise en charge sociale, psychologique, préventive, éducative ou hébergement

LA NON-QUALITÉ

▶ **COÛTS d'OBTENTION de la QUALITE / COÛT de la NON QUALITE**

▶ **Coûts de Prévention de la Non Qualité des soins (CPNQ)**

- ▶ Activités visant à améliorer la qualité des soins (formation du personnel, équipes qualité, démarches qualité, diffusion de recommandations, matériel dédiés à la prévention des défauts de qualité des soins).

▶ **Coûts de Mesure de la Non Qualité des soins (CMNQ)**

- ▶ Systèmes de signalement, audits cliniques.

▶ **Coûts liés à la Correction de la Non Qualité des soins (CCNQ)** (sous utilisation, sur utilisation, défauts de réalisation d'un soins adéquats).

$$\underline{\text{COQ} = \text{CPNQ} + \text{CMNQ} + \text{CCNQ}}$$

QUALITÉ EN SANTÉ : COÛTS

▶ 3 catégories de NON QUALITE :

- ▶ La sous utilisation des ressources (**UNDERUSE**) : manque de soins défavorable en terme de résultat (ex. : non stérilisation).
- ▶ La sur utilisation des ressources (**OVERUSE**) : soins en excès avec risques potentiels sans bénéfices (ex. : prescription d'antibiotique lors d'une infection virale)
- ▶ Les défauts de réalisation d'un soin adéquat entraînant un effet indésirable évitable (**MISUSE**) : soins appropriés mais survenue de complications dues à des erreurs dans le processus de soins (ex. : lavage des mains)

DÉFAUTS DE QUALITÉ

▶ Régulation

- ▶ Réglementaire
- ▶ Professionnelle
- ▶ Informationnelle
- ▶ Économique (macro – micro)

▶ Démarche qualité - réglementation ciblée



▶ Indicateurs- réglementation renforcée – rémunération

REGULATION DE LA QUALITE : MESURES D'HYGIÈNE

- ▶ **« Si cette régulation était peu affirmée dans les années 90, essentiellement fondée sur des formes d'autoévaluation menées par les professionnels, le début des années 2000 a marqué un virage avec l'émergence de régulations externes (diffusion publique de l'information, paiement à la qualité, renforcement des normes) fondée sur les indicateurs. »**

Etienne Minvielle

- ▶ **Une régulation de la qualité dans des systèmes professionnels : entre contrôle et autonomie encadrée.**

REGULATION DE LA QUALITE : MESURES D'HYGIÈNE

▶ Coûts de la NON QUALITE (Infections Associés aux Soins)

- ▶ Augmentation du nombre d'hospitalisation
- ▶ Augmentation de la durée de séjour
 - ▶ Estimation du nombre de jours supplémentaires pour ceux qui ont une IAS
 - ▶ Appréciation de l'imputabilité de chaque journée d'hospitalisation à l'IAS
 - ▶ Comparaison des durées de séjours entre hospitalisation avec IAS et sans IAS
 - ▶ Modélisation (avec régressions logistiques)
- ▶ Consommation et/ou immobilisation de ressources
- ▶ Perte de production

NON QUALITE : COUTS

- ▶ **Impact budgétaire majeur mais ...**
- ▶ **... difficilement mesurable.**

- ▶ **Des études de type « coût-efficacité » cohérentes mais ...**
- ▶ **...très liées aux organisations existantes.**

NON QUALITE : COUTS

- ▶ **De modes de financements, par principe, peu liés à la qualité des soins...**
- ▶ **...À des incitatifs financiers favorables à la qualité.**

Les financements liés à l'activité

Forfait par
séjour (GHS)

Actes externes,

Médicaments,
DMI
(en sus du GHS)

Financements mixtes

Urgence et
Prélèvements organes

Autres financements

Missions
d'Intérêt Général et d'aide à
la Contractualisation
(MIGAC)
Missions d'enseignement, de
recherche, de référence et
d'innovation
(MERRI)

T2A : MODES DE FINANCEMENT



INCITATION

FINANCIÈRE À LA QUALITÉ

#AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

#SÉCURITÉ DES SOINS

La qualité, source de l'excellence de notre système, est au cœur des préoccupations des acteurs du monde de la santé. Malgré cette place incontestable, le système de financement français prenait jusqu'ici peu en compte cette dimension dans le secteur hospitalier alors même qu'un mouvement de niveau international tend à généraliser le paiement à la performance.



intégrer la qualité
dans le système de
financement hospitalier

490

établissements
volontaires
pour la 2^{ème} phase

POURQUOI IFAQ ?

Grâce aux efforts continus portés par les communautés hospitalières, les progrès considérables accomplis sur le champ de la mesure de la qualité et de la sécurité des soins ont permis de bâtir des indicateurs mis à la disposition :

- ▶ **des établissements de santé** pour se comparer entre eux
- ▶ **du grand public** afin de le rendre co-acteur de sa prise en charge.

Ces indicateurs permettent de franchir une nouvelle étape en créant, dans le modèle de financement, un compartiment dédié à l'amélioration de la qualité.

- le contexte contraint dans lequel vivent les établissements de santé français légitime le renforcement de l'attention portée à la qualité.
- le développement des outils de mesure de la qualité développés dans l'ensemble des pays industriels.
- l'introduction de la qualité dans le financement des structures et des acteurs permettra une lisibilité plus importante du mode de paiement à la fois pour les professionnels de santé mais aussi pour les patients.

N°	Composantes
1	Tenue du dossier du patient (TDP)
2	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)
3	Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)
4	Dépistage des troubles nutritionnels (DTN) - Niveau 3
5	Tenue du dossier anesthésique (DAN)
6	Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) - Niveau 2
7	Evaluation du niveau d'informatisation du dossier patient

8	ICALIN 2
9	<p>PEP :</p> <ul style="list-style-type: none"> - critère 1f : Politique et organisation des EPP - critère 8f : Gestion des évènements indésirables - critère 9a : Système de gestion des plaintes et réclamations - critère 13a : Prise en charge et droits des patients en fin de vie - critère 14b : Accès du patient à son dossier - critère 15a: Identification du patient - critère 25a : Prise en charge des urgences et des soins non programmés

Le programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : favoriser la progression des pratiques professionnelles au bénéfice des patients

- ▶ Grands principes de la démarche sont :
 - ▶ utilisation de résultats issus des démarches nationales de mesure de la qualité
 - ▶ mesure de l'excellence (les résultats obtenus) et de l'effort (l'évolution observée) par un score unique, appelé « score IFAQ »
 - ▶ logique uniquement incitative, sans pénalité pour les établissements
 - ▶ rémunération fonction du score et des recettes des établissements.

IFAQ - P4P

PROS AND CONS OF PAY-FOR-PERFORMANCE IN HEALTH CARE

PROS	CONS
Can align the interests of the payers and providers to deliver higher-quality care	Difficult to design programs to encourage intended behavior while preventing unintended behavior such as cheating and avoidance of high-risk patients
Performance bonuses can be invested in efforts to further improve quality	May undermine health care professionals' intrinsic motivation to provide high-quality care
Can focus providers' attention on meeting specific performance targets	May fail to motivate system-level changes to improve population health

SOURCE ANDREW M. RYAN AND RACHEL M. WERNER

HBR.ORG

P4P

MERCI DE VOTRE
ATTENTION