



BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Le paiement à la performance: Leçons de l'expérience des pays de l'OCDE

Présentation à l'occasion du séminaire organisé par la DREES le 29 novembre 2011, Paris

Michael BOROWITZ, Economiste de la Santé (expert senior),
Health Division OECD

Projet en collaboration avec:

Raphaëlle BISIAUX, OCDE

Cheryl CASHIN, Banque Mondiale/OCDE

Y-Ling CHI, OCDE

Richard SCHEFFLER, UC Berkeley School of Public Health

Brent FULTON, UC Berkeley School of Public Health

Les objectifs de ce projet :

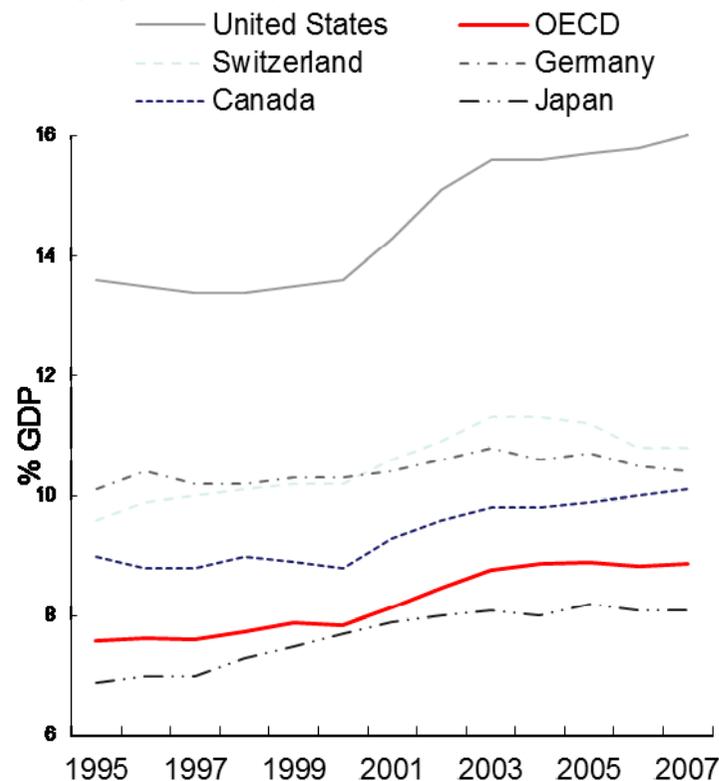
- ❖ Mieux comprendre le fonctionnement des programmes de paiement à la performance (P4P)
- ❖ Evaluer si les programmes ont répondu à leurs objectifs premiers
- ❖ Identifier les obstacles ou les facteurs ayant contribué au succès des programmes.
- ❖ En tirer des leçons pour les pays en développement

| Diversité des programmes évalués dans le cadre du projet | |
|---|---|
| Programmes nationaux de grande envergure | Australie, Nouvelle Zélande, Royaume-Uni, Allemagne |
| Des programmes pilotes faisant partie d'une initiative nationale | Etats-Unis, France, Corée du Sud |
| Petits programmes au niveau local | Brésil |

Le paiement à la performance en réponse à une croissance des dépenses de santé?

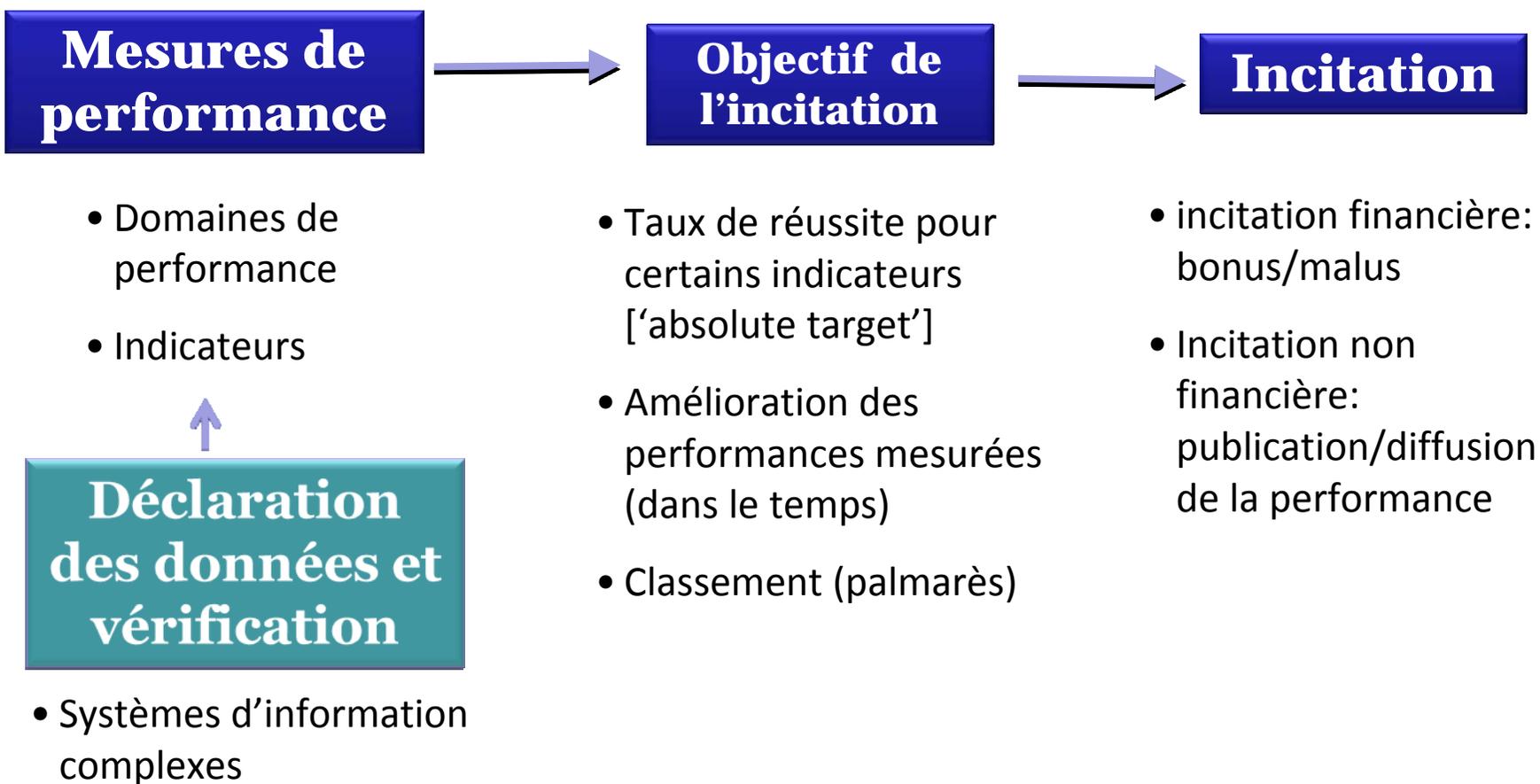
- L'augmentation de l'incidence des maladies chroniques (liée au vieillissement des populations) peut représenter un risque pour la viabilité des budgets de la santé (dans les pays en développement comme dans les pays développés)
- Les modes de rémunération existants peuvent être inefficients
- De nombreux pays de l'OCDE réforment leur mode de paiement en proposant des incitations à améliorer la qualité des soins (P4P)
 - P4P a d'abord été utilisé pour prioriser la prévention et la coordination des soins pour les maladies chroniques.

Total health expenditure as a share of GDP, 1995-2007
Selected OECD countries



Source: OECD Health Data 2009.

| Organisation | Définition |
|--|--|
| Banque Mondiale | Ensemble de dispositifs destinés à améliorer la performance du système de santé via des paiements incitatifs. |
| AHRQ (Agency for healthcare research and quality) | Paiement supplémentaire pour une performance conforme à des indicateurs de qualité . |
| CMS (Center for Medicare & Medicaid Service) | S'appuyer sur le paiement et d'autres incitations pour favoriser l'amélioration de la qualité et des soins personnalisés à forte valeur ajoutée . |
| RAND | Stratégie visant à promouvoir l'amélioration de la qualité en récompensant les prestataires (médecins, établissements de santé) qui satisfont à des critères de performance au regard de la qualité ou de l'efficacité des soins. |
| USAID | Introduire des incitations (en général financières) pour récompenser l'atteinte de résultats de santé positifs . |
| Center for Global Development | Transferts financiers ou matériels conditionnés par la mise en oeuvre de moyens mesurables ou l'atteinte d'objectifs de performance définis. |



Source: Adopted from Scheffler RM: *Is There a Doctor in the House? Market Signals and Tomorrow's Supply of Doctors*, Stanford University Press, 2008.

1. Effets de santé positifs (+)

Les incitations visent au développement d'un ensemble de services et de moyens pour de meilleurs résultats de santé

2. Effets de santé négatifs (-)

Effet pervers des incitations si c'est au détriment d'autres composantes des soins, importantes mais non rémunérées car non observables ou non mesurables

3. Accroissement de l'effort du prestataire (+)

Incitation à accroître l'effort qu'il porte sur l'activité (LICs) ou sur la qualité (HICs)

Exemple :

- **Avant P4P**: un médecin gagne un salaire de \$100,000 pour l'effort e_1
- **Après P4P**: salaire de \$90,000 plus bonus allant de \$0 à \$20,000, avec \$10,000 attendus pour un effort e_2 , tel que $e_2 > e_1$
- **Impacts** : certains salariés démissionnent ; les autres acceptent d'accroître leur effort jusqu'au niveau e_2

4. Coûts de type “prime de risque” (-)

Pour couvrir le risque pris par le prestataire d'être évalué en partie sur des éléments qu'il ne contrôle pas

Ces primes de risque pèsent négativement sur les résultats de santé puisqu'elles réduisent le budget disponible pour les services de santé

5. Coûts de collecte d'information (-)

Les coûts d'information ont aussi impact négatif sur la santé en réduisant le budget disponible pour les services de santé,

6. Solde des externalités (+ or -)

Effet positif ou négatif sur la santé, au delà des effets directs des gains visés par le P4P

Positif – gains sur gouvernance et système d'information

Négatif – moins d'esprit d'équipe

| Country | Bonus for primary care physicians | If so, targets related to: | | Bonus for specialists | If so, targets related to: | | Bonus for hospitals | If so, targets related to: | | |
|-----------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------|-----------------------|----------------------------|-----------------|---------------------|----------------------------|---------|----------------------|
| | | Preventive care | Chronic disease | | Preventive care | Chronic disease | | Clinical outcome | Process | Patient satisfaction |
| Australia | X | X | X | | | | | | | |
| Austria | | | | | | | | | | |
| Belgium | X | | X | X | | X | X | | | |
| Canada | | | | | | | | | | |
| Czech Republic | X | X | | X | | | | | | |
| Denmark | | | | | | | | | | |
| Finland | | | | | | | | | | |
| France | X | X | X | | | | | | | |
| Germany | | | | | | | | | | |
| Greece | | | | | | | | | | |
| Hungary | X | | | | | | | | | |
| Iceland | | | | | | | | | | |
| Ireland | | | | | | | | | | |
| Italy | X | X | X | | | | | | | |
| Japan | X | X | X | X | X | X | X | X | | |
| Korea | | | | | | | X | X | X | |
| Luxembourg | | | | | | | X | | | |
| Mexico | | | | | | | | | | |
| Netherlands | | | | | | | | | | |
| New Zealand | X | X | X | | | | | | | |
| Norway | | | | | | | | | | |
| Poland | X | X | X | X | X | X | | | | |
| Portugal | X | X | X | | | | | | | |
| Slovak Republic | | | | X | | | X | X | X | X |
| Spain | X | X | X | X | | | | | | |
| Sweden | n.a. | | | n.a. | | | n.a. | | | |
| Switzerland | | | | | | | | | | |
| Turkey | X | X | | X | X | | X | | X | |
| United Kingdom | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| United states | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

Tableau récapitulatif des initiatives P4P dans les pays de l'OCDE
 Source: Paris et al., 2010

Paiement aux hôpitaux : utilisation croissante des DRGs

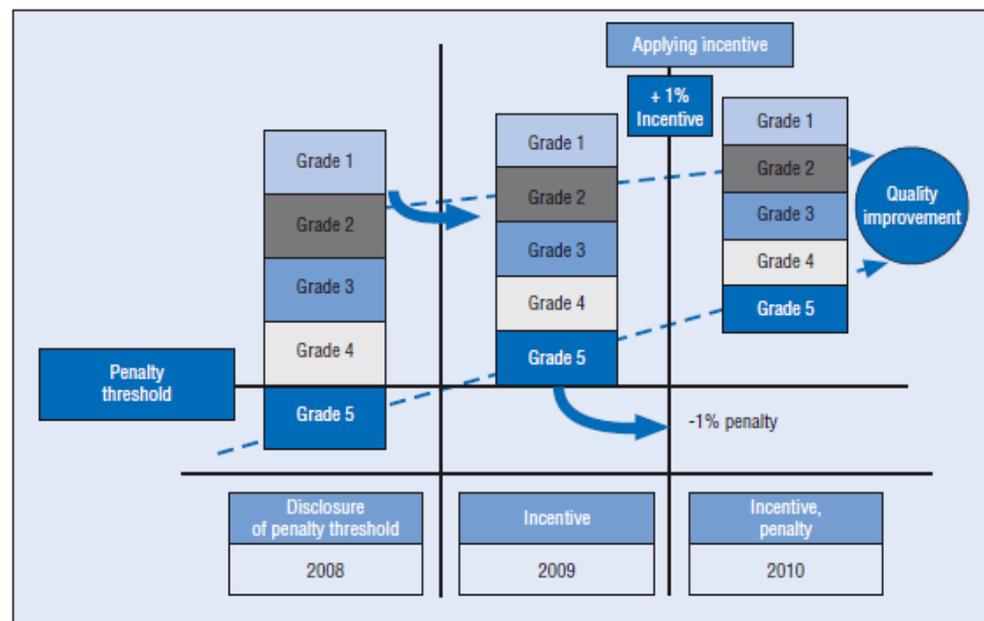
| Country | Hospital payment scheme |
|-----------------|---|
| Australia | Prospective global budget + Payment per case/DRG |
| Austria | Payment per case/DRG (47%) / Retrospective reimbursement of costs (48%) |
| Belgium | Payment per case (45%) + Payment per procedure (41%) + payments for drugs (14%) |
| Canada | Prospective global budget (79%) + per case (9%) + per diem (9%) |
| Czech Republic | Prospective global budget (75%) + per case (15%) + per procedure (8%) |
| Denmark | Prospective global budget (80%) + Payment per case/DRG (20%) |
| Finland | Payment per case/DRG |
| France | Payment per case/DRG |
| Germany | Payment per case/DRG |
| Greece | Per diem and retrospective payment of costs |
| Hungary | Payment per case/DRG |
| Iceland | Prospective global budget |
| Ireland | Prospective global budget (60%) + Payment per case/DRG (20%) + per diem (20%) |
| Italy | Payment per case/DRG |
| Japan | Payment per procedure/service + diagnosis-adjusted per diem |
| Korea | Payment per procedure/service + DRG |
| Luxembourg | Prospective global budget |
| Mexico | Prospective global budget (60%) + line-item (30%) + payment per procedure (10%) |
| Netherlands | Adjusted global budget (80%) + Payment per case/DRG (20%) |
| New Zealand | Prospective global budget + Payment per case/DRG |
| Norway | Prospective global budget (60%) + payment per procedure (40%) |
| Poland | Payment per case/DRG |
| Portugal | Prospective global budget |
| Slovak Republic | Payment per case/DRG |
| Spain | Line-item budget |
| Sweden | Payment per case/DRG (55%) + global budget |
| Switzerland | Payment per case/DRG (2/3 cantons) + global budget |
| Turkey | Line-item budget |
| United Kingdom | Payment per case/DRG (70%) + global budget (30%) |

P4P dans le secteur hospitalier

- Etats-Unis: Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID)
 - Mis en place en 2003, ce programme utilise 34 indicateurs comme base de paiement à la performance.
 - Les bonus peuvent représenter jusqu'à 2% des remboursements d'un DRG par Medicare et de \$100 000 à \$1 million pour le décile supérieur des hôpitaux.
 - Le programme couvre 438 hôpitaux traitant annuellement 400,000 patients.

L'exemple de la Corée: le Value Incentive Program (VIP)

Payment mechanism : penalties and bonuses



Le P4P a souvent été utilisé dans les soins primaires et, plus spécifiquement, pour le suivi des maladies chroniques

| | |
|---|---|
| Practice incentive program (Australie) | Domaine de performance : Asthme et diabète : incitation financière pour l'inscription des patients, observance du traitement, et soins supplémentaires (coordination avec les différents niveaux de soins) |
| CAPI (France) | Application des recommandations de pratique clinique → indicateurs de “process” (par exemple: % de patients diabétiques testés 3 ou 4 fois par an pour le HcA1c) |
| PHO (Nouvelle Zélande) | Ischémie myocardique et diabètes: bonus pour le diagnostic des maladies et l'accompagnement du patient. |
| Quality and Outcomes Framework (Royaume-Uni) | 86 indicateurs sont répartis sur 20 catégories de maladies chroniques (maladies coronariennes, hypertension etc.) – bonus pour l'accompagnement du patient et le contrôle du traitement et de la maladie (ex: % de patients avec une maladie coronarienne qui ont leur tension maintenue à des niveaux normaux). |
| Disease Management Program (Allemagne) | Recommandations de pratique clinique et coordination des soins : le ministère de la santé fournit un supplément financier à la caisse d'assurance pour coordonner une équipe de médecins autour du patient (pour quatre maladies chroniques et le cancer du sein). |

Premiers résultats: récapitulatif

| Scheme | Summary objectives | Results |
|---|--|--|
| France CAPI | Augmenter la prescription de médicaments génériques et améliorer la qualité du traitement des maladies chroniques | Effets positifs pour les soins aux diabétiques – en général amélioration des indicateurs de qualité, réalisés à moindre coût (récemment: inclusion dans les conventions collectives). |
| Disease Management Program (Allemagne) | Améliorer le traitement de 4 maladies chroniques et du cancer du sein. | Augmentation de l'espérance de vie pour les patients diabétiques et réduction des complications liées au manque de coordination autour du patient. |
| Practice Incentive Program (Australie) | Augmenter la durée moyenne des consultations et prioriser des domaines de faible productivité (ex: coordination des soins) | Résultats mitigés : amélioration marginale de la qualité des soins (pour le diabète par exemple) ou pas de changement. Mais très coûteux : 3 milliards de dollars australiens déjà dépensés. |
| PHO (Nouvelle Zélande) | Améliorer la qualité des soins primaires, surtout dans le domaine de la prévention des maladies chroniques et du cancer | Gains marginaux de qualité sur le diagnostic et traitement des patients avec du diabète – mais réellement attribué au programme? |
| QOF (Royaume-Uni) | Améliorer le suivi des patients et prioriser certains services prodigués dans les soins primaires | Analyses quantitatives n'ont pas mis en évidence un changement significatif après l'introduction du programme. |

Il est souvent difficile de se prononcer sur l'efficacité de ces nouveaux moyens de rémunération

- L'évaluation de ces programmes a souvent été considérée comme la pièce manquante du processus d'apprentissage et d'échanges d'idées et expériences entre pays, experts dans la sphère académique et société civile (Center for Global Development, 2006)
- **Pourtant, des méthodes d'évaluation rigoureuses existent** : quasi-experimentales et non-experimentales, études randomisées **+ *évaluation qualitative***.
- L'évaluation des programmes P4P est souvent considérée comme accessoire et réalisée de manière peu rigoureuse dans les pays de l'OCDE
- Cependant, l'évaluation pourrait contribuer à la viabilité des programmes en apportant un éclairage positif sur leur impact sur la qualité des soins. Elle serait également profitable aux autres pays qui désirent mettre en place de tels dispositifs, en identifiant les problèmes potentiels et les facteurs ayant contribué à leur réussite.
- L'évaluation devrait être planifiée au préalable (pendant la phase de définition du programme P4P), d'un point de vue budgétaire ET logistique.

Conclusion : le P4P n'est pas la panacée aux problèmes de modes de rémunération

- P4P ne semble pas être une réponse adaptée à tous les problèmes liés aux modes de rémunération classiques. Les résultats de l'évaluation ex-post n'ont donné que très peu de résultats probants, surtout quand il s'agissait de prioriser des tâches complexes et difficiles (plus efficace pour encourager l'utilisation d'ordinateurs pour les médecins anglais).
- Le P4P est également souvent très coûteux, ce qui peut poser un problème dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé (ex: en Angleterre, le QOF représentait 30% du salaire des médecins + coûts de mise en oeuvre = 1 milliard de pounds par année depuis 2004).
- P4P peut être difficile à mettre en place car les programmes se heurtent souvent à l'opposition de la classe professionnelle, et peut être en conflit avec l'agenda politique.
- Cependant, certains programmes ont été très positifs et innovatifs – c'est une bonne approche pour valoriser la qualité des soins sans bouleverser les structures existantes de rémunération (ex: CAPI ou le programme de « disease management » en Allemagne).
- Egalement, la mise en place de programmes P4P est souvent accompagnée d'un équipement en système d'information, meilleure transparence et régulation de la pratique médicale.



Merci pour votre attention!

Michael.BOROWITZ@oecd.org

Australia “Practice Incentives Program (PIP)”

| | |
|---------------------------|--|
| 13 incentive areas | in 3 domains : quality of care, capacity, rural support Ex: Asthma, Diabetes incentives, Quality prescribing, rural loading, ehealth... |
| Basis for reward: | Flat rate for achieving minimum criteria, then per patient-equivalent or per-service |
| Level of reward | Average payment to a practice in 2009-2010 A\$57,800 (4 - 7% of total practice income) |
| Results | Diabetes: mixed results Practice nurse incentive: management of chronic conditions ++ Asthma: positive results Accreditation: improvements before hand |
| Potential pitfalls | ‘P4P a la carte’ : organizational problems Incentives set too low compared to management and administrative costs are high Costly long term investment (with 97% of practices participating) Better evaluation needed |

Brazil “Programa de Incentivo para a Melhoria do Desempenho na Saude da Familia (PIMESF)”

| | |
|---------------------------|---|
| 6 indicators | addressing specific health gaps in the municipality: Cervical screening in women between 25 and 59 years old 7 prenatal appointments per pregnant woman Vaccination coverage |
| Basis for reward: | “All-or-nothing” payment if all 6 targets are met |
| Level of reward | flat rate 20% of salaries of team members |
| Results | <ul style="list-style-type: none">• Important positive spillovers, especially on data reporting, transparency, culture of performance among health staff• Very positive: family teams meet on a regular basis to share progress reports and discuss the targets -> dissemination of good practices• Not measured: health outcomes. |
| Potential pitfalls | <ul style="list-style-type: none">• Data are collected from team members routine reporting• External evaluation lacks appropriate design : impact on health outcomes not clear• Targets may be set up too low and payments are complicated to understand |

France “Contracts to Improve Individual Practice (CAPI)”

| | |
|----------------------------------|---|
| <p>16 indicators</p> | <p>in 3 domains—prevention, chronic disease management, cost-effective prescribing</p> <p>Vaccination rate against flu among 65+ patients</p> <p>Share of diabetic patients who had an eye exam in past year</p> <p>Prescription of generics for antibiotics out of total prescription of antibiotics (number of boxes)</p> |
| <p>Basis for reward:</p> | <p>Calculation of an achievement rate for each indicator</p> |
| <p>Level of reward</p> | <p>on average earned EUR 3 000 per physician per year, which accounts for 3% of average total earnings for a primary care physician</p> |
| <p>Results</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Process indicators: very positive results: An extra 12 000 diabetic patients have benefited from HcA1c doses 3 or 4 times during the year (+4.2 percentage points) • Cost-containment system: financed through savings from prescription • It is worth noting that preventive care achieved smaller improvements compared to other performance domains. |
| <p>Potential pitfalls</p> | <ul style="list-style-type: none"> • CAPIs’ expansion will not be possible without a modification of collective agreements – deal with a complex environment • prescription problems: very small improvement given the initial level • Design of the evaluation : paying for services that would have been provided anyway? |

U.K. “Quality and Outcomes Framework (QOF)”

| | |
|---------------------------|--|
| 129 indicators | in 4 domains—clinical care, organizational, patient experience, additional services |
| Basis for reward: | Targets with maximum point values--a flat-rate paid per point achieved // Practices accumulate quality points according to performance up to a maximum of 1,000 points. |
| Level of reward | The average payment to a GP practice was £74,300 in 2004-05 (30% of average total earnings) and £126,000 in 2005-06. |
| Results | <ul style="list-style-type: none"> • Modest improvements in outcomes for asthma and diabetes • Recent study of 470,000 British patients with hypertension found no impact on rates of heart attacks, kidney failure, stroke or death – Improve health outcomes? • BUT: good investment in IT: Rates of recording increased for all risk factors (including those not in QOF) • Providers use electronic medical records and record patient-level data directly during the consultation – £30 million for Primary Care Trusts to upgrade clinical data systems |
| Potential pitfalls | <ul style="list-style-type: none"> • A costly scheme • Since the QOF started, GP practices consistently have achieved >95% of possible points (range: 88-97%) – paying for what they are asked for anyway? • The effect of QOF on patient experience is minimal and research shows continuity of care has decreased. • Trend of improvement prior to introduction of QOF |