

Campagne tarifaire et budgétaire 2019

Financement Qualité

Dotation IFAQ

La campagne 2019 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. Le financement à la qualité devient un véritable compartiment tarifaire avec une enveloppe portée à 200 millions d'euros pour 2019. Pour accompagner ce changement de paradigme dans le financement à la qualité, le modèle IFAQ a été profondément rénové en 2019.

La présente notice a pour objet de d'apporter les informations explicatives au calcul de la dotation pour la campagne 2019. 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 de votre région concernés par son contenu, 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, et étendu aux établissements de SSR à compter de 2017. 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, l'incitatif financier restait jusqu'alors 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 donc 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 tarifaire avec une enveloppe portée à 200 millions d'euros pour 2019.

Pour accompagner ce changement de paradigme dans le financement à la qualité, le modèle IFAQ a été profondément rénové en 2019. Pour la campagne 2019, le montant de la dotation est versée en une seule fois par la caisse primaire d'assurance maladie.

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 21 février 2019](#). 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 2019, ces modalités ont été définies dans [l'arrêté du 18 juin 2019](#).

En 2019, le dispositif repose sur les principes suivants :

- pour chaque établissement, sont pris en compte les résultats aux indicateurs de qualité fixés dans l'arrêté du 18 juin 2019 et, quand cela est possible, l'évolution de ces résultats par rapport au recueil précédent :
 - pour chaque établissement, sont pris en compte uniquement les indicateurs dont le recueil est obligatoire ;
 - chaque indicateur a un poids identique dans le modèle ;
- les établissements sont comparés entre eux en douze groupes de comparaison constitués au niveau de l'entité géographique, sur la base de critères d'activité de l'année précédente :
 - le volume d'activité relatif à chacun des champs (MCO, SSR, HAD, Dialyse) ;
 - le profil d'activité via le degré de spécialisation des établissements concernant les activités MCO et SSR ;

A partir de la campagne 2019, l'activité des établissements est appréciée au niveau de l'entité géographique. Un site géographique positionné sur différents champs d'activité est classé dans plusieurs groupes de comparaison.

Les douze groupes de comparaisons sont les suivants :

Champ	Critères activité
MCO : Gr 1	établissements réalisant au moins 500 séjours 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 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 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 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 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

* 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 microéconomiques 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.

- l'enveloppe globale (200 millions d'euros) est répartie entre les douze groupes de comparaison au prorata du volume économique de l'activité du groupe ;
- dans chacun de ces groupes, les établissements sont classés entre eux, par indicateur, sur le niveau atteint (les résultats obtenus), et, lorsque cela est possible, sur l'évolution (la progression de ces résultats par rapport au précédent recueil) :
 - Pour le niveau atteint (à l'exception de la certification), les sept premiers déciles d'établissements sont rémunérés ;
 - Pour l'évolution, les établissements avec une évolution positive ou stable sont rémunérés ;
- par indicateur (à l'exception de la certification), la rémunération au titre du niveau atteint pèse pour 60% et la rémunération au titre de l'évolution pèse pour 40%. Pour les indicateurs pour lesquels le calcul de l'évolution n'est pas possible, le niveau atteint vaut 100% de la rémunération ;
- pour la certification, les établissements en A sont rémunérés à 100%, les établissements en B à 66% et les autres établissements ne sont pas rémunérés pour cet indicateur ;
- 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 ;
 - du poids de rémunération de chaque indicateur ;
 - du rapport entre le nombre d'indicateurs rémunérés et le nombre d'indicateurs pour lesquels il y a une obligation de recueil.

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

3. Critères de rémunération des indicateurs

Indicateurs pris en compte

Les indicateurs pris en compte dans le dispositif IFAQ s'inscrivent dans les catégories fixées dans le décret du 21 février 2019 ; 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 2019, les indicateurs sont ceux listés dans l'arrêté du 18 juin 2019. Cet arrêté précise également les périmètres et seuils d'activité régissant les obligations de recueil. 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. Il convient également de noter que les indicateurs utilisés pour le calcul d'IFAQ sont tous soumis à l'obligation de diffusion publique.

La fiche descriptive des IQSS pris en compte dans IFAQ est disponible sur le site internet de la Haute Autorité de Santé (www.has-sante.fr). Chacune de ces fiches précise la construction et les modalités de calcul en fonction du secteur d'activité concerné (MCO, HAD, SSR, PSY).

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). Il en va de même pour les établissements dont les résultats sont invalidés après contrôle de l'ARS. Pour les indicateurs e-Satis, la qualité de la participation de l'établissement au dispositif de recueil de l'expérience et de la satisfaction du patient est appréciée. Ainsi, les établissements dont la régularité et le volume des dépôts d'adresses mails est jugé insuffisant au regard des critères définis par la HAS obtiennent un résultat e-Satis non-validé.

Les indicateurs non applicables pour un établissement (activité non réalisée ou volume d'activité insuffisant), en recueil facultatif, ou en « données insuffisantes » seront considérés « non applicables » (NA). L'établissement ne sera pas pénalisé lors du calcul de sa dotation.

Les indicateurs sont recueillis au niveau de l'entité géographique. L'indicateur « certification » est dupliqué sur l'ensemble des FINESS concernés par la démarche de certification.

Contrôle des indicateurs obligatoires

Dans le cadre des contrôles ARS, une invalidation du recueil d'un ou plusieurs IQSS issus du dossier patient obligatoire, pénalise l'établissement lors du contrôle de sa dotation IFAQ. Il ne peut pas prétendre à une rémunération au titre du (ou des) indicateur(s) concerné(s).

Pour les indicateurs e-Satis, la HAS effectue une analyse de la qualité de la participation des établissements réalisée sur la régularité des dépôts d'adresses mail de patients (au minimum un fichier par mail déposé par mois) et du volume des dépôts (taux de couverture fixé à 10%). En cas de participation insuffisante, l'indicateur est considéré comme non validé.

Niveau de certification

Est pris en compte le niveau de certification le plus récent ayant fait l'objet d'une décision validée par le collège au 30/10/2019.

Seuls les établissements certifiés en A ou en B peuvent prétendre à une rémunération au titre de l'indicateur « certification ». La rémunération est pleine (100%) pour les établissements certifiés en A et aux deux-tiers (66%) pour les établissements certifiés en B.

Une disposition spécifique aux établissements en sursis de certification (D) et non certifiés (E) est définie dans le [décret du 21 février](#). 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.

Annexe 2

MODALITES DE CALCUL DE LA DOTATION

L'ensemble des composantes du modèle a été apprécié au niveau de l'entité géographique¹ : classement par indicateur, activité et volume économique, calcul de la rémunération.

Les établissements sont rémunérés en fonction du nombre d'indicateurs pour lesquels ils figurent parmi les meilleurs (c'est-à-dire quand ils sont classés dans les sept premiers déciles, ou classés A ou B pour la certification, ou avec une évolution positive ou stable pour la partie évolution).

Pour un établissement, la rémunération est proportionnelle à son volume économique. Il reçoit une part de son volume économique s'il est rémunéré sur un indicateur. Le volume économique et les seuils de rémunération des indicateurs sont détaillés par la suite.

Les classements sont établis pour chaque indicateur au sein de chaque groupe de comparaison. Ainsi, pour les indicateurs transversaux (hôpital numérique, ICSHA 3 et certification), un même établissement multi-champs peut être éligible à une rémunération pour chacun des groupes auxquels il est rattaché. Certains indicateurs obligatoires sont pris en compte à la fois sur le niveau atteint et sur l'évolution entre les deux recueils consécutifs.

1. Modalités de fixation du volume économique

Le volume économique correspond à la valorisation de l'activité (PMSI 2018) de l'établissement par les tarifs nationaux² de 2018 pour chaque champ d'activité. Les modalités de calcul par champ d'activité sont les suivantes :

- Champ MCO : valorisation de l'activité 2018 par les tarifs GHS et les suppléments (suppléments au séjour et journaliers hors transports) de 2018.
- Champ HAD : valorisation de l'activité 2018 par les tarifs GHT
- Champ dialyse : valorisation des séances de 2018 par les tarifs GHS et les forfaits D de 2018
- Champ SSR : valorisation de l'activité 2018 par les tarifs GMT de 2018 avec prise en compte de la majoration sur la pédiatrie, du coefficient honoraire et du coefficient de spécialisation³.

2. Modalités de fixation des seuils de rémunération

Trois types d'indicateurs sont pris en compte dans IFAQ 2019 :

- les indicateurs calculés sur l'entièreté des données de l'établissement (Hôpital numérique, ICSHA3)
- les indicateurs calculés sur la base d'un échantillon de dossiers patients (IQSS, E-Satis)
- La certification

¹ Les entités géographiques ont été fixées à la date du 1^{er} Janvier 2019. 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 2019 ne sont pas pris en compte.

² Le coefficient géographique est appliqué sur l'ensemble des champs d'activité.

³ Pour les MECS, c'est la dotation annuelle de financement de 2018 qui est prise en compte.

Liste des indicateurs pour la campagne 2019 :

Indicateurs		Niveau Atteint	Évolution
MCO	qualité de la lettre de liaison à la sortie	X	
MCO-chirurgie ambulatoire	qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire	X	
MCO	Evaluation et prise en charge de la douleur	X	
Consommation de solutions hydro- alcooliques pour l'hygiène des mains		X	
satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO		X	X
satisfaction et expérience des patients hospitalisés en Chirurgie Ambulatoire		X	X
En HAD	Tenue du dossier du patient	X	
	Coordination	X	X
	Dépistage des troubles nutritionnels	X	X
	Evaluation des risques d'escarre	X	X
En SSR	Qualité de la lettre de liaison	X	
	Projet de soin-Projet de vie	X	X
	Evaluation et prise en charge de la douleur	X	
Niveau de Certification		X	
Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées - HN D3.1		X	

Les seuils de rémunération sont estimés en classant dans l'ordre décroissant la valeur de l'établissement (ces valeurs sont explicitées ci-dessous), puis en fixant un seuil tel que 70% des établissements sont rémunérés sur un 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.

Niveau atteint

Pour les indicateurs calculés sur l'entièreté des données de l'établissement, sont rémunérés les établissements appartenant aux sept premiers déciles du classement fait à partir des valeurs brutes de l'indicateur.

Pour les indicateurs du second groupe (calculés sur la base d'un échantillon de dossiers patients), les établissements sont classés en fonction de la borne basse de l'intervalle de confiance associé à l'indicateur, de manière à calculer un seuil tel que 70% des établissements se situent au-dessus de ce seuil. Les établissements ayant un résultat significativement au-dessus du seuil sont rémunérés. Le schéma ci-dessous illustre cette situation :



Niveau évolution

Pour la campagne 2019, l'évolution n'est prise en compte que pour certains indicateurs. Les indicateurs pris en compte sont les indicateurs E-satis sur le champ MCO et certains indicateurs IQSS sur les champs SSR et HAD (indicateurs calculés sur la base d'un échantillon de dossiers patients).

Les établissements sont rémunérés lorsqu'ils ont une évolution stable et positive, ce qui correspond aux flèches telles que définies par la HAS :

- une flèche en hausse indique que le résultat de l'indicateur s'est amélioré de façon statistiquement significative par rapport au recueil précédent ;
- une flèche horizontale indique que le résultat de l'indicateur n'est pas significativement différent par rapport au recueil précédent ;
- une flèche à la baisse indique que le résultat de l'indicateur s'est dégradé de façon statistiquement significative par rapport au recueil précédent

Dans les deux premiers cas l'établissement est rémunéré sur l'évolution pour l'indicateur considéré.

Néanmoins sur les champs SSR et HAD où l'évolution est déterminée uniquement sur certains indicateurs IQSS, les modalités de recueil ayant évolué entre les deux dernières années disponibles des règles de gestion spécifiques ont été prises pour assurer la prise en compte de l'ensemble des résultats:

- recueil de l'année N en FINESS géographique ;
- recueil de l'année N-1 en FINESS PMSI

Ainsi, pour les établissements où le FINESS géographique ne correspond pas au FINESS PMSI (principalement les établissements publics), les flèches de la HAS n'étant pas disponibles, une évolution au niveau du FINESS PMSI a été reconstituée en agrégeant les résultats en année N des différentes entités géographiques rattachées au FINESS PMSI. Cette agrégation a permis la réalisation d'un test statistique⁴ de comparaison du résultat agrégé de l'année N par rapport à celui de l'année N-1, conduisant à l'obtention, au niveau du FINESS PMSI, d'une flèche :

- stable lorsque l'écart de résultat entre les années N et N-1 n'est pas significativement différent de 0 ;
- positive lorsque le résultat en année N est supérieur au résultat en année N-1 et que l'écart est significativement différent de 0 ;
- négative lorsque le résultat en année N est inférieur au résultat en année N-1 et que l'écart est significativement différent de 0.

Comme dans le cas général, une évolution positive ou stable rend éligible à la rémunération sur l'indicateur. Pour les établissements concernés, le résultat de l'évolution déterminée au niveau du FINESS PMSI a été dupliqué sur chacune des entités géographiques appartenant au FINESS PMSI. A noter que cette correction est transitoire puisque pour la campagne 2020, l'ensemble des indicateurs seront recueillis au niveau du FINESS géographique sur les deux dernières années de recueil.

Les établissements en situation de non réponse ou d'invalidation sur l'année N sont exclus d'office de la rémunération liée à l'évolution.

L'évolution n'est pas prise en compte dans le modèle lorsque l'indicateur n'est pas applicable (NA) sur au moins l'une des deux années de recueil ou s'il est en situation de non réponse ou d'invalidation sur l'année N-1.

Certification

Seuls les établissements certifiés en A ou en B peuvent prétendre à une rémunération au titre de l'indicateur « certification ».

⁴ Test de Student si le nombre de dossiers est supérieur ou égal à 30 les deux années, Test exact de Fisher si le nombre de dossiers est compris entre 10 et 30 sur au moins une des deux années.

3. Calcul de la rémunération

Poids des rémunérations par indicateur

Le poids de rémunération pour chaque indicateur est réparti de la manière suivante :

Pour les indicateurs où l'évolution n'est pas prise en compte, le poids de la rémunération par indicateur est de :

- 100% si l'établissement est au-dessus du seuil de rémunération (fixé par indicateur pour rémunérer 70% des établissements) pour le niveau atteint
- 0% si l'établissement est en dessous du seuil de rémunération ou non répondant pour le niveau atteint.

Pour les indicateurs où l'évolution est prise en compte, alors le poids de la rémunération par indicateur est de :

- 100% si l'établissement est rémunéré à la fois sur le niveau atteint et sur l'évolution
- 100% si l'établissement est rémunéré sur le niveau atteint mais que l'évolution n'est pas applicable
- 60% si l'établissement est rémunéré sur le niveau atteint mais pas sur l'évolution
- 40% si l'établissement est rémunéré sur l'évolution mais pas sur le niveau atteint
- 0% si l'établissement n'est rémunéré ni sur le niveau atteint, ni sur l'évolution

Si l'indicateur est non applicable sur le recueil de l'année N, il n'est pas pris en compte dans le modèle.

La rémunération pour la certification n'est pas issue d'un classement des établissements. Un établissement est rémunéré à 100% sur cet indicateur s'il est certifié en A, au 2/3 s'il est certifié en B, et non rémunéré au titre de cet indicateur dans les autres cas.

Modalités de calcul de la rémunération

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

- de l'enveloppe attribuée du groupe de comparaison ;
- du volume économique de l'établissement ;
- du poids de rémunération de chaque indicateur ;
- du rapport entre le nombre d'indicateurs rémunérés et le nombre d'indicateurs pour lesquels il y a une obligation de recueil.

En effet comme tous les établissements d'un même groupe ne sont pas concernés par tous les indicateurs, la rémunération totale est ajustée en fonction du nombre d'indicateurs applicables pour chaque établissement (afin de ne pas pénaliser les établissements avec peu d'indicateurs⁵).

Au final, la rémunération d'un établissement au sein d'un groupe de comparaison s'obtient à partir de la formule suivante :

$$\text{Rémunération}_{ES} = VE_{ES} \times \text{taux_rémunération}_{\text{groupe}} \times \frac{\text{score de rémunération}_{ES}}{\text{nombre d'indicateurs recueillis}_{ES}}$$

où :

- « VE_{ES} » représente le volume économique de l'établissement.
- « $\text{taux_rémunération}_{\text{groupe}}$ » représente le taux de rémunération dans le groupe
- « $\text{score de rémunération}_{ES} = \sum_i \text{indicateur}_i \times \text{poids de rémunération}_i$

⁵ Dans ce cas, un établissement qui ne fait pas de chirurgie n'est pas pénalisé par le non recueil des indicateurs de chirurgie.

- « nombre d'indicateurs recueillis_{ES} » = nombre d'indicateurs à recueillir, c'est-à-dire hors « non applicable » ;

Le score de rémunération de l'établissement correspond à la somme du nombre d'indicateurs rémunérés pondérés par le poids de rémunération (40, 60% ou 100%).

Le taux de rémunération du groupe de comparaison correspond à la valeur unitaire de rémunération du groupe permettant de respecter l'enveloppe attribuée initialement au groupe. Il est le rapport entre la dotation initialement attribué au groupe et le volume économique du groupe, ce dernier étant pondéré par établissement par le rapport entre le score de rémunération et le nombre d'indicateurs applicables. Cette pondération est réalisée afin d'attribuer le même taux de rémunération entre deux établissements avec le même score de rémunération indépendamment du nombre d'indicateurs applicables (afin de ne pas pénaliser les établissements avec un faible nombre d'indicateurs applicables). La formule de calcul est la suivante :

$$\text{taux_rémunération}_{\text{groupe}} = \frac{\text{Enveloppe}_{\text{groupe}}}{\sum \left(V_{ES} \times \frac{\text{Score de rémunération}_{ES}}{\text{Nombre d'indicateurs recueillis}_{ES}} \right)}$$

4. Exemple

Exemple Calcul taux de rémunération et primes ES

Prenons l'exemple d'un groupe de comparaison avec 10 établissements. L'enveloppe associée au groupe est de 100 000€.

FINESSE	VE	Certif.	Coeff. Certif :	Indic 1	Indic 2	Indic 3	Indic 4	Indic 5 niveau atteint	Indic 5 évo	Indic 6	Score de rémunération	Nb indicateurs applicables
1	400 000	A	1	1	1	1	1	0,6	0,4	1	7,00	7
2	400 000	A	1	1	1	1	1	0,6	0,4	NA	6,00	6
3	400 000	A	1	1	1	1	1	1	NA	1	7,00	7
4	400 000	A	1	1	1	1	1	0,6	0	1	6,60	7
5	290 000	A	1	0	1	0	NA	0	0,4	1	3,40	6
6	400 000	B	0,67	1	1	1	1	0,6	0,4	1	6,67	7
7	250 000	B	0,67	1	0	NA	NA	1	NA	0	2,67	5
8	175 000	B	0,67	0	0	1	0	1	NA	0	2,67	7
9	50 000	B	0,67	0	1	0	1	0	0,4	0	3,07	7
10	150 000	C	0	1	0	0	1	0	0	1	3,00	7

- Calcul du taux de rémunération du groupe, « $\text{taux_rémunération}_{\text{groupe}}$ » :

$$\begin{aligned}
 &= \frac{100\,000}{\left(400\,000 \times \frac{7}{7}\right) + \left(400\,000 \times \frac{6}{6}\right) + \left(400\,000 \times \frac{7}{7}\right) + \left(400\,000 \times \frac{6,6}{7}\right) + \left(290\,000 \times \frac{3,4}{6}\right) + \left(400\,000 \times \frac{6,67}{7}\right) + \dots} \\
 &\quad \dots + \left(250\,000 \times \frac{2,67}{5}\right) + \left(175\,000 \times \frac{2,67}{7}\right) + \left(50\,000 \times \frac{3,07}{7}\right) + \left(150\,000 \times \frac{3}{7}\right) \\
 &= 0,042 \\
 &= 4,2 \%
 \end{aligned}$$

- Calcul de la dotation totale IFAQ par établissement :

- o Etablissement 1 : $\text{Rémunération}_1 = 400\,000 \times 0,042 \times \frac{7}{7} = 16\,604 \text{ €}$
- o Etablissement 2 : $\text{Rémunération}_2 = 400\,000 \times 0,042 \times \frac{6}{6} = 16\,604 \text{ €}$
- o Etablissement 3 : $\text{Rémunération}_3 = 400\,000 \times 0,042 \times \frac{7}{7} = 16\,604 \text{ €}$
- o Etablissement 4 : $\text{Rémunération}_4 = 400\,000 \times 0,042 \times \frac{6,6}{7} = 15\,655 \text{ €}$
- o Etablissement 5 : $\text{Rémunération}_5 = 290\,000 \times 0,042 \times \frac{3,4}{6} = 6\,821 \text{ €}$
- o Etablissement 6 : $\text{Rémunération}_6 = 400\,000 \times 0,042 \times \frac{6,67}{7} = 15\,821 \text{ €}$
- o Etablissement 7 : $\text{Rémunération}_7 = 250\,000 \times 0,042 \times \frac{2,67}{5} = 5\,542 \text{ €}$
- o Etablissement 8 : $\text{Rémunération}_8 = 175\,000 \times 0,042 \times \frac{2,67}{7} = 2\,771 \text{ €}$
- o Etablissement 9 : $\text{Rémunération}_9 = 50\,000 \times 0,042 \times \frac{3,07}{7} = 910 \text{ €}$
- o Etablissement 10 : $\text{Rémunération}_{10} = 150\,000 \times 0,042 \times \frac{3}{7} = 2\,668 \text{ €}$

- Calcul de la dotation par indicateur, exemple établissement 9 :

$$\frac{\text{Rémunération}_{ES}}{\text{Score rémunération}_{ES}} = VE_{ES} \times x_{\text{groupe}} \times \frac{1}{\text{Nombre d'indicateurs applicables}_{ES}}$$

FINESS	VE	Certif.	Coeff. Certif.	Indic 1	Indic 2	Indic 3	Indic 4	Indic 5 niveau atteint	Indic 5 évo	Indic 6	Nb rémunérés	Nb recueillis	dotation
9	50 000	B	0,67	0	1	0	1	0	0,4	0	3,07	7,00	910

$$\frac{VE_9 * x_{groupe}}{\text{Nombre d'indicateurs applicables}_9} = \frac{50\,000 \times 0,042}{7} = 296 \text{ €}$$

L'établissement 9 reçoit en moyenne 296 € par indicateur. Afin de connaître la valeur financière de chacun de ses indicateurs, nous devons prendre en compte le poids associé à chacun de ses indicateurs :

$$\text{Valeur financière}_{\text{indicateur}} = \frac{VE_9 * x_{groupe}}{\text{Nombre d'indicateurs applicables}_9} \times \text{poids}_{\text{indicateur}}$$

- Valeur financière de l'indicateur :
 - certification : $296 \times 0,67 = 199 \text{ €}$
 - n°1 : $296 \times 0 = 0 \text{ €}$
 - n°2 : $296 \times 1 = 296 \text{ €}$
 - n°3 : $296 \times 0 = 0 \text{ €}$
 - n°4 : $296 \times 1 = 296 \text{ €}$
 - n°5 atteint : $296 \times 0 = 0 \text{ €}$
 - n°5 évolution : $296 \times 0,4 = 119 \text{ €}$
 - n°6 : $296 \times 0 = 0 \text{ €}$