

## Le secteur hospitalier : vers quelle(s) réforme(s) ?

Note rédigée par Benoît DERVAUX, maître de conférence à la Faculté de médecine, Université « droit et santé » Lille 2

Le secteur hospitalier vit depuis quelques années de profondes mutations. L'évolution du mode de tarification et l'instauration de nouvelles règles de gouvernance amènent l'hôpital à fonctionner comme une véritable entreprise, garante de son équilibre économique. Le bien produit (la santé) reste cependant spécifique et continue à échapper, au travers de la socialisation du financement et des mécanismes de régulation mis en œuvre par les Pouvoirs Publics, à la logique marchande. Cette évolution a modifié les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé<sup>1</sup> ainsi que les relations entre les établissements. Au sein des établissements, les enjeux professionnels et économiques sont parfois mis en tension. Ces différentes réformes visent à l'amélioration de l'efficacité productive des hôpitaux. En d'autres termes, il s'agit d'inciter les établissements à satisfaire les besoins de la

population et à produire des soins de qualité au moindre coût. En présence de risque moral, la théorie microéconomique démontre la supériorité du paiement prospectif (rémunération forfaitaire) par rapport au paiement rétrospectif (remboursement des coûts). En présence de risque moral et de sélection contraire, le paiement mixte, associant les deux modalités de rémunération, apparaît optimal. La question de l'efficacité du système de santé suppose d'élargir la perspective et d'aborder la question de la coordination (l'intégration) des prestataires de soins. Cela amène à réfléchir à d'autres modes de tarification.

Cette contribution commence par dresser l'état des lieux des réformes du secteur hospitalier avant d'envisager des pistes de réformes des modalités de financement des établissements d'hospitalisation au regard des expériences étrangères.

### 1. Un secteur hospitalier en mutation

L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) en 2004 a profondément modifié la manière dont l'activité de court séjour des établissements est financée. L'impact de la réforme a été particulièrement important dans les établissements du secteur public d'hospitalisation (ex-DG<sup>2</sup>), préalablement financés par une dotation globale de fonctionnement (communément appelée " budget global "). Cette réforme, qui inverse la logique de gestion (il ne s'agit plus d'exécuter un budget mais de générer un chiffre d'affaires), a été le vecteur de nombreuses transformations organisationnelles au sein des établissements (avec le développement des outils de pilotage médico-économiques : CREA<sup>3</sup>, TCCM<sup>4</sup>, EPRD<sup>5</sup>). L'impact de la réforme a été moindre pour le secteur privé (ex-OQN<sup>6</sup>) qui était déjà financé à l'activité selon un modèle associant forfaits et paiement à la journée. La réforme a néanmoins renforcé la nécessité d'une collaboration plus étroite entre les médecins et les gestionnaires au sein des cliniques. La réforme de la T2A poursuit plusieurs objectifs :

- 1) rétablir l'équité entre les établissements publics et privés en homogénéisant les modalités de financement
- 2) lier le montant des financements au volume d'activité
- 3) inciter les établissements à contrôler leurs coûts.

**L'impact de la réforme a été particulièrement important dans les établissements du secteur public d'hospitalisation et moindre pour le secteur privé.**

La T2A rémunère les établissements sur la base des données du PMSI<sup>7</sup> à partir d'un tarif fixé au plan national. A ce jour, il existe une échelle tarifaire par secteur d'hospitalisation. La convergence progressive des deux échelles est envisagée à terme (la convergence tarifaire, échéance 2018)<sup>8</sup>. Les effets pervers potentiels d'un paiement prospectif sont bien connus : réduction de la qualité des soins, transfert et/ou sélection des patients, spécialisation sur certains créneaux d'activité... La T2A est un système mixte de rémunération combinant paiements prospectifs (les GHS) et paiements rétrospectifs (liste des spécialités pharmaceutiques et des DMI facturés en sus, paiements additionnels pour les séjours extrêmes par exemple). Des enveloppes spécifiques assurent le financement des missions de service public (enveloppes MERRI-MIGAC). La T2A s'inscrit dans un ensemble de régulations qui produisent des effets croisés. En premier lieu, l'ONDAM encadre l'évolution des dépenses au niveau macro-économique et les tarifs jouent dans le secteur hospitalier le rôle de variable d'ajustement. Ce qui les rend peu intelligibles par les acteurs. En second lieu, la planification hospitalière permet d'ajuster l'offre aux besoins de la population et de garantir l'équité d'accès aux soins mais réduit ipso facto l'espace stratégique des établissements.

1/MOISDON J-CL, PEPIN M (2010) Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Etude qualitative d'un échantillon de 8 établissements. Document de travail N°97, DREES, mai : 120 pages. - 2/DG : Dotation Globale - 3/CREA : Compte de Résultat Analytique.

4/TCCM : Tableau Coût Case Mix. - 5/EPRD : Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses. - 6/OQN : Objectif Quantifié National

7/PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information - 8/Il existe à ce jour une convergence ciblée sur 35 GHM.

L'articulation entre la logique de la T2A et celle de la planification n'est pas spontanée<sup>9</sup>. A titre d'illustration, les relations entre établissements hospitaliers publics contribuant ensemble à la prise en charge de patients ne sont pas simples, y compris au sein d'un GCS. Les modèles économiques, dans le cadre de la T2A, favorisant les collaborations entre établissements sont encore à développer.

#### La mise en œuvre de la T2A continue à soulever des questions :

La première question porte sur l'hétérogénéité des coûts à l'intérieur d'un même GHM. Si les patients se répartissent de manière aléatoire entre les établissements, cette hétérogénéité n'est pas problématique puisque la tarification au coût moyen permet globalement d'équilibrer le budget de l'établissement. Dans le cas contraire, si la sélection est possible (cette hypothèse est la plus vraisemblable dans le contexte français eu égard à la structuration de l'offre et au degré de spécialisation des établissements), l'hétérogénéité pénalise les établissements qui accueillent les patients les plus lourds puisque ces derniers ne parviennent pas à couvrir leurs coûts et à l'inverse, avantage les établissements qui accueillent les patients les moins sévères. La qualité de la classification est une variable critique de la mise en œuvre d'un système de paiement prospectif. Plus la variance des coûts est importante, plus la part des paiements rétrospectifs dans le financement doit être importante<sup>10</sup>. Dans un article récent, Gérard de Pouvourville propose d'ailleurs de réserver le paiement prospectif aux activités les plus homogènes (par exemple, les activités de chirurgie électorale) dans le cadre de contrats prix-volume pluriannuels entre la tutelle et les établissements et de revenir au budget global (ajusté sur le casemix) pour les autres activités, en organisant le transfert des activités d'un mode de tarification à l'autre au cours du temps<sup>11</sup>. Les paiements rétrospectifs inclus dans la T2A visent à compenser (mais de manière partielle) la variabilité des coûts intra-GHM (Cf. Supra). L'introduction de nouvelle version de la classification (dite V11) en 2009 apporte une réponse plus systématique en décomposant chaque GHM en quatre niveaux de sévérité au prix d'une multiplication du nombre des GHM, qui passe de 789 (v10c) à 2368 (v11b).

La deuxième question, fondant le débat actuel sur la convergence tarifaire, porte sur les différentiels de coûts constatés entre les établissements selon leur statut (entre les établissements du secteur public d'une part<sup>12</sup> et entre les établissements du secteur public et ceux du secteur privé d'autre part<sup>13</sup>). De nombreux travaux ont été initiés, peu sont aboutis<sup>14</sup>. Ils portent sur le coût du travail, les effets d'échelle et de gamme, la prise en charge de patients précaires, la permanence des soins hospitaliers, les activités non programmées, les missions de recours exceptionnel... Néanmoins, au-delà de la mise en évidence des facteurs explicatifs des surcoûts, la frontière entre les variables qui sont

*Il ne suffit pas de montrer que l'activité non programmée génère des coûts plus importants que l'activité programmée pour ajuster les tarifs.*

supposées être sous la responsabilité des établissements et celles qui échappent à leur contrôle doit être clairement tracée. A titre d'illustration, il ne suffit pas de montrer que l'activité non programmée génère des coûts plus importants que l'activité programmée pour ajuster les tarifs. Encore faut-il reconnaître que cette activité s'impose à l'établissement (en d'autres termes, que la programmation n'était pas possible) et que la prise en charge de ces patients, une fois hospitalisés, est optimale. Cette remarque vaut pour la plupart des sujets traités dans le cadre de la convergence tarifaire (notamment pour les effets d'échelle et de gamme envisagés conjointement). Les travaux engagés n'apporteront probablement pas de réponses définitives à toutes ces interrogations.

Au cours des dernières années, le modèle T2A a évolué et s'est complexifié. Le montant des enveloppes MIGAC-MERRI<sup>15</sup> a beaucoup augmenté sous la pression constante des établissements publics en soutien des missions de service public. De ce fait, le système a perdu un peu de son pouvoir incitatif (ce que certains auteurs appellent " la puissance du système de paiement " <sup>16</sup>). L'évolution récente du modèle MERRI ouvre la voie pour une réflexion plus large sur le financement de l'ensemble des missions de service public basée, autant que cela est possible, sur des indicateurs d'activité<sup>17</sup>. Enfin, après la phase de montée en charge du dispositif, la plupart des observateurs et des acteurs du secteur hospitalier appellent de leurs vœux une stabilisation du système pour permettre l'évaluation de la réforme et accroître la visibilité des établissements sur plusieurs années, condition *sin qua non* d'un management opérationnel et stratégique efficace.

L'extension programmée de la T2A aux activités SSR<sup>18</sup> et psychiatrie (apparemment plus difficile à mettre en œuvre dans ce secteur) doit tenir compte des spécificités de ces activités, notamment au regard de l'hétérogénéité des prises en charge et des pratiques (Cf. Supra). L'harmonisation des modalités de financement entre les différents secteurs d'hospitalisation (notamment entre les secteurs MCO et SSR) est cependant importante pour limiter certains comportements stratégiques de transferts des patients vers des secteurs non soumis à la T2A.

La réforme de la gouvernance des établissements a accompagné la mise en œuvre de la tarification à l'activité (Plan " Hôpital 2007 ", loi HPST). Le plan Hôpital 2007 entame la réforme de la gouvernance hospitalière, avec notamment la création des pôles d'activité<sup>19</sup>. La loi HPST<sup>20</sup> poursuit la réforme de la gouvernance hospitalière avec l'objectif de " clarifier et de renforcer " le pilotage à l'hôpital (installation du conseil de surveillance et du directoire, renforcement des pouvoirs de gestion des directeurs). Un rapport d'évaluation de la mise en œuvre de la loi HPST est prévu pour l'été 2011<sup>21</sup>. Les évolutions constatées dans le secteur hospitalier tiennent non seulement à la réforme de la tarification mais aussi à ces évolutions structurelles. Il est souvent difficile de distinguer l'impact respectif de l'une et des autres.

9/DREES (2009) *Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A*. Document de travail N°94, DREES, septembre : 63 pages.

10/POPE GC (1990) *Using hospital-specific costs to improve fairness of prospective reimbursement*. *Journal of Health Economics*; 9(3) : 237-251.

11/DE POUVOURVILLE G (2009) *Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en œuvre de la tarification à l'activité*. *Revue Economique* ;9(2) : 457-470.

12/OR Z, RENAUD TH (2009) *Analyse comparative du coût de la prise en charge de neuf pathologies et interventions courantes dans le secteur public hospitalier*. *Dossiers Solidarité et santé " Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale des coûts (ENC) "*, n°9 : 53 pages. - 13/OR Z, RENAUD TH, COM-RUELLE L (2009) *Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre secteurs public et privé en France*. IRDES, Document de travail n°25, mai : 36 pages.

14/DGOS (2009) *Rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire* : 63 pages. - 15/MIGAC : *Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation* ; MERRI : *Missions Enseignement Recherche Recours et Innovation*. - 16/CASH R, GRIGNON M, POLTON D (2003) *L'expérience américaine et la réforme de la tarification hospitalière en France - Commentaire de l'article de J. Newhouse*. *Economie Publique* ; 13(2) : 3-15. - 17/La loi HPST définit ces missions et crée les établissements de santé privés d'intérêt collectif en lieu et place des ex-PSPH. - 18/SSR : *Suite de Soins et Réadaptation*. - 19/http://www.sante-sports.gouv.fr/gouvernance-hospitaliere.html

20/LOI 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

## 2. Au-delà de l'activité, promouvoir la qualité des soins

La tarification à l'activité rémunère un établissement pour un service indépendamment de la qualité de la prestation. Cela ne signifie pas que la qualité est absente du modèle de tarification puisque les recettes d'activité d'un établissement dépendent du nombre de séjours réalisés. Les modèles microéconomiques admettent généralement que le recrutement d'un établissement dépend de la qualité perçue des soins par la population. En d'autres termes, ces modèles supposent que les patients " votent avec leurs pieds ". Dans cette perspective, l'information du grand public par le biais de palmarès ou la publication d'indicateurs de qualité contribuent à accroître la sensibilité de la demande par rapport à la qualité et ce faisant, à limiter les effets pervers de la tarification prospective des séjours. Cette modalité de régulation de la qualité est-elle suffisante et équitable ? Quel rôle peut jouer la concurrence entre les établissements si l'offre de soins est localement limitée ? A quel coût ? Comment les informations sur la qualité des soins sont-elles comprises par les différentes catégories de population ? La régulation efficace de la qualité des soins suppose d'agir concomitamment sur les prestataires de soins. C'est l'objet même de la certification des établissements et des professionnels de santé ainsi que de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Ces dispositions visent à garantir que les soins sont prodigués dans des structures adaptées par des professionnels formés et compétents. Depuis quelques années, de nouvelles modalités de tarification des prestataires de soins ont été développées dans les pays anglo-saxons. Elles proposent de moduler la rémunération versée aux prestataires de soins, médecins ou hôpitaux, au regard de leur performance (en anglais, *pay-for-performance* ou en abrégé, P4P). Elles sont dorénavant largement diffusées aux États-Unis et au Royaume-Uni. Elles commencent à apparaître en France (en médecine de ville, au travers des CAPI). Ces dispositifs doivent-ils être développés dans le secteur hospitalier français, en complément des contrats de performance signés entre les hôpitaux, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et les Agence Régionales de Santé (ARS) ? Encore faut-il, dans un premier temps, distinguer les notions de performance et de qualité des soins. La performance est un concept large et multidimensionnel. Selon Sicotte et alii (1999)<sup>22</sup>, la performance d'un établissement de santé passe par la recherche d'un équilibre dynamique entre quatre fonctions, à savoir : une fonction d'atteinte des objectifs (capacité de l'hôpital à produire des résultats de santé favorables, de manière efficiente et en satisfaisant les attentes des différents groupes d'intérêts), une fonction d'adaptation (capacité à acquérir les ressources nécessaires, à attirer la clientèle, à répondre aux besoins et attentes de la population),

**A ce jour, il y a peu d'éléments probants dans la littérature sur l'efficacité des systèmes de paiement à la performance dans le secteur hospitalier.**

une fonction de production de service (capacité à utiliser de manière optimale les ressources disponibles, ce qui englobe les notions de productivité, de coordination et de qualité des soins) enfin, en support, une fonction de maintenance autour des valeurs fondamentales (professionnalisme, dévouement). Dans ce modèle, la qualité des soins relève clairement de l'une des quatre dimensions de la performance d'un hôpital. A ce jour, les indicateurs retenus par l'ANAP reflètent une définition beaucoup plus étroite de la performance des établissements. La mise en place d'un système de paiement à la qualité suppose de définir les indicateurs. Ces derniers se répartissent, selon une typologie désormais classique, en trois grandes catégories : les indicateurs de structure ou d'organisation, les indicateurs de processus et les indicateurs de résultats. Ces indicateurs retenus doivent couvrir un large champ de l'activité, faire l'objet d'un large consensus quant à leur pertinence, pouvoir être renseignés de routine à un coût raisonnable et posséder de bonnes propriétés métrologiques. En France, le projet COMPAQH<sup>23</sup> développe des indicateurs pour le compte des Pouvoirs Publics. Les designs des programmes P4P sont aussi très variables. On distingue les mécanismes compétitifs des mécanismes non compétitifs. Dans le premier cas de figure, les hôpitaux sont en concurrence pour obtenir les paiements additionnels (par exemple, dans le cadre de tournois, seuls les meilleurs bénéficient de l'abondement tarifaire, parfois au détriment des établissements moins bien classés). Dans l'autre cas de figure, les hôpitaux ne " jouent " pas les uns contre les autres (par exemple, lorsque l'atteinte d'une valeur cible déclenche le paiement additionnel ou lorsque l'amélioration de la valeur de l'indicateur

par rapport à une valeur de référence est récompensée en tenant compte ou non des niveaux de performance déjà atteints). Le choix d'un mécanisme repose sur des considérations d'efficacité, d'acceptabilité et de faisabilité technique. A ce jour, il y a peu d'éléments probants dans la littérature sur l'efficacité des systèmes de paiement à la performance dans le secteur hospitalier. Une dizaine d'évaluations ont été publiées à ce jour<sup>24,25</sup>. Elles portent majoritairement sur le programme expérimental initié par Medicare aux États-Unis intitulé " CMS-Premier Hospital Quality Incentive Demonstration " (HQID)<sup>26</sup>. Les auteurs parviennent aux conclusions suivantes :

- 1) les évaluations recensées dans la littérature souffrent toutes de limites méthodologiques importantes ;
- 2) la qualité des soins, principalement appréhendée au travers d'indicateurs de processus, s'améliore dans les hôpitaux participant aux programmes P4P mais de manière limitée (amélioration à deux ans de 2,6% à 4,1% selon l'indicateur considéré, en tenant compte du niveau initial de performance<sup>27</sup>) ;

21/Commission présidée par M. JP Fourcade. - 22/SICOTTE CL, CHAMPAGNE FR, CONTANDRIOPOULOS AP (1998) A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research* ; 11 : 24-48. - 23/COMPAQH : COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière. - 24/MEHROTRA A, DAMBERG CL, SORBERO EMS, TELEKI SS (2009) Pay for performance in the hospital setting: what is the state of evidence ? *American Journal of Medical Quality* ; 24(1) : 19-28. - 25/RYAN A (2009) Hospital-based pay-for-performance in the United-States. *Health Economics* ; 18 : 1109-1113. - 26/Depuis mars 2003, environ 250 hôpitaux américains volontaires participent à une expérimentation P4P portant sur 33 indicateurs concernant 5 affections : l'insuffisance cardiaque, l'infarctus du myocarde, la pneumonie, le pontage coronarien et la pose de prothèses de genou et de hanche. Pour chacun des indicateurs retenus, les hôpitaux figurant dans le premier décile de la distribution reçoivent un bonus équivalent à 2% des remboursements de Medicare. Les hôpitaux figurant dans le décile suivant bénéficient d'un bonus de 1%. Les hôpitaux n'étant pas parvenus en fin de troisième année à atteindre le niveau de performance des hôpitaux figurant dans les deux derniers déciles de la distribution à l'initiation de l'étude sont pénalisés (malus : 1 à 2%). - 27/LINDENAUER PK, REMUS D, ROMAN S, ROTHBERG MB, BENJAMIN EM, MA A, BRATZLER DW (2007) Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. *New England Journal of Medicine* ; 356: 486-96.

3) il n'y a pas d'impact sur la morbi-mortalité<sup>28,29,30</sup>.

Face à ce constat mitigé, nombre de questions sont posées : les incitations placées sur les établissements sont-elles appropriées ? Le choix des indicateurs est-il pertinent ? L'ampleur des modulations tarifaires est-il suffisant ? Les mécanismes d'incitation retenus (les designs) sont-ils les plus efficaces ? La question de l'impact du P4P sur la réduction des inégalités d'accès aux soins est aussi posée aux États-Unis dans la mesure où les établissements qui profitent des paiements additionnels sont déjà les mieux dotés et ne desservent pas les populations les plus précaires<sup>31</sup>. En conclusion, si le P4P offre des perspectives intéressantes tant au regard de la qualité des soins que de la réduction des coûts, de nombreuses questions restent cependant en suspens. Des expérimentations, à partir du projet COMPAQH, sont nécessaires pour déterminer les modalités de fonctionnement

**Avec l'objectif d'améliorer la performance du système de soins, la forfaitisation peut être étendue pour prendre en compte l'ensemble des soins nécessaires à la prise en charge du patient avant et après le séjour hospitalier.**

d'un dispositif de ce type et pour en tester la pertinence et l'acceptabilité dans le contexte du système de soins français<sup>32</sup>. Des simulations doivent aussi être réalisées pour estimer l'ampleur des transferts entre établissements. D'autres dispositifs ont été implémentés aux États-Unis. Le dispositif le plus contraignant<sup>33</sup> ne finance pas les séjours hospitaliers imputables à des complications évitables (par exemple, les reprises chirurgicales, les infections nosocomiales...). Ce type de dispositif peut être facilement étendu aux admissions injustifiées ou inadéquates (en tenant compte de la structure de l'offre locale). D'un point de vue méthodologique, la difficulté consiste à distinguer les complications évitables et imputables au prestataire, des complications inhérentes à l'état de santé du patient et à l'évolution de la maladie. L'identification des hospitalisations injustifiées est peut-être plus aisée.

### 3. Payer le séjour hospitalier ou la prise en charge du patient ?

La T2A rémunère uniquement le séjour hospitalier (ou la consultation, la séance...). Avec l'objectif d'améliorer la performance du système de soins (qui dépend principalement de la qualité de la coordination entre les acteurs) et non celle d'un acteur pris isolément (distinction que les économistes introduisent entre efficacité individuelle et efficacité sectorielle), la forfaitisation peut être étendue pour prendre en compte l'ensemble des soins nécessaires à la prise en charge du patient, y compris avant et après le séjour hospitalier, sur une période déterminée, sur la base d'un référentiel de bonnes pratiques (" episode-based payment "). La définition de l'épisode peut être adaptée au contexte. La mise en œuvre de ce type de tarification suppose qu'un " pool " de prestataires se crée pour

prendre en charge le patient (ou les patients). Les offreurs composant ce consortium définissent librement, entre eux, les modalités de collaboration et les règles de partage du tarif. Ils répondent collectivement aux exigences de qualité des soins. Le concept semble intéressant mais les mises en application pratiques sont encore rares. La mise en œuvre de ces nouvelles modalités de tarification pose des questions d'ordres conceptuel et méthodologique<sup>34</sup> et est *a priori* difficile en France compte tenu du cloisonnement du système de soins (sauf peut-être dans le cadre de réseaux). Les ARS, qui couvrent à la fois l'offre de soins hospitaliers et ambulatoires ainsi que le secteur médico-social peuvent-elles à terme jouer le rôle d'acheteur de soins et favoriser l'intégration des acteurs de santé ?

### En conclusion

Le secteur hospitalier a connu ces dernières années de nombreuses réformes importantes (généralisation de la T2A, réforme de la gouvernance hospitalière) qui en ont modifié en profondeur le fonctionnement. Toutes les réformes engagées n'ont pas encore produit pleinement leurs effets. Deux grandes thématiques peuvent structurer la prospective en matière de réformes de la tarification hospitalière : la prise en compte des indicateurs de qualité pour le financement des établissements d'une part, la poursuite des réflexions sur l'apport des systèmes de type " episode-based " d'autre part.

28/GLICKMAN SW, OU FS, DELONG ER, ROE MT, LYTLE BL, MULGUND J, RUMSFELD JS, GIBLER WB, OHMAN EM, SCHULMAN KA, PETERSON ED (2007) Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *Journal of American Medical Association* ; 297(21) : 2373-2380. - 29/BHATTACHARYA T, FREIBERG AA, MEHTA P, KATZ JN, FERRIS T (2009) Measuring the report card: the validity of pay for performance metrics in orthopedic surgery. *Health Affairs* ; 28(2): 526-532. - 30/RYAN AM (2009) The effects of premier hospital quality incentive demonstration on mortality and hospital costs in medicare. *Health Services Research* ; 64(3): 821-842. - 31/HASNAIN-WYNYIA R, JEAN-JACQUES M (2009) Filling the Gaps between performance Incentive Programs and Health Care Quality Improvement. *Health Services Research* ; 44(3) : 777-783. - 32/COMPAQH (2008) Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : états des lieux et perspectives. Synthèse du séminaire organisé conjointement par la DHOS, la CNAMTS et la HAS. Juillet : 36 pages. <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/data/04utilisations/Rapport4pcompaqh.pdf> - 33/ROSENTHAL MB (2008) Beyond Pay for Performance - Emerging Models of Provider-Payment Reform. *New England Journal of Medicine* ; 359(12) : 1197-1200. - 34/HUSSEY P, SORBERO M, MEHROTRA A, LIU H, DAMBERG C (2009) Using Episodes of Care as Basis for Performance Measurement and Payment : Moving from Concept to Practice. *Health Affairs* ; 28(5) : 1406-1417.