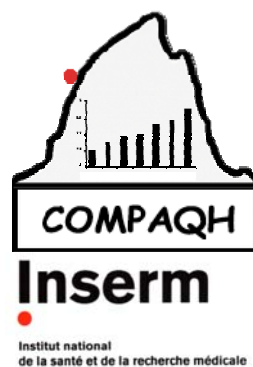




Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : État des lieux et Perspectives

Juillet 2008



Note de synthèse

Dans le cadre du projet COMPAQH (INSERM), un séminaire a été conjointement organisé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), l'Assurance-Maladie (CNAMTS) et la Haute Autorité de Santé (HAS), le 6 février dernier sur le thème de la rémunération à la performance.

Ce rapport se situe dans le prolongement de ce séminaire. Il est proposé dans un premier temps de faire un bref rappel de l'état des lieux des initiatives étrangères, le rapport de l'IGAS abordant déjà ce sujet. A partir de cet état des lieux, dix principes sont proposés afin d'accompagner l'éventuel développement de cette forme de rémunération en France. Ces principes constituent une source de propositions, et un support au débat que tous les acteurs concernés dans le système de soins par cette question peuvent légitimement revendiquer. La bibliographie sur laquelle s'appuie ce rapport représente également une source d'information.

Concernant le terme « paiement à la performance », (Paying For Performance ou « P4P » en anglais), il est utilisé dans le rapport puisqu'il est devenu le terme consacré dans la majorité de la littérature. Cependant, il fait débat. La performance couvre un champ très large allant de la qualité, en passant par les coûts et l'efficacité, les délais et la satisfaction du patient. Or, comme les initiatives sont principalement centrées sur la qualité, certains considèrent plus logique de parler de « paiement à la qualité ».

Etat des lieux

Aux Etats-Unis, plus de 100 initiatives sont identifiables, émanant essentiellement du secteur assurantiel privé, représentant 50 millions d'assurés, et concernant isolément ou d'une manière associée, des groupes de médecins (51%), des médecins individuels (28%), ou des établissements de santé (21%).

Dans le secteur public, Medicare (Centre for Medicare and Medicaid Services, CMS), organisme public d'assurance maladie couvrant les personnes âgées, a lancé depuis 2004 différentes expérimentations concernant tant le secteur hospitalier que des groupes de médecins. A la demande du congrès américain, CMS prépare l'incorporation du « P4P » dans le système de rémunération affectant l'ensemble des 42 millions d'assurés.

En Grande Bretagne, le British National Health Service a lancé en avril 2004 le programme « Quality & Outcomes Framework » concernant l'ensemble de 53 millions patients enregistrés parmi les 8.400 groupes de médecins de famille (n=25.500). Celui-ci a provoqué une amélioration apparente de la qualité des pratiques professionnelles (jugée à partir d'une évaluation de 146 indicateurs couvrant différentes conditions cliniques, l'expérience des patients, des aspects préventifs, organisationnels, d'utilisation des ressources et de développement des systèmes d'information). 3,2 milliards de dollars ont été alloués à ce programme, donnant aux médecins la possibilité d'améliorer leurs revenus de 25% en moyenne (40.000 dollars en plus par médecin et par an). D'autres pays ont emboîté le pas plus récemment.

Dans ces initiatives, la nature des incitations varie. Elle peut être positive (le plus souvent), ou assortie de pénalités, traduisant en règle générale une augmentation des revenus des médecins ou des budgets hospitaliers. Ces raisonnements s'établissant sous contrainte financière forte, la plupart des initiatives souligne que l'investissement en cas d'incitation positive peut être financièrement neutre pour le régulateur (par exemple, en modulant les systèmes de paiement existants), voire assurer un retour d'investissement à moyen terme (par exemple, en réduisant

les gaspillages associés à des hospitalisations injustifiées médicalement, ou dus à des défauts de qualité qui auraient pu être évités).

Ces initiatives convergent pour montrer un réel impact en matière d'amélioration de la qualité, quoique parfois modeste, sans doute faute d'un recul suffisant. Elles soulignent également des effets inattendus (principalement, des biais de sélection dans la population éligible : des patients aux conditions socio-économiques précaires rendant l'objectif de performance plus difficile à atteindre ne sont pas inclus, au risque de creuser des inégalités ; mais aussi, un investissement dans les systèmes d'information). Notons enfin qu'en Grande Bretagne, les résultats à la fin de la première année ont montré une réponse très élevée à l'incitation : au lieu des 75% attendus, près de 97% des médecins ont atteint les objectifs des indicateurs, le programme coûtant finalement 900 millions de dollars de plus que prévu.

Dix principes

On peut voir plusieurs arguments au fait d'aborder la question de la rémunération à la performance en France, maintenant. Le premier est la recherche de nouvelles formes d'incitation de la part des pouvoirs publics en matière d'amélioration de la qualité. Les dernières années ont été marquées par le développement des classements avec le tableau de bord des infections nosocomiales et la création du site Platines au Ministère. Il y a une certaine logique à poursuivre ces développements, et à considérer cette rémunération à la performance comme une étape supplémentaire, tel que cela s'observe dans d'autres pays. Le second a trait à une relative insatisfaction des modes de paiement existants en matière de reconnaissance du travail accompli. Comme peuvent le dire certains professionnels «que l'on soit bon ou mauvais, la rémunération est la même ?». Le troisième argument représente plutôt la levée d'une contrainte par rapport à ce type de démarche. L'investissement dans la qualité ne constitue pas forcément un pari perdu en termes de réduction des coûts. Différentes études montrent que l'investissement dans l'amélioration de la qualité peut largement être compensé par les retombées en termes d'hospitalisation évitées ou de soins non prescrits (à cet égard, les figures proposées en annexe de ce rapport illustrent un mode de raisonnement habituel dans les pays anglo-saxons). Le quatrième argument est d'ordre technique. Le développement des mesures de la qualité est désormais possible. Le projet COMPAQH développe des indicateurs pour le compte des pouvoirs publics. D'autres études sont en cours. Ces expériences sont ensuite relayées à grande échelle tant au niveau du ministère de la santé que de la Haute Autorité de Santé, en lien avec l'Agence Technique de l'Information Hospitalière. Enfin, cinquième argument, le contexte de réformes du financement des médecins de ville, comme de l'hôpital, semble s'ouvrir à l'hypothèse d'une mixité de rémunération dans laquelle ce type de paiement pourrait s'inscrire. Plusieurs mécanismes de paiement décrits dans ce rapport montrent d'ailleurs que le sujet n'est pas vierge de considérations en France. L'ensemble donne au final un contexte « à l'écoute ».

Les dix principes proposés se réfèrent aux phases de conception (principes 1 à 5 inclus), de mise en œuvre (principes 6 à 9) et d'évaluation des démarches de rémunération à la performance (principe 10). Ils s'appuient sur les constats observables dans les démarches engagées au sein des autres pays. Notons qu'une vigilance d'ordre éthique est de mise dans toutes les initiatives sur le sujet. Elle se retrouve dans la plupart des dix principes.

- *Principe 1. Garantir une expertise sur les indicateurs*

La rémunération à la performance s'appuie sur une évaluation fondée sur des indicateurs. Ce principe vise à souligner : le nécessaire besoin de validité scientifique de ces derniers ; la clarté dans les objectifs qui sont poursuivis ; la mise en place d'un contrôle sur la fiabilité des

données afin de réduire les risques de contournement du système (« gaming » en anglais) ; et la nécessaire implication des professionnels dans leur construction.

- Principe 2. Établir des priorités dans l'application de l'incitation

Le second principe vise à établir des priorités dans l'application de l'incitation. Ces priorités sont notamment de :

- favoriser des modes de travail coopératifs, notamment dans la réorganisation de l'offre de soins de premier recours (en favorisant les regroupements médicaux, et d'autres professionnels de santé, au sein de cabinets et de maisons de santé) ;
- valoriser autant l'effort que le résultat ;
- cibler prioritairement des domaines de la qualité des soins, notamment la prévention et la coordination des soins dans le cas des affections de longue durée ;
- réduire les inégalités en modulant l'incitation selon la population considérée (critères socio-économique et géographique).

- Principe 3. Être incitatif sous contrainte de ressources

Le troisième principe vise à concilier le fait de privilégier une incitation suffisamment attractive, et une contrainte de ressources qui limite l'investissement financier. Cet investissement nécessaire au lancement d'une démarche de rémunération à la performance peut s'envisager par trois canaux mutuellement complémentaires : la modulation des modes de rémunération existants, un système de redistribution entre professionnels qui rend l'investissement nul, ou le développement de financements nouveaux.

- Principe 4. Mixer cette rémunération avec les autres modes de paiement

Ce quatrième principe vise à inscrire la rémunération à la performance en lien avec les autres systèmes de paiement, tant à l'hôpital qu'en médecine de ville. Autrement dit, la rémunération à la performance ne peut être le seul mode de rémunération des professionnels ou des établissements de santé (il représente, par exemple, 30% dans le cas anglais).

- Principe 5. Associer la rémunération à la performance à d'autres incitations à la qualité

La rémunération à la performance n'est pas la seule réponse possible pour améliorer et rendre homogène la qualité. A cet égard, elle doit être considérée en relation avec d'autres incitations visant à améliorer la qualité, notamment l'association avec la diffusion publique de l'information (par exemple sous forme de classement). Par ailleurs, la faisabilité de la rémunération à la performance suppose de l'inscrire dans les supports contractuels existants.

- Principe 6. Établir un dialogue avec les professionnels/patients

La confiance dans ce dialogue se fonde sur : la participation des professionnels dès la phase de conception du dispositif, et la transparence dans le développement des indicateurs.

Ce dialogue avec des professionnels peut s'envisager sous la forme de consultation préalable (enquête, agora forum sur site internet), ou d'étude d'impact.

- Principe 7. Développer l'infrastructure informationnelle nécessaire

Le développement d'un système d'information performant est nécessaire afin de maximiser la fiabilité et l'exhaustivité des données recueillies.

- Principe 8. Établir une phase d'expérimentation

Ce principe vise à favoriser l'expérimentation dans des délais acceptables pour le réformateur.

- Principe 9. Établir une lecture collective des initiatives

Ce principe préconise une lecture collective entre les différentes institutions impliquées dans la montée en charge des initiatives.

- Principe 10. Évaluer l'action publique et animer la recherche

Ce dixième principe vise à rassembler suffisamment d'éléments de preuve sur l'efficacité des politiques mises en œuvre dans le domaine de la rémunération à la performance (ou « evidence-based policy »). S'il existe des convictions sur le bien fondé d'une telle rémunération, peu de preuves de son efficacité réelle existent à ce jour, probablement faute d'un recul suffisant. Les critères d'évaluation principaux sont l'impact sur la qualité des soins et l'efficacité, l'observation d'effets inattendus ; l'impact sur les dépenses du régulateur, et l'adhésion des professionnels.

Conclusion

Comme tout nouveau thème, la rémunération à la performance interroge, voire véhicule certaines inquiétudes, relayée en cela par des résultats pour l'instant somme toute modestes. En même temps, le nombre des initiatives se multiplie dans des pays aux systèmes de santé pourtant différents. La rémunération y prend des formes très contrastées, valorisant par exemple les meilleurs en terme de résultat ou ceux qui ont accompli le plus grand effort. Il semble que la question qui se pose est, plus que d'être pour ou contre la rémunération à la performance, de comprendre comment la décliner dans une régulation plus large de l'amélioration de la qualité et de la recherche d'efficacité. Dans tous les cas, un besoin d'explication et d'échange avec les professionnels apparaît indispensable. Il permettrait de mieux saisir les enjeux de cette nouvelle forme de rémunération dans le contexte français, et son degré d'acceptabilité, selon les principes retenus, par les professionnels.

Rémunération à la Performance

La Rémunération à la Performance, tant des médecins de ville que des établissements de santé, est à l'ordre du jour. Les initiatives se multiplient dans les pays étrangers, dans des contextes différents, notamment aux États-Unis ou au Royaume-Uni. On évoque alors le « Paying for Performance » (dénommé par le sigle « P4P »).⁽¹⁻³⁾ En France, un rapport de l'IGAS sur les enseignements des expériences étrangères sur la rémunération des médecins selon leurs performances vient de paraître.

Dans le cadre du projet COMPAQH (INSERM), un séminaire a été conjointement organisé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), l'Assurance-Maladie (CNAMTS) et la Haute Autorité de Santé (HAS), le 6 février dernier.⁽⁴⁾

Ce rapport se situe dans le prolongement de ce séminaire. Il est proposé dans un premier temps de faire un bref rappel de l'état des lieux, le rapport de l'IGAS abordant déjà ce sujet. Le but principal de ce rapport est d'établir des principes, à partir des expériences internationales, en appui des initiatives de rémunération à la performance développées en France. Ces principes constituent une source de propositions, et un support au débat que tous les acteurs concernés dans le système de soins par cette question peuvent légitimement revendiquer. La bibliographie sur laquelle s'appuie ce rapport représente également une source d'information.

Concernant le terme « paiement à la performance », il sera utilisé dans le reste du rapport puisqu'il est devenu le terme consacré par la majorité de la littérature. Cependant la performance couvre un champ très large allant de la qualité, en passant par les coûts, les délais, et allant jusqu'à la satisfaction du consommateur. Dans ce sens, et dans un premier temps il serait préférable de parler de « paiement à la qualité », puisque les initiatives actuelles sont centrées sur la qualité uniquement, et n'abordent que peu les autres aspects. Il est d'ailleurs important de noter qu'une amélioration de la performance ne passe pas forcément par une amélioration de la qualité qui est pourtant notre sujet principal. Il faut donc garder à l'esprit qu'à chaque fois que le terme performance apparaît il faut le voir en priorité comme centré sur la partie qualité.

État des lieux

Si l'on se fie à la littérature produite sur le sujetⁱ, le thème de la rémunération à la performance fait l'objet d'un intérêt considérable. Les États-Unis^(3; 5-9), et la Grande Bretagne^(1; 10-14), au regard de l'ampleur de leurs initiatives, font état de leaders. Mais d'autres pays occidentaux emboîtent le pas. Il s'agit notamment du Canada⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, de l'Australie⁽³⁾, de la Nouvelle-Zélande⁽¹⁸⁾, d'Israël⁽¹⁹⁾ et des Pays-Bas⁽²⁰⁾. En Allemagne, le comité consultant le Ministre de la Santé (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – SVR) a également donné des recommandations pour le lancement de projets pilotes afin d'envisager l'adaptation dans le contexte allemand de la rémunération à la performance.⁽²¹⁾ Différents pays émergents ne sont pas en reste, comme par exemple, le Rwanda, Haïti, Costa Rica, et le Nicaragua.^(22; 23)

ⁱ Nous avons identifié que sept articles étaient parus chaque semaine sur ce sujet durant le premier trimestre 2008.

Notre approche se fonde sur l'analyse des cas américain et britannique. Non seulement, comme on l'a dit, ils sont le lieu des initiatives les plus conséquentes, mais ils ont en plus l'intérêt de représenter des contextes d'application assez différents.

Le cas britannique

En Grande Bretagne, le British National Health Service a introduit le P4P en avril 2004 à travers le programme « Quality & Outcomes Framework » (QOF), accompagné dans le même temps par une volonté d'augmenter significativement le budget de la médecine de ville. Il concerne les 8.400 médecins de famille qui travaillent en groupe au sein du Royaume-Uni, couvrant ainsi l'ensemble de 53 millions patients.^(1; 10)

Le cas américain

Aux Etats-Unis, les initiatives se multiplient : 150 promoteurs ont lancé plus de 250 différents programmes de P4P en 2007.^(2; 3; 5) En représentant plus de 50 millions d'assurés,^(3; 24) ces programmes sont menés essentiellement par des assureurs privés (62%)⁽⁵⁾ mais également dans le secteur public par CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services)⁽⁸⁾.

Dans le secteur privé, la plupart des initiatives sont conduites par des assurances privées ou «Health Plans». En 2006, plus de la moitié des HMOs (Health Maintenance Organizations) avait inclus des initiatives de rémunération à la performance dans leurs contrats avec les professionnels médicaux. Ces initiatives concernaient aussi bien l'hôpital (38%) que les professionnels (90%).⁽²⁵⁾ L'expérience de l'Integrated Healthcare Association (IHA) en Californie, la plus grande initiative privée américaine qui comprend 7 « Health Plan », a mis en place en 2003 un système de P4P au niveau des cabinets médicaux concernant 12 millions d'assurés et 228 groupes de médecins, représentant 40.000 médecins.^(9; 26) Les programmes Bridges To Excellence (BTE)ⁱⁱ conçus comme les programmes IHA à partir de l'expertise de la NCQA (National Committee for Quality Assurance) concernent trois domaines : les pathologies cardiaques, le diabète et la gestion du patient par le médecin généraliste. BTE est un programme couvrant plusieurs Etats et de multiples organisations dont le but est de promouvoir l'amélioration de la qualité aux travers de notions telles que la sécurité des soins, l'efficacité, l'efficience et la nécessité que le patient soit au centre des préoccupations.⁽²⁷⁻²⁹⁾

Dans le secteur public, CMS/Medicare a lancé depuis 2004 différents projets pilotes ciblant aussi bien les hôpitaux, les médecins, les groupes de médecins, que la gestion des maladies chroniques et de la filière de soinsⁱⁱⁱ. Actuellement, à la demande du congrès, CMS prépare l'incorporation de P4P dans son système de rémunération affectant enfin l'ensemble des 42 millions d'assurés.^(30; 31) Les initiatives publiques au sein de CMS/Medicaid sont également nombreuses puisqu'en fin 2006 plus de la moitié des états américains avaient un programme de P4P.^(28; 32; 33) Une étude au sein des structures de Medicaid constate que dans les 5 prochaines années, 85% de toutes ses agences vont lancer un programme P4P.⁽³³⁾

Ces contextes, qui sont différents de l'organisation des soins en France, représentent une limite évidente du transfert direct de ces nouveaux modes de paiement. Il est cependant possible d'identifier des points-clé incontournables dans leur mise en œuvre et leur évaluation. C'est à partir de cette description par points-clé que peut s'envisager un examen critique de la rémunération à la performance. C'est aussi à partir d'elle que peut se développer le raisonnement au niveau national. Ces points-clé sont : la cible, médecins ou

ⁱⁱ <http://www.bridgestoexcellence.org/> [Bridges to Excellence Website: Rewarding quality across the healthcare system]

ⁱⁱⁱ <http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?counter=1343> [CMS Website: Medicare "Pay for Performance (P4P)" Initiatives]

établissements de santé, les indicateurs en support, le rapport coût-efficacité des dispositifs mis en œuvre (c'est-à-dire combien cela coûte d'inciter financièrement et quelle amélioration on observe en retour), et enfin l'objectif de régulation poursuivi.

1) Quatre Points clés

(i) La Cible

Dans un premier temps, se pose la question de savoir à qui doit s'adresser le P4P. En général, elle peut se situer à différents niveaux ⁽³⁴⁾ :

(a) Au niveau des professionnels

Un programme de P4P peut cibler soit l'aspect collectif, soit l'aspect individuel.

Le cas américain est pour sa part assez morcelé : il concerne des groupes de médecins (51%), des médecins individuels/spécialistes (28%) mais également des hôpitaux (21%).⁽⁵⁾ Par exemple l'expérience de l'IHA en Californie se concentre sur des cabinets médicaux incluant plusieurs médecins^(9; 35) alors que les programmes BTE s'adressent quant à eux aussi bien au médecin individuel qu'au groupe.^(28; 29) Medicare conduit une des deux principales initiatives dans le secteur hospitalier (260 hôpitaux) ainsi qu'une autre concentrée sur des groupes de médecins (n=2000)^{iv}.^(8; 36; 37) La majorité des expériences de Medicaid concerne la médecine de proximité.^(28; 32; 33)

Le cas britannique ne concerne que les cabinets de généralistes. Il se compose d'un unique système mis en place par le ministère de la santé à travers un contrat entre les « Primary Care Trust »^v et les cabinets. Ce contrat permet un paiement supplémentaire pour les cabinets s'ils remplissent un objectif de résultats mesurés à partir d'indicateurs^{vi}.⁽¹⁴⁾

(b) Au niveau des patients

Aux Etats-Unis, la possibilité d'intégrer l'assuré dans le P4P via des incitations financières voit également le jour.⁽³⁸⁾ Une étude récente a montré que l'on pouvait influencer le comportement des consommateurs de santé par des compensations financières.⁽³⁹⁾ Par ailleurs, dans le contexte de l'assurance maladie américaine, qui se caractérise par des coûts d'assurance élevés (environ 9.000 euros pour une famille de 4 personnes) et en forte croissance (+6,9% en 2007)⁽⁴⁰⁾, des diminutions de la prime d'assurance peuvent avoir des effets positifs sur la qualité de prise en charge et les coûts⁽⁴¹⁾. La possibilité de moduler la prime payée par les assurés pour qu'ils choisissent un fournisseur de santé de qualité est née de ces deux constatations. La notion de « Premium-Tiered Health Plan » désigne une assurance qui, à partir d'un classement de fournisseurs de santé, récompenserait l'assuré qui en choisirait un dans le meilleur tiers, en diminuant sa prime.⁽⁴²⁾

^{iv} Concernant ces initiatives, il s'agit de « Premier Hospital Quality Incentive Demonstration » et de « Physician Group Practice Demonstration » du CMS Centers for Medicare and Medicaid Services.

^v Les « Primary Care Trust » sont chargés au niveau local d'organiser les soins et les politiques de santé publique.

^{vi} La rémunération des cabinets de généraliste au Royaume-Uni se fait à partir de ce contrat. Elle est à la capitation, ajustée sur des facteurs permettant de prendre en compte la difficulté de prise en charge des patients.

(ii) Les indicateurs

(a) Les domaines

Les domaines mesurés sont variés au travers des différentes expériences (Annexe 1). Les indicateurs utilisés peuvent être relatifs au patient : clinique (incluant la prévention), sécurité du patient, expérience du patient, mais également à l'organisation du système : utilisation des ressources, systèmes d'information et gestion/organisation des services (souvent nommés dans ce cas « administration »).^(3; 24; 43-45)

Aux États-Unis, les initiatives renvoient à des approches assez variées.⁽²⁴⁾

Dans l'expérience britannique, les indicateurs sont centrés sur différents domaines de la qualité (par exemple les résultats cliniques dans le cas des maladies chroniques, la satisfaction du patient, l'organisation des soins) par un mélange d'indicateurs de structure, de processus ainsi que de résultats.⁽⁴³⁾ L'absence d'indicateurs d'utilisation des ressources s'explique par le fait que la question de la réduction des coûts est prise en considération par le paiement à la capitation et par un dispositif parallèle dit « practice-based commissioning » pour les soins secondaires.^(32; 46)

(b) Le recueil

La méthode de récupération des données diffère selon les programmes. Ces données peuvent être extraites à partir d'un tirage au sort de dossiers patients.

Pour le programme de l'IHA aux États-Unis, le choix a été fait de récupérer toutes les données via un système d'information électronique.⁽⁴⁷⁾

Notons également que l'expérience britannique s'appuie sur un nombre conséquent d'indicateurs (n=146). Il semble que ce nombre d'indicateurs élevé associé à une incitation financière importante ait poussé les cabinets britanniques à investir d'une manière significative dans leur système d'information et à allouer du temps à ces recueils.⁽¹⁾

Notons enfin que le P4P est l'occasion pour les programmes de promouvoir, à travers le principe du recueil, les systèmes d'information (SI) comme c'est le cas pour IHA⁽⁴⁸⁾, avec des indicateurs d'utilisation des SI ou bien Medicaid avec le « pay for participation »⁽³³⁾ d'autant que de nombreux observateurs sont convaincus que les SI peuvent améliorer la qualité des soins et la mesure de celle-ci^(49; 50)

(iii) Le rapport coût-efficacité

(a) Coût et nature de l'incitation

- Coût pour le payeur

Aux États-Unis, il est difficile de donner une lecture synthétique du coût des programmes P4P tant les démarches sont hétérogènes.⁽²⁾ Deux exemples cependant, l'un dans le secteur assurantiel privé, et l'autre relevant du secteur public avec Medicare, permettent de donner quelques repères. Dans le cas de Blue Cross Blue Shield (BCBS), un des plus grands assureurs nord-américain, l'expérience dans l'État du Massachusetts coûte annuellement 95 millions de dollars.⁽²⁾ L'expérience de Medicare, à un stade expérimental, a un coût de 8.5 millions de dollars par an (plus de \$24.5 millions sur les trois ans). Il s'agit bien dans ce dernier cas du financement d'une phase expérimentale sachant que la généralisation est prévue en 2009.^(30; 37; 51)

Au Royaume-Uni, le cas est plus édifiant. En effet, la démarche de P4P a démarré en 2004 sans expérimentation. Une échelle de points attribués aux médecins a été définie en fonction d'hypothèses sur les objectifs atteints en matière de performance pour chaque indicateur. Il semble que les hypothèses ont sous-évalué la performance initiale puisque les résultats ont largement dépassé les prévisions. Au final, le coût total de l'investissement a été de 3.2 milliards de dollars, débordant de 2,3 milliards de dollars l'enveloppe initiale.^(1; 6; 14) Cependant le programme anglais a coïncidé avec la volonté du gouvernement d'augmenter substantiellement les revenus des médecins.⁽⁶⁾

- Niveau

Ce coût est subordonné à la nature de l'incitation mise en place. Sur le principe, celle-ci peut être positive, négative, ou constituée par un système de redistribution qui aboutit à un jeu à somme nulle.⁽⁴⁴⁾

Dans le cas britannique, l'incitation mise en place a été de nature positive. Elle a représenté une augmentation moyenne des rémunérations existantes de l'ordre de 25%⁽¹⁾ (ce qui correspond à un revenu supplémentaire annuel de l'ordre de 40.000 dollars en 2005 et 2006 pour un revenu global d'environ 125.000 dollars^(1; 6)).

Aux États-Unis, les démarches observables dans le secteur privé montrent en moyenne une incitation positive de 2 à 5% avec un minimum de 1% et un maximum de 10%.^(2; 6; 24; 29; 33; 37; 52)

Cependant dans la plupart des programmes récents aux États-Unis, l'incitation est petite et unilatérale, de ce fait elle est insuffisante pour motiver des changements importants⁽⁵⁰⁾. Ce phénomène devrait pourtant être contrebalancé par le problème des payeurs multiples qui caractérise le système américain, où les médecins ont un contrat avec une kyrielle d'assurances, chacune pouvant avoir leur propre programme de P4P. En effet les incitations mises en place par une assurance doivent représenter une grande part du remboursement qu'elle effectue aux praticiens pour aboutir à une somme élevée, et donc une incitation importante, d'autant qu'une étude récente montre que les médecins s'alignent en général sur le plus gros payeur.⁽⁵⁰⁾

Quoi qu'il en soit, l'incitation est le plus souvent positive, et la pénalité semble devenir moins fréquente bien qu'elle représente encore le deuxième type d'incitation dans les initiatives de Medicaid.⁽³³⁾ Une initiative de Medicare au sein des établissements de santé, « Hospital Quality Incentive Demonstration » (HQID), suit ce principe. L'expérimentation, qui court sur trois ans, a les règles suivantes : les deux premières années, seuls les établissements entrant dans le « top 10% » et le « top 20% » sont considérés, les premiers touchant un bonus de 2% de leur budget, les seconds un bonus de 1%. La 3ème année par contre, ce sont les éventuels établissements qui se situent sous le seuil des 20% les plus bas (seuil fixé la première année et restant fixe au cours du temps) qui se verront soustraire 1 à 2% de leur budget habituel. Nous n'avons pu retrouver de données sur les redistributions effectuées lors de cette troisième année.^(37; 53) Cependant une étude a simulé cette troisième année et conclu que le coût total pour CMS du programme sur 3 ans revient à environ 7 millions d'euros (en prenant en compte les pénalités qui seront payées par les mauvais établissements durant la troisième année).⁽⁵⁴⁾ Une autre vision de l'incitation négative est celle de CMS qui a choisi de ne plus rembourser les soins secondaires à des conséquences négatives de la prise en charge (par exemple les événements indésirables) ; cette démarche est toutefois très critiquée car certains effets indésirables arrivent malgré une pratique suivant toutes les recommandations, et risque donc par son effet punitif de décourager toute initiative de prévention de ces événements.⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾

L'expérience « Physician Group Practice Demonstration » de Medicare destinée à des groupes de médecins a choisi le jeu à somme nulle. Les fournisseurs de soins de santé doivent

d'abord économiser l'argent qui est ensuite distribué à ceux qui ont la meilleure performance.⁽³⁶⁾

La synthèse des différentes expériences suggère qu'en général l'incitation observée est positive, au moins au début, pour assurer une adhésion des professionnels. Celle-ci semble être de l'ordre de 5 à 10 % en moyenne pour les médecins, et de 2 à 4% des budgets ou chiffres d'affaire dans le cas des établissements de santé.^(6; 24; 37)

- Nature

La nature de l'incitation renvoie également à la question de l'objectif récompensé, entre résultat à un instant donné et effort accompli dans un laps de temps.

Medicare dans son processus de généralisation prévu en 2009, a adopté une combinaison des deux.^(30; 31; 58) Dans le même esprit, on peut ajouter que l'expérience britannique a également mis en place des systèmes plafonnant les gains maximums et assurant un seuil minimum.^(1; 46)

Une autre approche possible, qui est favorisée théoriquement par les Allemands, est de rémunérer la performance moyenne en raison de son attrait d'amélioration plus large. La diffusion publique en parallèle sert à la valorisation de l'élite, pourvu qu'elle soit organisée d'une manière centrale et dans des conditions de compétition.⁽²¹⁾

(b) *Évaluation de l'efficacité*

Cette efficacité se juge avant tout sur la qualité. L'analyse de littérature montre sur ce plan des résultats relativement modestes, mais probablement faute de recul.^(50; 59-61)

Aux États-Unis, l'expérience CMS/HQID montre entre 2003 et 2007 une amélioration, pour les hôpitaux du programme, des scores de qualité avec parallèlement une diminution de la variance de ces mêmes scores. Cette amélioration s'accompagne d'une diminution significative de la mortalité pour les domaines mesurés.^(51; 53)

Pour la même initiative, une comparaison entre les hôpitaux faisant du P4P et de la diffusion publique, vis-à-vis de ceux ne faisant que de la diffusion publique montre que l'amélioration des scores de qualité attribuable seulement au P4P est de l'ordre de 2,6 à 4,1% (pour deux domaines cliniques, l'infarctus du myocarde et l'insuffisance cardiaque). Cette amélioration est plus importante dans les hôpitaux ayant de « mauvais » scores avant le début de l'expérience que pour ceux ayant de « bons » scores.⁽³⁷⁾

L'expérience CMS/HQID a également permis de montrer une efficacité en termes de réduction des coûts. Les assurances estiment avoir réalisé une économie moyenne de 600 euros par patient dans le cadre de ce programme. Au total, si l'ensemble des hôpitaux du territoire américain avaient les mêmes niveaux d'amélioration que ceux du programme CMS/HQID, l'économie totale pour le système de santé américain pourrait s'élever à 3 milliards d'euros. De même, 70.000 vies pourraient être sauvées par an.⁽⁵³⁾

En Grande Bretagne, les résultats à la fin de la première année ont été importants : au lieu des 75% attendus, près de 97% des médecins ont atteint les objectifs des indicateurs cliniques.⁽¹⁾ Par pathologie, les résultats montrent une progression statistiquement significative dans le cadre des mesures relatives au diabète (11% sur 2 ans ; $p < 0,002$). Rapportés à la tendance naturelle d'évolution de la qualité, ces résultats apparaissent plus modestes⁽¹⁰⁾, d'autant plus qu'il est difficile d'attribuer ces bons résultats à une amélioration réelle de la performance liée à une incitation financière importante, plutôt qu'à des objectifs fixés par la NHS, trop faciles à atteindre⁽³⁴⁾.

Il faut également prendre en considération qu'au delà de l'efficacité directe du P4P, il existe des conséquences inattendues décrites dans la littérature. Certaines appellent à une vigilance éthique comme l'exclusion des patients les plus à risque, la fragmentation des soins, l'aggravation des inégalités, l'impact sur la vie des professionnels, d'autres constituent une plus-value pour le programme comme la forte progression des systèmes d'information au Royaume-Uni.

(iv) L'objectif de régulation

L'objectif poursuivi par la rémunération à la performance nécessite de distinguer ce qui relève de l'amélioration de la qualité, et ce qui vise à atteindre un objectif d'efficacité. Les deux notions de qualité et d'efficacité sont souvent utilisées. La rémunération à la performance peut concourir aux deux objectifs, mais cela renvoie à des logiques distinctes.

(a) Lien avec les autres incitations dans le cadre d'une régulation de la qualité

Dans les expériences, le P4P est souvent associé à la diffusion publique.^(28; 62) La diffusion publique, c'est-à-dire les classements ou palmarès, constitue une autre forme d'incitation à la qualité. Elle peut donc représenter un complément raisonnable au P4P, selon des combinaisons assez variables. Elle peut agir comme une incitation complémentaire sur les « meilleurs » dont la marge d'amélioration est faible, dans le cas où le P4P valorise l'effort accompli.^(21; 37)

Dans l'expérience de Medicare « Hospital Quality Alliance » (HQA), les hôpitaux doivent aussi afficher des résultats publics sur 10 indicateurs relatifs à trois conditions cliniques (Infarctus du Myocarde, Insuffisance cardiaque, Pneumonie) afin de recevoir l'intégralité de leurs paiements. Enfin, cette combinaison peut aboutir au fait que le P4P constitue en fait un dispositif stimulant la remontée d'information afin de la rendre publique. On parle alors de "Pay-for-Reporting", l'incitation financière valorisant ceux qui assurent un recueil de données.^(37; 54; 63; 64)

On peut enfin citer dans les initiatives étrangères d'autres incitations à l'amélioration de la qualité telles que la diminution des tâches administratives, ou l'obtention de prix pour la qualité qui s'affiche devant le nom des praticiens^(5; 24).

(b) Vers une plus grande efficacité

Le terme d'efficacité est souvent utilisé et sa définition reste imprécise dans la plupart de la littérature, d'autant plus qu'elle n'y intègre généralement pas l'aspect de la qualité des soins.⁽⁶⁵⁾ Être efficace, en économie, revient à maximiser l'output pour une quantité d'input donnée, ou de minimiser l'input pour une quantité d'output fixe, en l'occurrence la qualité.⁽⁶⁶⁾ Différents groupes s'intéressant au P4P aux USA souhaitent intégrer l'efficacité dans le P4P.⁽⁶⁷⁾ L'IHA va intégrer plusieurs indicateurs d'«efficacité» dans son programme P4P.⁽⁶⁸⁾ En réalité, il s'agit plutôt d'indicateurs d'utilisation de ressources, et non d'efficacité. Le principe de ces indicateurs est de comparer le coût réel par rapport au coût théorique des services médicaux. Plusieurs indicateurs sont en préparation : l'utilisation des génériques qui

sera mis en place en 2008^{vii}, les mesures d'efficacité fondées sur la population, et les mesures fondées sur l'épisode de soins. Les mesures sur la population permettent d'ajuster le coût sur le malade et ses co-morbidités. Les mesures fondées sur l'épisode de soins permettent, quant à elles, l'ajustement sur la complexité de la maladie. Ces deux ajustements permettent d'être au plus près de la réalité.⁽⁶⁹⁾ Plusieurs éditeurs de logiciels médicaux ont mis au point des logiciels permettant de recréer un épisode de soins à partir des données de remboursement.⁽⁷⁰⁾ A ces ajustements s'ajoutent la difficulté de définir les coûts de référence (benchmarking). Du fait de toutes ces difficultés l'IHA a repoussé la mise en place de ses indicateurs d' « efficacité » à 2009 – 2010.⁽⁷¹⁾

(c) Retour sur investissement

Il existe peu de littérature sur le retour sur investissement des programmes de P4P. Les quelques articles publiés montrent cependant des retours positifs.⁽⁶⁰⁾ L'expérience RIPA^{viii}, qui associe une HMO et un cabinet médical, montre un retour sur investissement positif dès la première année du programme compris entre 1,6 et 2,5 fois l'investissement.⁽⁷²⁾ Ce programme porte uniquement sur les diabétiques et associe un mélange d'indicateurs de qualité, d'efficacité et de satisfaction du patient. Ce retour est d'autant plus intéressant que le programme a encouragé l'augmentation de la prescription de certains actes (HbA1c, fond d'œil). Le programme BCBS de Michigan, qui est plus centré sur la cardiologie à l'hôpital et sur les indicateurs de processus, a également montré un retour avec une méthodologie intéressante. En ce fondant sur la littérature et le nombre de patients recevant les soins appropriés, Nahra et al. ont calculé le coût du programme par année de vie gagnée ajustée sur la qualité de vie. Celui-ci se situe à environ 25.000 euros par année, pour un bénéfice d'une année de vie gagnée, évalué dans la littérature à 30.000 euros.⁽⁷³⁾ Le programme Bridge To Excellence a également montré un retour sur investissement positif.

Quoi qu'il en soit, les déterminants essentiels d'un retour sur investissement positif sont : les bénéfices économiques liés à la meilleure prise en charge de chaque patient, le nombre de patients concerné par le programme donc le nombre de patients recevant des soins de meilleure qualité et enfin les coûts du programme.⁽⁷⁴⁾

2) Conclusion

Cette analyse est descriptive. Elle permet ainsi d'isoler autour des quatre points-clés des questionnements assez similaires entre les initiatives. Jusqu'où peut-on en déduire des principes à portée générale ? Il est certain que l'ensemble reste subordonné à des contextes de mise en œuvre différents. Notons notamment que cette approche de rémunération à la performance s'inscrit dans des courants anglo-saxons de New Public Management qui ne nous sont pas aussi familiers en France. Les Etats-Unis et le Royaume-Uni ont à ce titre développé un arsenal de dispositifs (indicateurs, tableau de bord, classements) qui n'a sans doute pas le même équivalent en France. Au Royaume-Uni, l'expérience du « Quality Outcomes Framework » s'est inscrite dans un contexte où l'investissement dans la

^{vii} Il s'agit en réalité du seul véritable indicateur d'efficacité puisque les génériques ont la même qualité que les princeps, on cherche à diminuer les coûts pour une même qualité.

^{viii} Une IPA « Individual Practice Association », est un regroupement de cabinets médicaux qui s'organisent pour permettre aux compagnies d'assurance de n'avoir qu'un seul contrat pour l'ensemble des membres du groupe. RIPA est une IPA située dans le Rochester.

modernisation du système de soins était important. Les médecins concernés étaient aussi salariés. Ces remarques sur la spécificité des contextes d'application ne doit pas empêcher d'engager la réflexion dans le contexte sanitaire français. Cette réflexion vise surtout à établir des principes qui permettent de se prémunir contre certains risques d'utilisation de ces nouvelles formes de rémunération, et d'aider à un développement cohérent de toute initiative dans le domaine.

3) La Rémunération à la Performance en France

(i) Pourquoi aborder le sujet ?

Pourquoi aborder la question de la rémunération à la performance en France maintenant ? On peut voir plusieurs arguments qui concourent à son éclosion. Le premier est la recherche de nouvelles formes d'incitation de la part des pouvoirs publics en matière d'amélioration de la qualité. Les dernières années ont été marquées par le développement des classements avec le tableau de bord des infections nosocomiales et la création du site Platines au Ministère. Il y a une certaine logique à poursuivre ces développements, et à considérer le P4P comme une étape suivante. Le second a trait à une relative insatisfaction des modes de paiement existants en matière de reconnaissance du travail accompli. Comme peuvent le dire certains professionnels « que l'on soit bon ou mauvais la rémunération est la même ? ». Le troisième est plutôt la levée d'une contrainte par rapport à ce type de démarche. L'investissement dans la qualité ne constitue pas forcément un pari perdu en termes de réduction des coûts. Différentes études montrent que l'investissement dans l'amélioration de la qualité peut largement être compensé par les retombées en termes d'hospitalisation évitées ou de soins non prescrits (Figure 1 et 2).⁽⁷⁵⁾ Le quatrième argument est d'ordre technique. Le développement des mesures de la qualité est désormais possible. Le projet COMPAQH développe des indicateurs pour le compte des pouvoirs publics. Le projet Path inscrit la France dans une initiative à l'échelon européen. Ces expériences sont ensuite relayées à grande échelle tant au niveau du Ministère de la Santé que de la Haute Autorité de Santé, en lien avec l'Agence Technique de l'Information Hospitalière. Enfin, dernier argument, le contexte de réformes du financement des médecins de ville, fondé traditionnellement sur le paiement à l'acte, semble s'ouvrir à l'hypothèse d'une mixité de rémunération dans laquelle la rémunération à la performance pourrait s'inscrire. Ces arguments donnent un contexte « à l'écoute ».

(ii) Le contexte d'application

Plusieurs réformes adoptées ces dernières années peuvent être vues comme des premières expériences de rémunération à la performance en France.

Les contrats de bonnes pratiques⁽⁷⁶⁾ qui ouvraient droit à un complément de rémunération en contrepartie d'engagements à respecter les bonnes pratiques. Ces engagements se bornaient la plupart du temps à entériner des pratiques existantes. Malheureusement, ces contrats visant à modifier les comportements en utilisant le vecteur de la rémunération ont largement échoué en termes d'amélioration de la qualité et ont entraîné des surcoûts.⁽⁷⁷⁾ Le principe des ces contrats est repris dans le Projet de Loi de Finance de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2008 sous le terme de contrat individuel⁽⁷⁸⁾, s'inscrivant dans une réflexion globale sur des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. Ces nouveaux modes de rémunération

ont vocation à compléter voir à substituer le paiement à l'acte sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative.⁽⁷⁹⁾ L'article 44-I du PLFSS 2008 permet également l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération pour les professionnels exerçant en structures de soins ambulatoires coordonnés. Ces expérimentations font l'objet d'un cahier des charges pour un appel à projet pour leurs expérimentations^{ix}. Ils devront intégrer les professionnels de santé dans cette démarche. En effet un sondage récent montre que 52% des médecins libéraux désapprouvent ces nouvelles formes de paiement.⁽⁸⁰⁾

L'hôpital n'est pas en reste, le rapport Larcher insiste sur l'optimisation de « l'offre de soins hospitalière dans une optique de qualité et d'efficience »⁽⁸¹⁾ et rappelle que « l'absence d'impact sur la rémunération [des médecins] de la qualité et de la quantité du travail fourni est un point essentiel »⁽⁸¹⁾ de la faible attractivité des postes de Praticien Hospitalier dans la fonction publique. Sur ce point, il existe déjà une action entreprise, la part variable complémentaire, sur la rémunération des praticiens hospitaliers du public,⁽⁸²⁾ qui permet, sous certaines conditions d'activité minimum, d'obtenir une indemnité subordonnée à la réalisation d'objectifs quantitatifs (volume global d'activité) et qualitatifs (accréditation, analyse d'actes traceurs grâce aux données PMSI). Cette action est critiquée tant sur la forme (difficulté de mise en place, absence d'indication concrète) que sur le fond (nombre de personnes concernées limité, critiques méthodologiques).^(83; 84) Par ailleurs, le rapport sur la rémunération des chirurgiens met en avant un nouveau mode de rémunération sous la forme d'un contrat global⁽⁸⁵⁾ contenant des éléments s'approchant d'une forme de rémunération à la qualité. Enfin, il faut citer les mécanismes installés dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), et dans le cadre du Contrat de Bon Usage des Médicaments (CBUM), qui peuvent s'apparenter à des formes de rémunérations en contrepartie de niveaux de performance. Par exemple, le CBUM permet un remboursement à 100% à l'établissement des médicaments et dispositifs implantables lorsque ceux-ci sont prescrits en conformité avec les bonnes pratiques.

Par ailleurs, les organismes complémentaires d'assurance maladie pourraient bien s'emparer du sujet (comme leurs homologues américains).

Ces différentes expériences ne sont pas toutes des succès, mais il n'en demeure pas moins que l'évolution de la rémunération ces dernières années laisse une place importante à la qualité. Il s'agit donc d'essayer à ce stade de proposer des principes qui peuvent aider toute initiative dans le domaine.

^{ix} Projet de cahier des charges, 09/05/08

Dix principes pour développer la Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français

Ces dix principes se réfèrent aux phases de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des démarches de rémunération à la performance, étant entendu que ces trois phases peuvent s'inscrire dans une chronologie qui n'est pas forcément séquentielle. Ils s'appuient sur les constats actuels, observables dans les démarches engagées au sein des autres pays, décrits dans la première partie de ce rapport. Notons qu'une vigilance d'ordre éthique est de mise dans toute initiative sur le sujet. Elle se retrouve dans la plupart des dix principes présentés ci-dessous.

1) La phase de conception

La rémunération à la performance est un système de financement qui se centre prioritairement sur la qualité des soins. Compte-tenu des ressources limitées, c'est un moyen pour le payeur d'avoir un juste recours aux soins en réduisant les différences de performance. De ce fait, elle vise à concilier l'amélioration de la qualité avec une recherche d'efficacité.^(6; 9; 28) Les indicateurs retenus comme les priorités de l'incitation sont censés refléter cet objectif (principes 1 et 2). En parallèle, la mise en œuvre du système de rémunération ne peut se concevoir que dans le contexte français. Différents principes (3, 4 et 5) visent à faciliter cet ancrage.

(i) Principe 1. Garantir une expertise sur les indicateurs

Le premier principe vise à garantir une expertise sur les indicateurs retenus, en association avec les professionnels (cf. principe 6).

La rémunération à la performance s'appuie sur une évaluation fondée sur des indicateurs. La validité scientifique de ces derniers, et les objectifs qui sont poursuivis à travers eux constituent un élément déterminant.^(28; 62; 90)

(a) Justifier les objectifs poursuivis

Les domaines abordés au nom de la performance doivent être explicitement justifiés, en référence à des objectifs d'amélioration. Cela se traduit concrètement par le développement de typologies qui mettent en évidence les domaines abordés tels que la sécurité, la prévention, ou l'efficacité. Il en va de même de l'objectif de performance à atteindre (considérant le niveau à atteindre et le temps pour l'accomplir).^(91; 92)

(b) Garantir une validité métrologique

Les indicateurs peuvent engendrer des controverses s'ils ne s'appuient pas sur une validation métrologique.^(44; 60) Cette qualité métrologique renvoie à des caractéristiques statistiques (notamment, la reproductibilité du recueil de données entre différents professionnels, ou la prise en compte de risques d'ajustement, notamment liés aux caractéristiques du patient), de

faisabilité en termes de charge de travail des recueils proposés, et de pertinence en matière d'amélioration potentielle de la qualité.^(60; 93; 94)

La notion d'ajustement est dans ce domaine très importante. Un risque associé à la mesure est de produire une sélection adverse des patients pour lesquels l'objectif de performance est difficilement atteignable.⁽⁸⁹⁾ Pour les indicateurs de résultats, ce phénomène conduit à exclure les patients à haut risque clinique qui atteignent plus difficilement les objectifs de prise en charge. Les caractéristiques socio-économiques des patients peuvent aussi modifier la capacité du médecin à atteindre un objectif de qualité⁽⁹⁵⁾ : en particulier les patients en difficultés sociales ont souvent une plus grande difficulté à suivre le traitement, et ont moins accès à la prévention.^(86; 88) Ces éléments conduisent à un risque d'exclusion de prise en charge des « mauvais » patients, aggravant ainsi les inégalités d'accès aux soins et la discrimination sociale.⁽⁸⁷⁾

L'ajustement, voire la stratification non seulement sur l'état clinique, mais également sur les conditions socio-économiques du patient, permettent de diminuer ce risque, sans forcément développer des méthodologies trop sophistiquées.^(28; 96) Une autre approche est de permettre l'exclusion de certains patients de l'analyse, comme c'est le cas dans l'expérience britannique avec l'« exception reporting ».⁽⁸⁶⁾ Toutefois, ces patients doivent correspondre à des individus « éloignés » de la moyenne, pour qui les indicateurs s'avèrent peu adaptés, voire dangereux, et où l'exclusion ne doit pas représenter un moyen artificiel d'améliorer le score de l'indicateur.⁽⁹⁷⁾

(c) Contrôler la fiabilité des données

La remontée de données peut prendre plusieurs formes. Cependant, quelle que soit la solution adoptée, revue de dossiers, données administratives ou dossier électronique⁽⁶⁰⁾, le partage par les payeurs/régulateurs et les professionnels de ces données est essentielle à partir du moment où une incitation à modifier des pratiques existantes, en l'occurrence d'ordre financier, est introduite. Illustrée par la théorie de l'asymétrie d'information des problèmes d'aléa moral et de sélection adverse peuvent survenir dans le cas contraire. Ainsi pour diminuer ces risques, les données doivent être partagées.

D'autant que, ces données peuvent être inexactes lorsque les professionnels jouent avec le mode de recueil qui conduit à leur évaluation à travers l'indicateur. Ce phénomène est propre à toute démarche où l'indicateur sert de support à une incitation, qu'elle soit d'ordre financière comme dans le P4P, ou de diffusion publique, comme dans les classements.⁽⁶⁰⁾ Ce phénomène est connu sous le nom de « gaming »⁽⁵⁰⁾ qui peut se traduire comme la « transmission de données volontairement inexacte afin de manipuler le système pour en tirer profit »⁽⁹⁸⁾.

A cet égard, l'expérience britannique a montré que certains médecins ont pu être amenés à augmenter abusivement la prévalence de certaines situations ou à exclure aussi abusivement certains patients dans le but d'optimiser leur performance^(1; 97).

Ce risque nécessite donc de mettre en place des mécanismes de contrôle externe pour vérifier l'exactitude des données, qui pourraient être analogues à ceux de la vérification du codage PMSI par l'assurance-maladie dans le cadre de la Tarification à l'Activité (T2A).

(ii) Principe 2. Établir des priorités dans l'application de l'incitation

Le second principe vise à établir des priorités dans l'application de l'incitation. Ces priorités sont notamment de :

- favoriser des modes de travail coopératifs, notamment dans la réorganisation de l'offre de soins de premier recours (en favorisant les regroupements médicaux, et d'autres professionnels de santé, au sein de cabinets de groupe et de maisons de santé pluridisciplinaires),
- valoriser autant l'effort que le résultat,
- cibler prioritairement des domaines de la qualité des soins, notamment la prévention et la coordination des soins dans le cas des affections de longue durée,
- réduire les inégalités en modulant l'incitation selon la population considérée (critères socio-économique et géographique)

(a) Favoriser des modes de travail coopératifs (Groupe professionnel / Établissement de santé)

Améliorer la coopération/coordination entre professionnels suppose de situer l'incitation dans ce sens. La plupart des initiatives étrangères utilisent des mesures ciblant des formes d'organisation collectives, car l'incitation joue alors sur une meilleure coordination des soins^(9; 100) et les effets sont en général plus élevés^(101; 102). De plus l'objectif collectif évite la difficulté statistique des petites tailles d'échantillon lorsque l'information est collectée au niveau individuel^(103; 104) et diminue le risque de sélection adverse⁽¹⁰²⁾.

A contrario, l'incitation collective peut introduire un risque de comportement de « passager clandestin » (« laisser faire les autres »). Elle peut aussi se traduire par une difficulté d'imputation de la responsabilité de l'amélioration de qualité pour un patient à un seul médecin, notamment lorsque cette amélioration est principalement liée à une meilleure coordination (aux Etats-Unis, en moyenne, un patient Medicare est pris en charge par 2 généralistes et 5 spécialistes^{(25); (105)}).

Ces constats tendent à favoriser l'incitation à l'échelon collectif dans le souci d'améliorer la coordination. Néanmoins, la mise en place de programme à l'échelon individuel semble tout de même possible avec un certaine réussite.⁽⁵⁹⁾ Ces constats conduisent également à privilégier dans certains cas la notion de « gatekeeper » : le médecin traitant, responsable de l'organisation des soins, est payé à la capitation et bénéficie d'un supplément de revenu si le patient est dans les cibles définies par le programme via des indicateurs de résultats. Cependant, ce système s'accompagne d'une augmentation de la charge de travail déjà très importante au demeurant.⁽¹⁰⁶⁾

(b) Valoriser simultanément l'Effort et le Résultat

Dans ce domaine, peuvent être récompensés^(21; 28) :

- le résultat : « en valeur absolue » (les « meilleurs » qui se situent au-dessus d'un seuil donné) ; ou « en valeur relative » (les 10 ou 20% « meilleurs » d'une distribution) ;
- l'effort « en valeur absolue » (l'amélioration vis-à-vis d'un niveau de départ qui reste fixe) ; ou « en valeur relative » (l'amélioration vis-à-vis d'une évolution de moyenne).

L'avantage de miser sur l'effort accompli est d'engendrer une motivation d'ensemble plus importante, car indépendante d'un niveau de départ éventuellement moyen ou faible. Le risque est par contre de ne pas assez valoriser les « meilleurs » qui ont déjà accompli des efforts. En misant sur le résultat, on valorise par contre les « meilleurs », mais au risque d'empêcher le plus grand nombre de s'améliorer.

Pour ces raisons, plusieurs auteurs préconisent la combinaison des deux approches, effort et résultat.^(31; 38; 107) En effet, la valorisation systématique des « meilleurs » peut conduire à une désintégration sociale.⁽¹⁰³⁾ Notamment, les médecins travaillant dans des zones difficiles risquent d'avoir de moins bons résultats que leur confrère travaillant dans des zones plus faciles, et recevront ainsi moins d'argent, ce qui diminuera d'autant l'incitation⁽¹⁰⁸⁾ et leur capacité d'investissement, aggravant les inégalités sociales⁽⁸⁷⁾. Ce risque est réduit si l'on rémunère simultanément l'effort relatif et le résultat absolu.⁽⁸⁶⁾ Ainsi, même si le niveau de départ est bas, le médecin travaillant dans une zone difficile pourra bénéficier d'une incitation importante à l'amélioration.⁽⁸⁸⁾ Une autre solution, mise en place en Nouvelle Zélande, est de diminuer les seuils à atteindre pour les cabinets dont l'activité concentre plus de populations désavantagées.^(88; 109)

Enfin, dans tous les cas, la connaissance du niveau de départ est indispensable afin de rémunérer la performance le plus justement possible.⁽⁶⁾ Deux arguments l'expliquent : Le premier est que la tendance naturelle va à l'amélioration de la qualité. Il est donc nécessaire de comprendre ce qui relève de la mise en place du P4P dans l'accélération de cette tendance. Le second est de permettre une rémunération au plus juste de l'amélioration attendue dans un souci d'optimisation des ressources allouées pour le payeur.

(c) Établir un choix dans les thèmes de la performance : qualité, coordination des soins dans les affections de longue durée, et prévention

Dans les initiatives étrangères, l'accent est mis en priorité sur l'application de l'incitation à des thèmes relatifs à la qualité des soins, incluant les aspects de sécurité, et insistant aussi sur les volets préventifs, et l'application majeure dans le cas de la prise en charge des maladies chroniques.⁽⁹⁹⁾ Les indicateurs de recherche d'efficacité sont ajoutés d'une manière complémentaire.^(9; 44) Le besoin de développer des indicateurs de résultat est affirmé, tout en soulignant que la majorité des indicateurs développés sont des indicateurs de processus.^(59; 103)

Il est aussi important que les indicateurs puissent être modifiés régulièrement au cours du temps, afin de maintenir le caractère incitatif, et éviter des « tâches aveugles » qui seraient exclues, car hors champs.⁽⁹⁾ A cet égard, la vigilance doit être de mise afin de se prémunir du risque de négligence de certains thèmes difficilement accessibles à la mesure, diminuant ainsi la qualité globale de la prise en charge^(28; 60) ou pire, introduisant une inadéquation entre les soins inclus dans les indicateurs et les soins nécessaires au patient.⁽¹¹⁰⁾

(d) Réduire les inégalités en modulant l'incitation selon la population considérée (critères socio-économique et géographique)

Certains critères socio-économiques relatifs aux patients peuvent limiter la capacité des professionnels à atteindre les seuils de performance demandés. Dans le souci de ne pas creuser d'inégalités dans l'accès aux soins, plusieurs actions peuvent être proposées :

- Augmenter l'incitation pour certains professionnels situés dans certaines zones géographiques, ou considérant certaines populations de patients.
- Assister ces mêmes professionnels dans leurs démarches d'amélioration de leurs performances
- Varier le choix des indicateurs qui font l'objet de l'évaluation
- Moduler le seuil de performance selon le type de populations pris en charge

Les trois premières actions sont à privilégier par rapport à la dernière qui risque d'institutionnaliser des disparités.⁽⁴⁴⁾

(iii) Principe 3. Être incitatif sous contrainte de ressources

Le troisième principe vise à concilier le fait de privilégier une incitation suffisamment attractive, et une contrainte de ressources qui limite l'investissement financier.

Comme en témoignent les initiatives étrangères^(5; 94), une incitation positive^(28; 33; 94) suffisamment élevée est retenue, au moins au début, pour changer les comportements^(50; 62; 94; 111), d'autant plus qu'il existe un risque de désintérêt si le gain est jugé dérisoire au regard de l'effort⁽²⁸⁾. Un gain de rémunération de 5% semble adéquat pour faire participer les professionnels au programme.^(52; 90) L'incitation peut aussi être vue comme une compensation de l'investissement dans la qualité : coûts de mise en œuvre de la collecte des données et d'actions d'amélioration de la qualité^(9; 62; 94), au-delà de la récompense⁽³²⁾. Il faut également favoriser le fait que les incitations ne proviennent que d'un seul organisme. Bien que le principe des payeurs multiples, qui ne concerne pas actuellement la France, peut conduire à des incitations plus élevées, il risque également d'apporter une confusion sur les objectifs du P4P et de rendre le programme inefficace.⁽⁵⁰⁾

En même temps, l'investissement requis doit être viable financièrement pour le régulateur/payeur, sinon la généralisation ne peut être possible.⁽¹¹¹⁾ Cet investissement nécessaire au lancement d'une démarche de rémunération à la performance peut s'envisager par trois canaux mutuellement complémentaires : la modulation des modes de rémunération existants, un système de redistribution entre les professionnels qui rend l'investissement nul, ou le développement de financements nouveaux.⁽⁹¹⁾ Il faudrait également être attentif au fait que le développement d'une rémunération à la performance n'empêche pas l'investissement dans d'autre méthode permettant l'amélioration de la qualité d'une manière plus optimale.⁽²⁸⁾

(iv) Principe 4. Mixer cette rémunération avec les autres modes de paiement

Ce quatrième principe vise à inscrire la rémunération à la performance en lien avec les autres systèmes de paiement, tant à l'hôpital qu'en médecine de ville. Autrement dit, la rémunération à la performance ne peut être le seul mode de rémunération des professionnels ou des établissements de santé.

Dans les expériences étrangères la rémunération à la performance ne représente jamais plus de 20 à 30% des revenus. Elle ne se substitue jamais à un autre mode de paiement, venant souvent en complément, comme dans l'expérience britannique, même si un rééquilibrage entre les différentes formes de rémunération peut également s'observer au fil du temps.⁽⁶⁾

Elle ne peut donc se raisonner d'une manière isolée et exclusive. Si elle constitue une incitation financière à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité, son rapport avec des modes de paiements déjà existants (Paiement à l'acte, Paiement au forfait, T2A) est important à éclairer.^(94; 112)

(v) Principe 5. Associer la rémunération à la performance à d'autres incitations à la qualité

La rémunération à la performance n'est pas la seule réponse possible pour améliorer et rendre homogène la qualité.^(62; 94) A cet égard, elle doit être considérée en relation avec d'autres incitations visant à améliorer la qualité, notamment l'association avec la diffusion publique de l'information (par exemple sous forme de classement).

Par ailleurs, la faisabilité de la rémunération à la performance suppose de l'inscrire dans les supports contractuels existants.

Dans les expériences internationales, les systèmes de paiement à la performance sont rarement isolés dans les politiques incitatives d'amélioration de la qualité. Ils sont le plus fréquemment associés à la diffusion publique sous la forme de publications de résultats.^(5; 9; 28; 94) D'autres formes peuvent être aussi envisagées, comme la remise de « prix » ou de certification de qualité (tel que dans le programme Bridges To Excellence aux Etats-Unis, ou dans de nombreux pays).

Dans ce contexte, la rémunération à la performance devrait être conçue en cohérence avec les autres dispositifs visant à l'amélioration de la qualité, notamment l'évaluation des pratiques professionnelles, les procédures de certification, les classements.

Sur un autre registre, la rémunération à la performance s'appuie souvent sur une contractualisation entre le payeur et les professionnels.⁽²⁸⁾ Dans l'expérience anglaise, le programme du P4P a été mis en place à travers un nouveau contrat entre les cabinets médicaux et les « Primary Care Trust » qui fixe non seulement les règles du P4P mais également l'ensemble des paramètres de remboursement et de rémunération des cabinets. Ces contrats sont remis à jour régulièrement.⁽¹⁴⁾

Dans le cas français, la rémunération à la performance pourrait ainsi s'intégrer à travers : les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), dans la part variable des chirurgiens, et dans l'outil tarifaire (notamment, dans le cadre d'une dotation à travers les MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) pour les établissements de santé ; les contrats individuels des médecins (comme c'est déjà le cas) et les financements des maisons de santé, pour la médecine de ville.

2) La phase de mise en œuvre

Même s'ils ont pu être déjà évoqués, quatre principes s'avèrent plus spécifiques à la phase de mise en œuvre (principes 6 à 9).

(i) Principe 6. Établir un dialogue avec les professionnels/patients

La confiance dans ce dialogue se fonde sur : la participation des professionnels dès la phase de conception du dispositif, et la transparence dans le développement des indicateurs.

L'adhésion des professionnels de santé est essentielle sous peine de créer des résistances. Les indicateurs peuvent pousser les médecins à se concentrer sur ce qui est mesuré sans tenir compte des besoins spécifiques du patient.⁽¹¹⁰⁾ De plus, l'autonomie de la profession risque d'être mise à mal pour diverses raisons. Le fait que ce soit des « administratifs » qui décident des indicateurs et qui les construisent peut donner l'impression que la décision médicale n'est plus entre les mains des professionnels.⁽⁸⁸⁾ Et le fait qu'ils puissent être surveillés par leurs pairs concernant la réalisation de l'objectif de qualité⁽¹¹³⁾ peut diminuer leur autonomie. A ceci s'ajoute un phénomène connu en économie et en sociologie des organisations sous le nom d'effet d'éviction ou « crowding out » qui veut qu'une motivation externe (financière) peut fortement diminuer la motivation interne liée au professionnalisme⁽⁸⁹⁾, à la déontologie et à l'attachement à certaines valeurs, comme par exemple, les valeurs de service public. Enfin, la rémunération à la performance peut induire une série d'effets négatifs: aggravation des inégalités d'accès aux soins⁽⁸⁶⁻⁸⁸⁾; exclusion de patients, en particulier ceux ayant des difficultés sociales^(86; 87); négligence d'aspects importants de la qualité des soins au profit d'autres plus facilement mesurables^(28; 60), et fragmentation des soins⁽¹¹⁾.

Pour éviter ce phénomène, il faut aligner les valeurs sous-jacentes aux démarches de P4P sur les valeurs professionnelles des médecins.⁽¹¹⁴⁾

La charge de travail supplémentaire est aussi un facteur d'acceptabilité⁽¹¹⁵⁾, au même titre que la précision des mesures des indicateurs⁽¹¹⁶⁾. Dans ce contexte, il est important que les médecins reçoivent une information claire sur les programmes P4P.⁽⁶⁰⁾

Pour toutes ces raisons, l'association précoce des professionnels dans la conception du dispositif, préconisée dans les initiatives^(5; 94), semble nécessaire.

De même, la littérature souligne l'importance de la transparence vis-à-vis des professionnels concernés, notamment lors du développement des indicateurs souvent conduit au sein de structures indépendantes.^(28; 44; 93; 94)

Ce dialogue avec des professionnels pourrait s'envisager sous la forme de consultation préalable (enquête, agora forum sur site internet), ou d'étude d'impact. Il peut également être considéré dans le cadre d'expérimentation en partenariat avec les professionnels de santé, notamment lors de la construction des indicateurs retenus, en s'appuyant sur des référentiels reconnus.

(ii) Principe 7. Développer l'infrastructure informationnelle nécessaire

Le développement d'un système d'information performant est nécessaire afin de maximiser la fiabilité et l'exhaustivité des données recueillies.

Le manque d'investissement dans l'infrastructure informationnelle (système d'information, informatique, principalement) est l'un des barrages au développement du P4P aux États-Unis.^(60; 117) Le déploiement de systèmes d'information apparaît comme une condition nécessaire à l'exhaustivité et à la fiabilité des recueils de données.^(17; 118) Des informations peu fiables peuvent conduire à une évaluation biaisée de la qualité, source de classification erronée conduisant à un sentiment d'injustice vis-à-vis du programme, et au final, à son échec.^(60; 119) Leur déploiement est également une source d'amélioration de la qualité, indépendamment de tout programme de P4P.^(117; 120; 121) Enfin, ils améliorent l'adhésion des médecins aux programmes d'amélioration de la qualité.^(49; 122; 123)

Dans cet esprit, il serait souhaitable de tirer profit des développements actuels, notamment dans le cadre du Dossier Médical Personnalisé (DMP), pour ancrer les modes de recueil requis par les démarches de P4P.⁽³²⁾ Le coût du développement de deux systèmes en parallèle est plus élevé⁽¹²¹⁾, d'une part, et les programmes de P4P encouragent les médecins à investir⁽⁶⁰⁾ dans les systèmes d'information⁽¹²³⁾, d'autre part.⁽⁴⁹⁾ Au développement des infrastructures pourrait être adjointe une assistance technique ainsi qu'une formation aux professionnels (établissement ou individu) qui la souhaitent.⁽⁶⁰⁾

(iii) Principe 8. Établir une phase d'expérimentation

Ce principe vise à favoriser l'expérimentation dans des délais acceptables pour le réformateur

Dans la plupart des initiatives étrangères, une phase d'expérimentation est proposée.^(5; 6; 124) Elle aide à concevoir les mesures, à évaluer le coût du programme ainsi que les moyens nécessaires à sa mise en place⁽¹⁷⁾, et surtout à préparer les médecins à s'organiser en conséquence⁽⁴⁴⁾. Durant cette phase, une première étape consiste souvent à développer une incitation à recueillir de l'information ou « pay-for-reporting^x ». ^(28; 44)

Le principe vise à prôner la phase d'expérimentation autant que faire se peut, en se focalisant sur des thèmes et des périmètres précis (par exemple, une catégorie d'établissements, un territoire, ou des domaines cliniques), en restant dans des délais raisonnables, et en se fondant sur la base du volontariat.^(17; 44) Cette phase pourrait s'inscrire dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2008.

^x Le « pay-for-reporting » est une approche souvent retrouvée dans les initiatives étrangères qui incite financièrement la remontée d'information sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

(iv) Principe 9. Établir une lecture collective des initiatives

Ce principe préconise une lecture collective entre les différentes institutions impliquées dans la montée en charge des initiatives.

Les initiatives de rémunération à la performance, si elles sont autonomes, doivent contribuer à une meilleure coordination des soins.^(28; 99) A cet égard, la coopération entre les différentes institutions impliquées apparaît nécessaire.⁽²⁸⁾

Il faut également souligner le rôle majeur d'une lecture partagée, non seulement des systèmes d'information, mais aussi de l'outil informatique.^(28; 94; 99)

Un exemple en France est le web médecin développé par l'assurance maladie courant 2008 à des fins de retour d'information vis-à-vis des médecins.

3) La phase d'évaluation

(i) Principe 10. Évaluer l'action publique et animer la recherche

Ce dixième principe vise à rassembler suffisamment d'éléments de preuve sur l'efficacité des politiques mises en œuvre dans le domaine de la rémunération à la performance (ou « evidence-based policy »).

S'il existe des convictions sur le bien fondé d'une rémunération à la performance, peu de preuves de son efficacité réelle existent à ce jour, probablement faute d'un recul suffisant.^(50; 59)

Il semble dans ces conditions indispensable de développer une évaluation des initiatives dans le domaine, permettant de justifier la valeur-ajoutée de cette forme de rémunération, évaluations conduites dès le début des initiatives, permettant ainsi leur actualisation, et d'une manière indépendante au promoteur.⁽⁴⁴⁾

Différents thèmes de recherche peuvent aussi permettre d'améliorer la connaissance sur la robustesse et la valeur-ajoutée de la rémunération à la performance⁽⁹⁹⁾ :

- Rassembler les évidences scientifiques sur la validité des indicateurs
- Comprendre les relations coût-qualité par domaine de performance
- Identifier et diffuser les « meilleures » stratégies au sein des initiatives (faisabilité et acceptabilité, résultats)
- Comparer au niveau international les résultats obtenus

Cette recherche se devrait également d'évaluer les différents programmes quant à : l'impact sur la qualité des soins et l'efficacité, l'observation d'effets inattendus ; l'impact sur les dépenses du régulateur, et l'adhésion des professionnels.^(59; 95; 99)

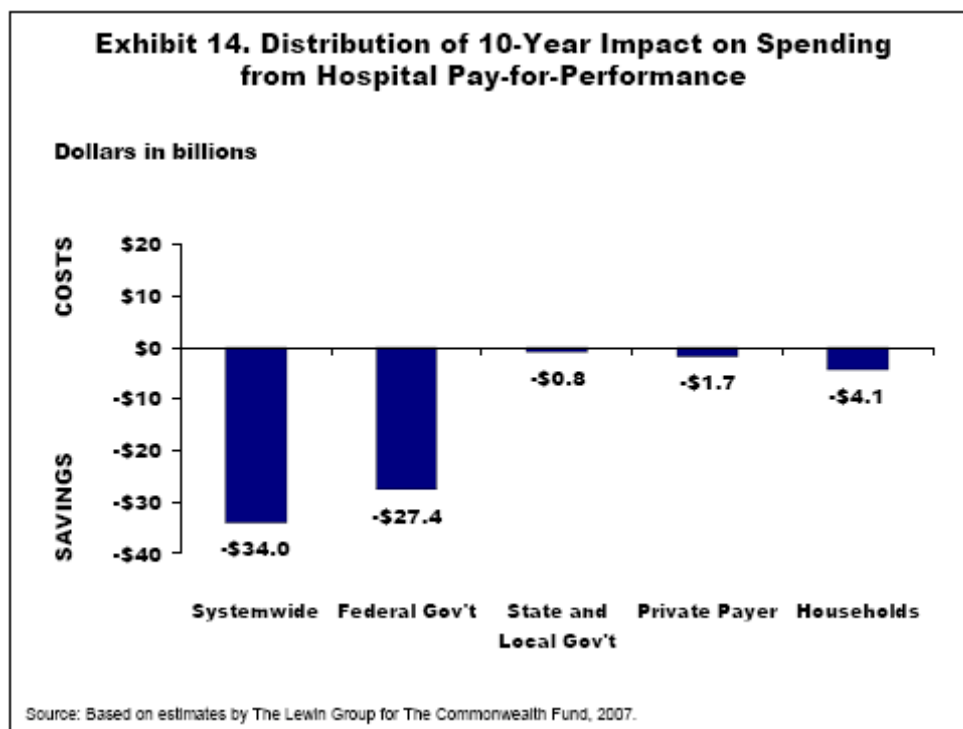
Annexes

Tableau 1- Indicateurs des différentes expériences

Thèmes	États-Unis		Royaume Uni
	Hôpital	Médecine de Ville	Médecine de Ville
Clinique	32%	32%	52%
Sécurité du Patient	24%	4%	
Utilisation des ressources	16%	18%	
Satisfaction du patient	11%	13%	3%
Système d'Information	8%	15%	
Administration	5%	9%	38%
Autres	4%	9%	7%

Répartition des différents thèmes mesurée par les indicateurs dans les programmes de P4P aux États-Unis et au Royaume Uni.

Figure 1 - Impact financier du programme P4P de Medicare à 10 ans



Prévision de l'impact financier à 10 ans du programme P4P de Medicare sur les différents payeurs du système de santé. Cette répartition montre une économie de 34 milliards de dollars en 10 ans dont le principale bénéficiaire est l'Etat (27.4 milliards). (Source : Schoen et al. *Bending the Curve: Options for Achieving Savings and Improving Value in U.S. Health Spending.* (2007) Commonwealth Fund.)

Figure 2 - Impact financier du programme P4P de Medicare à 10 ans : détails

\$ billions	Annual Net Impact										Cumulative Net Impact	
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2008-2012	2008-2017
National Health Expenditure	-2.4	-2.6	-2.8	-3.0	-3.2	-3.4	-3.7	-4.0	-4.3	-4.6	-14.0	-34.0
Federal Government	-1.9	-2.1	-2.3	-2.4	-2.6	-2.8	-3.0	-3.2	-3.5	-3.7	-11.3	-27.4
State and Local Government	-0.1	-0.1	-0.1	-0.1	-0.1	-0.1	-0.1	-0.1	-0.1	-0.1	-0.3	-0.8
Private Employers	-0.1	-0.1	-0.1	-0.1	-0.2	-0.2	-0.2	-0.2	-0.2	-0.2	-0.7	-1.7
Households	-0.3	-0.3	-0.3	-0.4	-0.4	-0.4	-0.5	-0.5	-0.5	-0.6	-1.7	-4.1

Le détail de la répartition montre un gain financier immédiat qui augmente chaque année. Ce gain s'explique par la diminution des ré-hospitalisations. (Source : Schoen et al. *Bending the Curve: Options for Achieving Savings and Improving Value in U.S. Health Spending.* (2007) Commonwealth Fund.)

Références

1. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N. Engl. J. Med.* 2006;355:375-84.
2. Rosenthal MB, Landon BE, Howitt K, Song HR, Epstein AM. Climbing up the pay-for-performance learning curve: where are the early adopters now?. *Health Aff (Millwood)* 2007;26:1674-82.
3. Scott IA. Pay for performance in health care: strategic issues for Australian experiments. *Med. J. Aust.* 2007;187:31-5.
4. COMPAQH (Inserm). Compte rendu du séminaire "Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français". (2008). 6 février 2008. HAS - Ministère de la Santé - Assurance Maladie; Accessible sur <http://www.compaqh.fr>.
5. Baker G, Delbanco S. Pay for performance: National Perspective. 2006 Longitudinal Survey Results with 2007 Market Updates. (2007). Presentation at the 3rd National P4P Summit. Los Angeles, 27-29th February 2008.
6. Epstein AM. Paying for performance in the United States and abroad. *N. Engl. J. Med.* 2006;355:406-8.
7. Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. *N. Engl. J. Med.* 2007;356:515-7.
8. NCQHC - National Committee for Quality Health Care. CEO survival guide to pay for performance. (2006). NCQHC.
9. Rosenthal MB, Dudley RA. Pay-for-performance: will the latest payment trend improve care? *JAMA* 2007;297:740-4.
10. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N. Engl. J. Med.* 2007;357:181-90.
11. Campbell SM, McDonald R, Lester H. The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. *Ann Fam Med* 2008;6:228-34.
12. NHS - National Health Service. National Quality and Outcomes Framework Statistics for England 2006/2007. (2007). NHS - The Information Centre.
13. Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care--a major experiment in the United Kingdom. *N. Engl. J. Med.* 2004;351:1448-54.
14. Smith PC, York N. Quality incentives: the case of U.K. general practitioners. *Health Aff (Millwood)* 2004;23:112-8.
15. Bell CM, Levinson W. Pay for performance: learning about quality. *CMAJ* 2007;176:1717-9.
16. Landon BE. Is pay-for-performance moving north? P4P prospects in the Canadian healthcare system. *Healthc Pap* 2006;6:28-33; discussion 72-4.
17. Pink GH, Brown AD, Studer ML, Reiter KL, Leatt P. Pay-for-performance in publicly financed healthcare: some international experience and considerations for Canada. *Healthc Pap* 2006;6:8-26.
18. Buetow S. Pay-for-performance in New Zealand primary health care. *J Health Organ Manag* 2008;22:36-47.
19. Gross R, Elhaynay A, Friedman N, Buetow S. Pay-for-performance programs in p4p programs Israeli sick funds. *J Health Organ Manag* 2008;22:23-35.
20. Taylor H. Large differences between primary care practices in the United States, Australia, Canada, Germany, New Zealand, the Netherlands and the United Kingdom. (2007). Harris Interactive - The Harris Poll People: Healthcare News n°7.
21. SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten. (2007). SVR.
22. McNamara P. Quality-based payment: six case examples. *Int J Qual Health Care* 2005;17:357-62.
23. Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB. Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bull. World Health Organ.* 2006;84:884-9.

24. Baker G, Carter B. Pay for performance issues & trends: key findings from the Med-Vantage 2005 National P4P Survey. (2005). Med-Vantage.
25. Rosenthal MB, Landon BE, Normand ST, Frank RG, Epstein AM. Pay for performance in commercial HMOs. N. Engl. J. Med. 2006;355:1895-902.
26. McDermott S, Williams T. Advancing quality through collaboration: the California pay for performance program. (2006). Integrated Healthcare Association (IHA).
27. De Brantes F. Pay for performance and beyond: a recipe for improving healthcare. In: Quality Conundrum. (Internet: <http://www.bridgestoexcellence.org/documents/p4pandbeyondarticlebyfsb.pdf>). (2006). Chapter 4, pp. 110-4.
28. Institute of Medicine. Rewarding provider performance: Aligning incentives in Medicare. (2007). Committee on Redesigning Health Insurance Performance Measures, Payment, and Performance Improvement Programs.
29. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. Health Aff (Millwood) 2004;23:127-41.
30. CMS - Centers for Medicaid & Medicare. Report to Congress: Plan to implement a Medicare Hospital Value-based Purchasing Program. (2007). CMS / U.S. Department of Health and Human Services.
31. Charland K. Pay for performance comes to Medicare in 2009. Healthc Financ Manage 2007;61:60-4.
32. Bras P, Duhamel G. Rémunérer les médecins selon leurs performances: les enseignements des expériences étrangères. (2008). IGAS.
33. Kuhmerker K, Hartman T. Pay-for-performance in State Medicaid Programs: A survey of state Medicaid directors and programs. (2007). The Commonwealth Fund.
34. Rowe JW. Pay-for-performance and accountability: related themes in improving health care. Ann. Intern. Med. 2006;145:695-9.
35. IHA - Integrated Healthcare Association. Welcome to IHA: Overview of IHA projects : <http://www.iha.org>. (2007).
36. Kautter J, Pope GC, Trisolini M, Grund S. Medicare Physician Proup Practice Demonstration Design: Quality and Efficiency Pay-for-Performance. Health Care Financing Review 2007;29:15-29.
37. Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. N. Engl. J. Med. 2007;356:486-96.
38. Dudley R. Incentives for consumers: Can they improve health and health care? (2008). Presentation at the 3rd National P4P Summit. Los Angeles, 27-29th February 2008.
39. Kane RL, Johnson PE, Town RJ, Butler M. A structured review of the effect of economic incentives on consumers' preventive behavior. Am J Prev Med 2004;27:327-52.
40. NCHC - National Coalition on Health Care. Facts on the cost of health care. (2007). NCHC.
41. Cranor CW, Bunting BA, Christensen DB. The Asheville project: long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program. J Am Pharm Assoc (Wash) 2003;43:173-84.
42. Dudley RA, Luft HS, Hagan M. New findings from AHRQ: Understanding the impact and unintended consequences of incentives for quality. (2008). Presentation at the 3rd National P4P Summit. Los Angeles, 27-29th February 2008.
43. BMA - British Medical Association. Quality and Outcomes Framework Guidance: Summary of Indicators. (2006). Internet: <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/qof06~sumclinical>.
44. Dudley RA, Rosenthal MB. Pay for performance: A decision guide for purchasers. (2006). AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality.
45. NCQHC - National Committee for Quality Health Care. CEO survival guide to pay for performance. (2006). NCQHC.
46. Smith P. La rémunération à la performance au Royaume-Uni: 'Quality and Outcomes Framework'. Présentation au séminaire "Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français". (2008). HAS - Ministère de la Santé - Assurance Maladie.
47. Yanagihara D. Resolving challenges in data collection and aggregation. (2008). Presentation at the 3rd National P4P Summit. Los Angeles, 27-29th February 2008.
48. IHA - Integrated Healthcare Association. Measurement Year 2008 P4P Draft Manual. It-enabled Systemness Domain. (2008). IHA. Internet: www.iha.org.

49. MedPAC - Medicare Payment Advisory Commission. Strategies to improve care: pay for performance and information technology. In: MedPac. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. Chapter 4. (2005). Internet: http://www.medpac.gov/publications/congressional_reports/Mar05_EntireReport.pdf.
50. Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Med Care Res Rev* 2006;63:135-57.
51. CMS/Premier. Patient lives saved as performance continues to improve in CMS/Premier healthcare alliance pay-for-performance project. Press Release Nr 704.733.5797. (2008). Internet: <http://www.premierinc.com/about/news/june08/p4pProject061708.jsp>.
52. De Brantes F. Lessons learned. (2005). Institute of Medicine - Board on Health Care Services: Redesigning Health Insurance Performance Measures, Payment, and Performance Improvement Programs: Subcommittee on Pay for Performance Meeting 1. Internet: <http://www.iom.edu/CMS/3809/25241/25255/26860.aspx>.
53. Norling RA. CMS/Premier demonstrate pay for performance. (2008). Premier Healthcare Alliance.
54. Kahn CN, Ault T, Isenstein H, Potetz L, Van Gelder S. Snapshot of hospital quality reporting and pay-for-performance under Medicare. *Health Aff (Millwood)* 2006;25:148-62.
55. Brooks J. US Medicare will stop paying for preventable errors. *CMAJ* 2007;177:841-2.
56. Lubell J. CMS: your mistake, your problem. Eight hospital-acquired conditions won't be paid for. *Mod Healthc* 2007;37:10-1.
57. Marietti C. Make no mistake. CMS adds financial disincentives for some particularly egregious medical errors. *Healthc Inform* 2007;24:72.
58. CMS - Centers for Medicare & Medicaid. Report to Congress: Plan to implement a Medicare Hospital Value-based Purchasing Program. (2007). CMS/ U.S. Department of Health and Human Services.
59. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care?. *Ann. Intern. Med.* 2006;145:265-72.
60. Young GJ, Burgess JF, White B. Pioneering pay-for-quality: Lessons from the rewarding results demonstration. *Health Care Financing Review*, Fall 2007;29(1):59-70.
61. Young GJ, Meterko M, Beckman H, Baker E, White B, Sautter KM. Effects of paying physicians based on their relative performance for quality. *J Gen Intern Med* 2007;22:872-6.
62. JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Principles for the construction of pay-for-performance programs. (2007). JCAHO.
63. Bagley B. Measuring for Medicare: the Physician Quality Reporting Initiative. *Fam Pract Manag* 2007;14:37-40.
64. Stulberg J. The Physician Quality Reporting Initiative--a gateway to pay for performance: what every health care professional should know. *Qual Manag Health Care* 2008;17:2-8.
65. McGlynn E. Identifying, categorizing, and evaluating health care efficiency measures. (2008). AHRQ Publication No. 08-0030.
66. AQA - Ambulatory Care Quality Alliance. Principles of "efficiency" measures. AQA. (2006). Internet: <http://www.aqaalliance.org/files/PrinciplesofEfficiencyMeasurementApril2006.doc>.
67. Roski J. The national perspective - Washington & beyond. (2008). Presentation at the 3rd National P4P Summit. Los Angeles, 27-29th February 2008.
68. IHA - Integrated Healthcare Association. IHA announces new efficiency measure in pay for performance to improve healthcare quality and reduce costs. (2007). IHA Press Report.
69. Conklin J. Implementing efficiency measurement. (2008). Presentation at the 3rd National P4P Summit. Los Angeles, 27-29th February 2008.
70. MedPac. Report to the Congress : Increasing the value of Medicare. (2006). MedPac.
71. IHA - Integrated Healthcare Association. Public comment period for P4P Measurement Year 2008 September 10 - October 10, 2007. (2008). Internet: www.ih.org.
72. Curtin K, Beckman H, Pankow G, Milillo Y, Green RA. Return on investment in pay for performance: a diabetes case study. *J Healthc Manag* 2006;51:365-74; discussion 375-6.
73. Nahra TA, Reiter KL, Hirth RA, Shermer JE, Wheeler JRC. Cost-effectiveness of hospital pay-for-performance incentives. *Med Care Res Rev* 2006;63:49S-72S.

74. De Brantes F. The ROI equation : an overview. (2008). Presentation at the 3rd National P4P Summit. Los Angeles, 27-29th February 2008.
75. Schoen C, Anthony Shih SG, Lau J, Kasimow S, Gauthier A, Davis K. Bending the curve: options for achieving savings and improving value in US health spending. (2007). Commonwealth Fund.
76. Journal Officiel n°56 du 7 mars 2002. Loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie.
77. Cour des comptes. La sécurité sociale. (2005). France.
78. Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. 2008.
79. EGOS. Document de travail. 2008.
80. Quotidien du médecin. Un sondage «Le quotidien»-IFOP : les médecins très partagés sur de nouveaux modes de rémunération. Quotidien du médecin, mardi 11 mars 2008;n°8329:p. 3.
81. Larcher G. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital. (2008). Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.
82. Journal Officiel n°75 du 29 mars 2007 TN5. Arrêté du 28 mars 2007. Relatif à la part complémentaire variable de rémunération, applicable aux chirurgiens.
83. Fédération Hospitalière de France. Personnel médical : arrêté du 28 mars 2007 relatif à la part complémentaire variable de rémunération, dossier FHF.
84. Roland J. Conseil national de l'ordre des médecins. 12 janvier 2007.
85. Vallancien G, Aubart F, Cuq P. Quels modes de rémunération pour les chirurgiens, situation actuelle et perspectives. (2007). La documentation Française.
86. Casalino LP, Elster A, Eisenberg A, Lewis E, Montgomery J, Ramos D. Will pay-for-performance and quality reporting affect health care disparities? Health Aff (Millwood) 2007;26:w405-14.
87. Hood RG. Pay-for-performance--financial health disparities and the impact on healthcare disparities. J Natl Med Assoc 2007;99:953-8.
88. Solomon S. Study: US docs favour pay-for-performance. National Review of Medicine 2007;4:6.
89. Snyder L, Neubauer RL. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: An ethics manifesto. Ann. Intern. Med. 2007;147:792-4.
90. Mehrotra A, Pearson SD, Coltin KL, Kleinman KP, Singer JA, Rabson B. The response of physician groups to p4p incentives. Am J Manag Care 2007;13:249-55.
91. Wynn BO, Sorbero ME. Pay-for-performance in California's workers' compensation medical treatment system. An assessment of options, challenges and potential benefits. (2007). WR-512-ICJ. Prepared for the Commission for Health and Safety and Workers' Compensation. Institute for Civil Justice and RAND Health.
92. Young GJ, White B, Burgess JFJ, Berlowitz D, Meterko M, Guldin MR. Conceptual issues in the design and implementation of pay-for-quality programs. Am J Med Qual 2005;20:144-50.
93. AMA - American Medical Association. Guidelines for pay-for-performance programs. (2005). Internet: http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/368/guidelines_4pay62705.pdf.
94. Sorbero MES, Damberg CL, Shaw R, Teleki S, Lovejoy S, Decristofaro A. Assessment of pay-for-performance options for Medicare physician services: final report. (2006). Prepared for the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, US-Department of Health and Human Services & for the RAND Cooperation.
95. Frølich A, Talavera JA, Broadhead P, Dudley RA. A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. Health Policy 2007;80:179-93.
96. McMahon LFJ, Hofer TP, Hayward RA. Physician-level P4P--DOA? Can quality-based payment be resuscitated?. Am J Manag Care 2007;13:233-6.
97. Gravelle H, Sutton M, Ma A. Doctor behaviour under a pay for performance contract: evidence from the quality and outcomes framework. (2007). Centre for Health Economics, Research Report.
98. Morreim EH. Gaming the system. dodging the rules, ruling the dodgers. Arch. Intern. Med. 1991;151:443-7.
99. Bufalino V, Peterson ED, Burke GL, LaBresh KA, Jones DW, Faxon DP. Payment for quality: Guiding principles and

recommendations: Principles and recommendations from the American Heart Association's Reimbursement, Coverage, and Access Policy Development Workgroup. *Circulation* 2006;113:1151-4.

100. Kindig DA. A pay-for-population health performance system. *JAMA* 2006;296:2611-3.

101. Aron D, Pogach L. Specialists versus Generalists in the era of pay for performance: "A plague o' both your houses!". *Qual Saf Health Care* 2007;16:3-5.

102. Nelson AR. Pay-for-performance programs: Ethical questions and unintended consequences. *J Fam Pract* 2007;56:16A-18A.

103. Cannon MF. Pay-for-performance: is Medicare a good candidate?. *Yale J Health Policy Law Ethics* 2007;7:1-38.

104. Landon BE, Normand ST, Blumenthal D, Daley J. Physician clinical performance assessment: prospects and barriers. *JAMA* 2003;290:1183-9.

105. Wennberg JE, Fisher ES, Skinner JS, Bronner KK. Extending the p4p agenda, part 2: how Medicare can reduce waste and improve the care of the chronically ill. *Health Aff (Millwood)* 2007;26:1575-85.

106. Gross P. Provider payment currencies: the US, UK, German & Australian paths to higher quality and efficiency via "P4Systemness". (2008). Presentation at the 3rd National P4P Summit. Los Angeles, 27-29th February 2008.

107. Davidson G, Moscovice I, Remus D. Hospital size, uncertainty and pay-for-performance. (2007). Upper Midwest Rural Health Research Center, Minnesota.

108. Karve AM, Ou F, Lytle BL, Peterson ED. Potential unintended financial consequences of pay-for-performance on the quality of care for minority patients. *Am. Heart J.* 2008;155:571-6.

109. Satin DJ. Paying physicians and protecting the poor. Pay-for-performance systems should protect the health of poor patients and level the playing field for the physicians who treat them. *Commentary.* (April 2006). *Minnesota Medicine.*

110. Hendrickson MA. Pay for performance and medical professionalism. *Qual Manag Health Care* 2008;17:9-18.

111. Dudley R, Frolich A, Robinowitz D, Talavera J, Broadhead P, Luft H. Strategies to support quality-based purchasing: a review of the evidence. *Technical Review 10.* (2004). Prepared by the Stanford-University of

California San Francisco Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0017. AHRQ Publication No. 04-0057. Rockville, MD.

112. Minvielle E. Financer la qualité des soins hospitaliers : jusqu'où aller? Gérer et Comprendre. *Annales des Mines* 2005;81:74-84.

113. McDonald R, Harrison S, Checkland K. Incentives and control in primary health care: findings from English pay-for-performance case studies. *J Health Organ Manag* 2008;22:48-62.

114. Marshall M, Harrison S. It's about more than money: financial incentives and internal motivation. *Qual Saf Health Care* 2005;14:4-5.

115. Whalley D, Gravelle H, Sibbald B. Effect of the new contract on GPs' working lives and perceptions of quality of care: a longitudinal survey. *Br J Gen Pract* 2008;58:8-14.

116. Casalino LP, Alexander GC, Jin L, Konetzka RT. General internists' views on pay-for-performance and public reporting of quality scores: a national survey. *Health Aff (Millwood)* 2007;26:492-9.

117. McCarthy D. Case study: Improving quality and efficiency in response to pay-for-performance incentives under the Medicare Physician Group Practice Demonstration. (2007). The Commonwealth Fund.

118. Pawlson LG. Pay for performance: two critical steps needed to achieve a successful program. *American Journal of Managed Care* 2004;10:4-6.

119. Terris DD, Litaker DG. Data quality bias: an under recognized source of misclassification in pay-for-performance reporting? *Qual Manag Health Care* 2008;17:19-26.

120. Sachdeva RC. Electronic healthcare data collection and pay-for-performance: translating theory into practice. *Ann Health Law* 2007;16:291-311.

121. Southern California Evidence-based Practice Center. Costs and benefits of health information technology. (2006). AHRQ Publication No. 06-E006.

122. Casalino L, Gillies RR, Shortell SM, Schmittiel JA, Bodenheimer T, Robinson JC. External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases. *JAMA* 2003;289:434-41.

123. Williams TR, Raube K, Damberg CL, Mardon RE. Pay for performance: its influence on the use of it in physician organizations. *J Med Pract Manage* 2006;21:301-6.

124. Mehrotra A, Bodenheimer T, Dudley RA. Employers' efforts to measure and improve hospital quality: determinants of success. *Health Aff (Millwood)* 2003;22:60-71.

Références non citées

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. Toward a Research Agenda on Quality-Payment Alignment: Findings From an Invitational Colloquium. (2007). Rockville, MD: AHRQ Pub. No. 07-0055-EF.

AMA - American Medical Association. Principles for Pay-for-Performance Programs. (2005). AMA. Internet: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/368/principles4pay62705.pdf>.

Ammi M, Béjean S. Les incitations « explicites » à la prévention peuvent-elles être efficaces en médecine libérale?. (2007). Equipe d'Economie de la Santé du Laboratoire d'Economie et Gestion, LEG UMR CNRS 5118, Université de Bourgogne. Communication aux 20ème anniversaire des Journées des Economistes Français de la Santé, Université Catholique de Lille, 6-7 septembre 2007.

Armour BS, Pitts MM, Maclean R, Cangialose C, Kishel M, Imai H et al. The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Arch Intern Med.* 2001 May;161:1261-6.

Bauer JC. Rewarding improvement: unintended consequences of pay-for-performance. *J Healthc Inf Manag.* 2007 ;21:6-8.

Berwick DM, DeParle N, Eddy DM, Ellwood PM, Enthoven AC, Halvorson GC et al. Paying for performance: Medicare should lead. *Health Aff (Millwood).* 2003 Nov-Dec;22:8-10.

Blumenthal D, Ferris T. The Business Case for Quality: Ending Business as Usual in American Health Care. (2004). The Commonwealth Fund.

Bureau D, Mougeot D. Performance, incitations et gestion publique. (2007). Conseil d'analyse économique.

Campbell S, Roland M, Wilkin D. Primary care groups: Improving the quality of care through clinical governance. *BMJ.* 001 Jun;322:1580-2.

Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J Qual Health Care.* 2000 Apr;12:133-42.

Chassin MR. Does paying for performance improve the quality of health care? *Med Care Res Rev.* 2006 Feb;63:122S-125S.

Christianson JB. Evaluating pay-for-performance in Medicaid through real-world observation. *Health Aff (Millwood).* 2007 Jul-Aug;26:w528-31.

Christianson JB, Knutson DJ, Mazze RS. Physician pay-for-performance. Implementation and research issues. *J Gen Intern Med.* 2006 Feb;21 Suppl 2:S9-S13.

Coleman K, Hamblin R. Can pay-for-performance improve quality and reduce health disparities? *PLoS Med.* 2007 Jun;4:e216.

Coleman K, Reiter KL, Fulwiler D. The impact of pay-for-performance on diabetes care in a large network of community health centers. *J Health Care Poor Underserved.* 2007 Nov;18:966-83.

Cook SL. Will pay for performance be worth the price to medical providers? A look at pay for performance and its legal implications for providers. *Ann Health Law.* 2007 ;16:163-212, table of contents.

Cutler TW, Palmieri J, Khalsa M, Stebbins M. Evaluation of the relationship between a chronic disease care management program and California pay-for-performance diabetes care cholesterol measures in one medical group. *J Manag Care Pharm.* 2007 Sep;13:578-88.

Damberg CL, Sorbero M, Mehrotra A, Teleki S, Lovejoy S, Bradley L. An Environmental Scan of Pay for Performance in the Hospital Setting: Final Report. (2007). Prepared for the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, US Department of Health and Human Services.

Davies TJ. Pay for performance: a business case for quality for California physician groups. *Manag Care.* 2004 Oct;13:3-8.

DiPiero A, Sanders DG. Condition based payment: improving care of chronic illness. *BMJ.* 2005 Mar;330:654-7.

Doran T, Fullwood C. Pay for performance: is it the best way to improve control of hypertension?. *Curr Hypertens Rep.* 2007 Nov;9:360-7.

Dudley RA. Pay-for-performance research: how to learn what clinicians and policy makers need to know. *JAMA.* 2005 Oct;294:1821-3.

- Dudley RA, Miller RH, Korenbrot TY, Luft HS. The impact of financial incentives on quality of health care. *Milbank Q.* 1998 ;76:649-86, 511.
- Dunn JD. Pharmacy management approach: how do we align all the incentives? *J Manag Care Pharm.* 2007 Mar;13:S16-9.
- Dusheiko M, Gravelle H, Jacobs R, Smith P. The effect of financial incentives on gatekeeping doctors: evidence from a natural experiment. *J Health Econ.* 2006 May;25:449-78.
- Eichler R. Can "Pay for Performance" Increase Utilization by the Poor and Improve the Quality of Health Services? (2006). Discussion paper for the first meeting of the Working Group on Performance-Based Incentives Center for Global Development. February 7, 2006. Internet: <http://www.cgdev.org/doc/ghprn/PBI%20Background%20Paper.pdf>.
- Epstein AM, Lee TH, Hamel MB. Paying physicians for high-quality care. *N Engl J Med.* 2004 Jan;350:406-10.
- Fairbrother G, Hanson KL, Friedman S, Butts GC. The impact of physician bonuses, enhanced fees, and feedback on childhood immunization coverage rates. *Am J Public Health.* 1999 Feb;89:171-5.
- Fairbrother G, Siegel MJ, Friedman S, Kory PD, Butts GC. Impact of financial incentives on documented immunization rates in the inner city: results of a randomized controlled trial. *Ambul Pediatr.* 2001 Jul-Aug;1:206-12.
- Fisher ES. Paying for performance--risks and recommendations. *N Engl J Med.* 2006 Nov;355:1845-7.
- Fisher ES. 2007 Robert and Alma Moreton lecture: pay for performance: more than rearranging the deck chairs?. *J Am Coll Radiol.* 2007 Dec;4:879-85.
- Fung CH, Lim Y, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med.* 2008 Jan;148:111-23.
- Gilmore AS, Zhao Y, Kang N, Ryskina KL, Legorreta AP, Taira DA et al. Patient outcomes and evidence-based medicine in a preferred provider organization setting: a six-year evaluation of a physician pay-for-performance program. *Health Serv Res.* 2007 Dec;42:2140-59; discussion 2294-323.
- Glickman SW, Ou F, DeLong ER, Roe MT, Lytle BL, Mulgund J et al. Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *JAMA.* 2007 Jun;297:2373-80.
- Golden BR. The cost of pay-for-performance in healthcare: an alternative view. *Healthc Pap.* 2006 ;6:39-46; discussion 72-4.
- Greene RA, Beckman H, Chamberlain J, Partridge G, Miller M, Burden D et al. Increasing adherence to a community-based guideline for acute sinusitis through education, physician profiling, and financial incentives. *Am J Manag Care.* 2004 Oct;10:670-8.
- Gregg W, Moscovice I, Remus D. Implementation of Pay-For-Performance in Rural Hospitals: Lessons from the Hospital Quality Incentive Demonstration Project. (2006). *Rural Health Research.*
- Grossbart SR. What's the return? Assessing the effect of "pay-for-performance" initiatives on the quality of care delivery. *Med Care Res Rev.* 2006 Feb;63:29S-48S.
- Hickson GB, Altemeier WA, Perrin JM. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics.* 1987 Sep;80:344-50.
- Hillman AL, Ripley K, Goldfarb N, Nuamah I, Weiner J, Lusk E. Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in Medicaid managed care. *Am J Public Health.* 1998 Nov;88:1699-701.
- Hillman AL, Ripley K, Goldfarb N, Weiner J, Nuamah I, Lusk E. The use of physician financial incentives and feedback to improve pediatric preventive care in Medicaid managed care. *Pediatrics.* 1999 Oct;104:931-5.
- Hippisley-Cox J, Vinogradova Y, Coupland C. Time Series Analysis for selected clinical indicators from the Quality and Outcomes Framework 2001-2006. (2006). *QRESEARCH.*
- Hoover EL. "Payment for performance" will be good for the medical profession and patients. *J Natl Med Assoc.* 2007 Feb;99:125-7.
- IHA - Integrated Healthcare Association Announces New Efficiency Measure in Pay for Performance to Improve Healthcare Quality and Reduce Costs. (2007). IHA Press report.
- IOM - Institute of Medicine. To Err is Human. (2000). Committee on Quality of Health Care in America.
- IOM - Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. (2001) Committee on Quality of Health Care in America.

- Iglehart JK. Linking compensation to quality--Medicare payments to physicians. *N Engl J Med*. 2005 Sep;353:870-2.
- Johnson DA. Pay for performance: ACG guide for physicians. *Am J Gastroenterol*. 2007 Oct;102:2119-22.
- Kane RL, Johnson PE, Town RJ, Butler M. Economic Incentives for Preventive Care. Evidence Report/Technology Assessment No. 101. (2004). AHRQ Publication No. 04-E024-2.
- Kouides RW, Bennett NM, Lewis B, Cappuccio JD, Barker WH, LaForce FM. Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. *The Primary-Care Physicians of Monroe County. Am J Prev Med*. 1998 Feb;14:89-95.
- Landon BE, Normand ST. Performance measurement in the small office practice: challenges and potential solutions. *Ann Intern Med*. 2008 Mar;148:353-7.
- Lee T. Paying for Performance in Health Care: Getting a better deal? (2004). NHPF Forum Session, Washington, 9 July 2004.
- Leitman M, Adusumilli PS. Pay for performance (P4P). *Natl Med J India*. 2008 Jan-Feb;21:44-5.
- Levenson S. "Pay for performance": can it help improve long-term care?. *J Am Med Dir Assoc*. 2006 May;7:262-4.
- Linskey ME. Neurosurgery Quality: Pay-for-Performance, Guidelines and Outcome Measures. *Clinical Neurosurgery*. 2007 ;54:157-79.
- MacStravic S. Pay-for-performance options in health care. *Healthc Financ Manage*. 2006 Dec;60:122-5.
- Maio V, Goldfarb NI, Carter C. Value-Based Purchasing: A Review of the Literature. (2003). The Commonwealth Fund.
- Mandel KE, Kotagal UR. Pay for performance alone cannot drive quality. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 Jul;161:650-5.
- Marshall M, Smith P. Rewarding results: using financial incentives to improve quality. *Qual Saf Health Care*. 2003 Dec;12:397-8.
- McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ*. 2007 Jun;334:1357.
- McElduff P, Lyratzopoulos G, Edwards R, Heller RF, Shekelle P, Roland M. Will changes in primary care improve health outcomes? Modelling the impact of financial incentives introduced to improve quality of care in the UK. *Qual Saf Health Care*. 2004 Jun;13:191-7.
- Meterko M, Young GJ, White B, Bokhour BG, Burgess JFJ, Berlowitz D et al. Provider attitudes toward pay-for-performance programs: development and validation of a measurement instrument. *Health Serv Res*. 2006 Oct;41:1959-78.
- Millett C, Gray J, Saxena S, Netuveli G, Khunti K, Majeed A. Ethnic disparities in diabetes management and pay-for-performance in the UK: the Wandsworth Prospective Diabetes Study. *PLoS Med*. 2007 Jun;4:e191.
- Millett C, Gray J, Saxena S, Netuveli G, Majeed A. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes. *CMAJ*. 2007 Jun;176:1705-10.
- Miraldo M, Goddard M, Smith PC. The incentive effects of Payment by Results. (2006). Dr Foster Intelligence.
- Morrow RW, Gooding AD, Clark C. Improving physicians' preventive health care behavior through peer review and financial incentives. *Arch Fam Med*. 1995 Feb;4:165-9.
- O'Kane ME. Performance-based measures: the early results are in. *J Manag Care Pharm*. 2007 Mar;13:S3-6.
- Ouest France. Les mutuelles indiqueront les "bons" hôpitaux. (2008). Ouest France, 20 mai.
- Parke DW. Impact of a pay-for-performance intervention: financial analysis of a pilot program implementation and implications for ophthalmology (an American Ophthalmological Society thesis). *Trans Am Ophthalmol Soc*. 2007 ;105:448-60.
- Pelonero AL, Johnson RL. Economic grand rounds: A pay-for-performance program for behavioral health care practitioners. *Psychiatr Serv*. 2007 Apr;58:442-4.
- Pham HH, Schrag D, O'Malley AS, Wu B, Bach PB. Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. *N Engl J Med*. 2007 Mar;356:1130-9.
- Pierce RG, Bozic KJ, Bradford DS. Pay for performance in orthopaedic surgery. *Clin Orthop Relat Res*. 2007 Apr;457:87-95.
- Povar GJ, Blumen H, Daniel J, Daub S, Evans L, Holm RP et al. Ethics in practice: managed care and the changing health care environment: medicine as a profession. Managed care ethics working group statement. *Ann Intern Med*. 2004 Jul;141:131-6.

- Rashidian A, Black N, Russell I. Financial incentives and quality improvement. *Qual Saf Health Care*. 2005 Jun;14:227.
- Robeznieks A. Show us the money. P4P pilot sees better quality but insufficient savings. *Mod Healthc*. 2007 Jul;37:8-9.
- Rochaix L. Financial incentives for physicians: the Quebec experience. *Health Econ*. 1993 Jul;2:163-76.
- Roland M. Pay-for-performance: too much of a good thing? A conversation with Martin Roland. Interview by Robert Galvin. *Health Aff (Millwood)*. 2006 Sep-Oct;25:w412-9.
- Rose J. Industry influence in the creation of pay-for-performance quality measures. *Qual Manag Health Care*. 2008 Jan-Mar;17:27-34.
- Rosenthal MB. P4P: rumors of its demise may be exaggerated. *Am J Manag Care*. 2007 May;13:238-9.
- Rosenthal, MB, Camillus, J. How Four Purchasers Designed and Implemented Quality-Based Purchasing Activities: Lessons From the Field. (2007). Report commissioned by the Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD: AHRQ Pub. No. 07-RG008. Internet: <http://www.ahrq.gov/qual/qbplessons.htm>.
- Sautter KM, Bokhour BG, White B, Young GJ, Burgess JFJ, Berlowitz D et al. The early experience of a hospital-based pay-for-performance program. *J Healthc Manag*. 2007 Mar-Apr;52:95-107; discussion 107-8.
- Schatz M, Blaiss M, Green G, Aaronson D. Pay for performance for the allergist-immunologist: potential promise and problems. *J Allergy Clin Immunol*. 2007 Oct;120:769-75.
- Schaubroeck J, Shaw JD, Duffy MK, Mitra A. An under-met and over-met expectations model of employee reactions to merit raises. *J Appl Psychol*. 2008 Mar;93:424-34.
- Sinsky CA, Foreman-Hoffman V, Cram P. The impact of expressions of treatment efficacy and out-of-pocket expenses on patient and physician interest in osteoporosis treatment: implications for pay-for-performance programs. *J Gen Intern Med*. 2008 Feb;23:164-8.
- Smith AL. Merging P4P and disease management: how do you know which one is working?. *J Manag Care Pharm*. 2007 Mar;13:S7-10.
- Smith PC. Performance management in British health care: will it deliver? *Health Aff (Millwood)*. 2002 May-Jun;21:103-15.
- Smith PC. Incentives for quality: the challenges for research and policy. *J Health Serv Res Policy*. 2004 Apr;9:65-6.
- Spinelli RJ, Fromknecht JM. Pay for performance: improving quality care. *Health Care Manag (Frederick)*. 2007 Apr-Jun;26:128-37.
- Trude S, Au M, Christianson JB. Health plan pay-for-performance strategies. *Am J Manag Care*. 2006 Sep;12:537-42.
- Turenne MN, Hirth RA, Pan Q, Wolfe RA, Messana JM, Wheeler JRC. Using knowledge of multiple levels of variation in care to target performance incentives to providers. *Med Care*. 2008 Feb;46:120-6.
- Watts B, Lawrence R, Litaker D, Aron DC, Neuhauser D. Quality of care by a hypertension expert: a cautionary tale for pay-for-performance approaches. *Qual Manag Health Care*. 2008 Jan-Mar;17:35-46.
- Wennberg JE, O'Connor AM, Collins ED, Weinstein JN. Extending the P4P agenda, part 1: how Medicare can improve patient decision making and reduce unnecessary care. *Health Aff (Millwood)*. 2007 Nov-Dec;26:1564-74.
- Werner RM, Goldman LE, Dudley RA. Comparison of change in quality of care between safety-net and non-safety-net hospitals. *JAMA*. 2008 May;299:2180-7.
- Wodchis WP, Ross JS, Detsky AS. Is P4P really FFS?. *JAMA*. 2007 Oct;298:1797-9.
- Young GJ, Conrad DA. Practical issues in the design and implementation of pay-for-quality programs. *J Healthc Manag*. 2007 Jan-Feb;52:10-8; discussion 18-9.