

ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΜΟΙΒΗ ΒΑΣΕΙ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Δημήτριος Κοσμίδης¹, Δημήτριος Θεοφανίδης²

1.MSc, PhD, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

2.MSc, PhD, Επίκουρος καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος

DOI: 10.5281/zenodo.7483332

Cite as: Kosmidis, Dimitrios, & Theofanidis, Dimitrios. (2022). PAY FOR PERFORMANCE IN HEALTHCARE: CHALLENGES FOR CLINICAL NURSES. *Perioperative Nursing (GORNA)*, E-ISSN:2241-3634, 11(2), 123–137.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7483332>

Περίληψη

Εισαγωγή: Τα συστήματα «αμοιβών βάσει επίδοσης» (Pay For Performance) στην υγεία, είναι προγράμματα «αμοιβών βάσει επιδόσεων» ή άλλων κινήτρων, στα οποία η αμοιβή ή γενικότερα η «επιβράβευση» γίνεται βάσει συγκεκριμένων ποιοτικών στόχων. Παρότι στη διεθνή πραγματικότητα τα προγράμματα αυτά έχουν εφαρμοστεί πιλοτικά σε πολλές χώρες, στην Ελλάδα η βιβλιογραφία είναι ελάχιστη. **Σκοπός:** Η περιγραφή των προγραμμάτων που παρέχουν οικονομικά κίνητρα βάσει επιδόσεων στην υγεία, η παρουσίαση των βασικών χαρακτηριστικών τους καθώς και η σύνοψη απόψεων των νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας από την εμπειρία τους σε τέτοια προγράμματα. **Μεθοδολογία:** Ακολουθήθηκε μεθοδολογία αναζήτησης ερευνητικών δεδομένων στις ηλεκτρονικές βάσεις PubMed, Scopus και Google Scholar. **Αποτελέσματα:** Στα συστήματα τύπου αμοιβών βάσει επιδόσεων, παρότι δεν έχει αποδοθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Τα κυριότερα από αυτά είναι: 1) τα πεδία στα οποία απευθύνονται όπως η πρωτοβάθμια περίθαλψη, οι εξειδικευμένες υπηρεσίες και τα νοσοκομεία, 2) οι τομείς εφαρμογής τους, όπως η ποιότητα, η πρόσβαση και η αποδοτικότητα, 3) ο τρόπος μέτρησης της επίδοσης, όπως οι δείκτες ποιότητας και αποδοτικότητας και 4) οι κανόνες αμοιβής ή επιβράβευσης. Οι στάσεις και οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας που αναφέρονται σε τέτοια προγράμματα είναι τόσο θετικές όσο και αρνητικές. **Συμπεράσματα:** Η βιβλιογραφία δείχνει ότι το κίνημα των αμοιβών βάσει επιδόσεων στην υγεία παραμένει με αποσπασματική εφαρμογή, τα αποτελέσματά του μέτρια και η πρόοδος του αργή. Ωστόσο, το εγχείρημα θεωρείται πολύ πρόσφατο για να αξιολογηθεί. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας είναι μάλλον θετικές, ωστόσο οι νοσηλευτές ιδιαίτερα, εκφράζουν αμφιβολίες και ύπαρξη αδικιών στην εφαρμογή τους. Το μέλλον αυτών των προγραμμάτων φαίνεται ότι θα εξαρτηθεί από την εξέλιξη και την προσαρμογή των τεχνικών χαρακτηριστικών τους, την αποδοχή των επαγγελματιών και την περαιτέρω ενδελεχή έρευνα στα συνολικά αποτελέσματά τους.

Λέξεις κλειδιά: Αμοιβή βάσει επίδοσης, υγειονομική φροντίδα, χαρακτηριστικά, απόψεις, νοσηλευτική

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Κοσμίδης Δημήτριος, Διεύθυνση: Ζαρκαδιά, Δήμος Νέστου 64200, Καβάλα, Email: kosmidis_gr@yahoo.gr, Κινητό: 6945198861

REVIEW ARTICLE

PAY FOR PERFORMANCE IN HEALTHCARE: CHALLENGES FOR CLINICAL NURSES

Dimitrios Kosmidis¹, Dimitrios Theofanidis²

1. MSc, PhD, General Hospital of Kavala

2. MSc, PhD, Nursing Department, International Hellenic University, Thessaloniki, Greece

Abstract

Introduction: "Pay-For-Performance" are performance-based payment or other incentive schemes in which 'rewards' are based on specific qualitative targets. Although in the international healthcare arena these programs have been tested extensively, in Greece the literature is scarce. **Aim:** A description of programs that provide performance-based financial incentives in health care, a presentation of their key features, and a summary of the views of nurses and other health care professionals from their experience with such programs. **Methodology:** Research data search methodology in PubMed, Scopus and Google Scholar, online databases was followed. **Results:** Although in Pay-For-Performance type schemes, a commonly accepted definition has not been attributed globally yet, they do share some common characteristics: 1) the focus of the fields they address i.e. primary care, specialized services and hospitals; 2) the domain of application such as quality, access and efficiency; 3) the measures of performance, e.g. quality or efficiency indicators; and 4) the payment or reward rules. The attitudes and opinions of health professionals referring to such programs are both positive and negative. **Conclusions:** The literature suggests that the pay-for-performance based movement in healthcare remains fragmented in implementation, with moderate results and slow progress. Health professionals' attitudes are rather positive, however, nurses in particular, express doubts and inequities in implementation. These projects are considered too recent to be evaluated. The future of these programs depends on the evolution and adaptation of their technical features, acceptance by healthcare professionals, and further in-depth research into their overall outcomes.

Keywords: Pay for performance, healthcare, characteristics, attitudes, nursing

Corresponding author: *Dimitrios Kosmidis, Address: Zarkadia, Municipality of Nestos, 64200, Kavala, Greece, Email: kosmidis_gr@yahoo.gr, Tel: +30 6945198861*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι ευρέως αναγνωρισμένο ότι, τα συστήματα υγείας όλων των τύπων παρουσιάζουν κενά μεταξύ των βέλτιστων πρακτικών που υποστηρίζονται από αποδεικτικά στοιχεία και την πραγματική παροχή υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, παρά τα αυξημένα επίπεδα δαπανών για την υγεία και πολλές άλλες μεταρρυθμίσεις στις παροχές υπηρεσιών, τα κενά αυτά εξακολουθούν να υφίστανται. Μια σειρά από μελέτες¹ σε παγκόσμιο επίπεδο αποκάλυψε συγκεκριμένα παραδείγματα διαφοροποιήσεων στην ποιότητα της περίθαλψης και φροντίδας, ακόμη και στα πιο προηγμένα συστήματα υγείας. Παρά τους διάφορους τύπους πολιτικών κινήτρων για την αντιμετώπιση των κενών στην ποιότητα, όπως οι κατευθυντήριες οδηγίες θεραπείας, η προώθηση του ανταγωνισμού, της δημοσιοποίησης των ποιοτικών δεδομένων και διαφόρων μορφών διαπίστευσης ποιότητας (ISO) και την κάποια επιτυχία που είχαν αυτά τα μέτρα σε ορισμένα πεδία, φαίνεται ότι τα οφέλη τους συνολικά ήταν μέτρια.¹

Πριν από δύο περίπου δεκαετίες τα κενά στην υγεία (οι μη βέλτιστες πρακτικές και μη βασισμένες σε αποδείξεις), τα παρατηρούμενα ιατρικά λάθη και το αυξανόμενο κόστος στην υγεία, οδήγησαν τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, σε μια στροφή της προσοχής τους σε πιο ισχυρά μέσα για την αλλαγή της συμπεριφοράς των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης: στον μηχανισμό των αμοιβών τους.¹ Με αυτόν τον τρόπο, από την μία πλευρά οι αμοιβές θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ώστε να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των παρόχων υπηρεσιών υγείας υπέρ των ασθενών ενώ από την άλλη θα μπορούσαν οι ασθενείς ή οι ενδιάμεσοι αυτών, όπως τα ασφαλιστικά ταμεία, να περιορίσουν το κόστος και τα μη επιθυμητά αποτελέσματα.²

Παρά το γεγονός ότι τα κλασσικά συστήματα αμοιβών όπως η αμοιβή με πάγιο μισθό, οι αμοιβές βάσει υπηρεσιών (Fee-For-Service: FFS), οι ομαδοποιημένες

πληρωμές (Bundled payments) και η κατά κεφαλή αμοιβή (Capitation), επηρεάζουν σε κάποιο βαθμό την ποσότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, οι παραδοσιακοί αυτοί τρόποι πληρωμής δεν ανταμείβουν «δίκαια» τους παρόχους για την παροχή καλύτερης ποιότητας φροντίδας.^{3,4} Η προέλευση του κινήματος αμοιβών μέσω κινήτρων ήταν ένα φυσικό επακόλουθο αλλά και μια ανάγκη που ξεκίνησε στον ιδιωτικό τομέα στις ΗΠΑ στα τέλη της δεκαετίας του 1990 μετά τις εκθέσεις του Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM) για τα ιατρικά λάθη και τις αποκλίσεις από τις κλινικές οδηγίες των βέλτιστων πρακτικών.^{5,6} Βασική σύσταση των εκθέσεων αυτών ήταν ότι τα κίνητρα αμοιβών για τους παρόχους έπρεπε να προσαρμοστούν εκ νέου για να υποστηρίξουν τη βελτίωση της ποιότητας. Αυτές οι αναφορές συνέπεσαν χρονικά και με μια αντίδραση κατά των προσπαθειών για τον περιορισμό του κόστους στην υγεία, οι οποίες θεωρήθηκαν ότι αγνοούν τις συνέπειες στην ποιότητα.⁷

ΟΡΙΣΜΟΙ

Στα προγράμματα που δημιουργήθηκαν με το κίνημα αυτό είχαν αρχικά μεγάλες προσδοκίες. Ονομάστηκαν «αμοιβή/ές βάσει επίδοσης» ή «πληρωμή/ές βάσει επιδόσεων» («Pay-For-Performance» ή περισσότερο γνωστά με το ακρωνύμιο «P4P» ή «PFP»). Παρότι στη βιβλιογραφία δεν υπάρχει αποδεκτός διεθνής ορισμός για την «αμοιβή βάσει επίδοσης», η ερμηνεία: «έγινε μια προσπάθεια για προσαρμογή των μεθόδων αμοιβών των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης έτσι ώστε να περιλαμβάνουν συγκεκριμένα σαφή κίνητρα και μετρήσεις για την προώθηση της επιδίωξης στόχων ποιότητας ή άλλων επιδόσεων του συστήματος υγείας» - αποτελεί έναν από τους πληρέστερους ορισμούς που δόθηκαν για τα προγράμματα PFP. Ωστόσο, ο όρος «Pay-For-Performance» χρησιμοποιείται εναλλακτικά με άλλους παραπλήσιους όρους, όπως «χρηματοδότηση

βάσει επιδόσεων» (performance-based funding), «πληρωμή για αποτελέσματα» (paying for results) ή «χρηματοδότηση βάσει αποτελεσμάτων» (results-based financing). Άλλοι οργανισμοί επίσης έχουν εισαγάγει προγράμματα αμοιβών βάσει επίδοσης δίνοντας διαφορετικούς δικούς τους ορισμούς.⁸

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η περιγραφή των προγραμμάτων που παρέχουν οικονομικά κίνητρα βάσει επιδόσεων στην υγεία, η παρουσίαση των βασικών χαρακτηριστικών τους καθώς και η σύνοψη απόψεων των νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας από την εμπειρία τους σε τέτοια προγράμματα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για περιγραφική ανασκόπηση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, περιλάμβανε την αναζήτηση ερευνητικών δεδομένων, τα οποία συλλέχθηκαν μέσα από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Google Scholar. Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη βιβλιογραφική αναζήτηση ήταν: «Pay-For-Performance», «incentive programs» «performance-based funding», «paying for results», «healthcare» και «nursing».

Τα προγράμματα PFP στο διεθνές χώρο

Αυτά τα μοντέλα προγραμμάτων άρχισαν να δοκιμάζονται και λειτουργούν σε αρκετές προηγμένες

υγειονομικά χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ), το Ηνωμένο Βασίλειο (ΗΒ), τη Γερμανία, άλλες χώρες μεσαίων εισοδημάτων όπως η Βραζιλία, η Κίνα και η Ινδία αλλά και χώρες χαμηλών εισοδημάτων όπως το Μπουρούντι, το Αφγανιστάν και η Ρουάντα.^{9,10} Παρά τον αρχικό ενθουσιασμό, οι πρωτοβουλίες προγραμμάτων PFP παρέμειναν κυρίως μικρές και πειραματικές. Το πρώτο πρόγραμμα μεγάλης κλίμακας ιδιωτικού τομέα PFP ξεκίνησε στην Καλιφόρνια των ΗΠΑ το 2003 το οποίο συνεχίζεται έως και σήμερα.²

Ένα άλλο από τα χαρακτηριστικά τέτοια προγράμματα είναι το «Hospital Quality Incentive Demonstration» Project (HQID), στις ΗΠΑ που είχε ως σκοπό, τη βελτίωση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης στους δικαιούχους ασφαλισμένους του προγράμματος Medicare, παρέχοντας οικονομικά κίνητρα σε 262 νοσοκομεία για παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.¹¹ Σε μια προηγούμενη διεξοδική ανάλυση, ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) περιέγραψε τις κυριότερες περιπτώσεις των προγραμμάτων PFP που είχαν αναπτυχθεί στα κράτη μέλη του καθώς και τα κυριότερα χαρακτηριστικά τους (πίνακας 1).⁸ Πολλά από αυτά τα προγράμματα εφαρμόζονται έως σήμερα, άλλα διακόπηκαν ενώ μερικά αντικαταστάθηκαν από άλλα αντίστοιχα. Τα περισσότερα από τα προγράμματα PFP αρχικά εφαρμόστηκαν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ενώ τον Ιανουάριο του 2016, υπήρχαν σε λειτουργία τουλάχιστον 34 προγράμματα και στον ενδονοσοκομειακό τομέα (πίνακας 2).¹²

Πίνακας 1. Προγράμματα PFP σε χώρες του ΟΟΣΑ το 2014.⁸

Όνομασία προγράμματος	Συντομογραφία	Χώρα	Έτος έναρξης
Practice Incentives Programme	PIP	Αυστραλία	1998
Primary Health Care Quality Bonus System	PHC QBS	Estonia	2005
Payment for Public Health Objectives (CAPI)	ROSP	France	2009
Disease Management Programmes	DMP	Germany	2002
Primary Health	PHO	New Zealand	2006

Organization Performance Programme	Performance Programme		
Family Medicine Performance Based Contracting Scheme	FM PBC	Turkey	2003
Quality and Outcomes Framework	QOF	UK	2004
Integrated Healthcare Association Physician Incentive Programme	IHA	US (California)	2002
Social Organizations in Health	OSS	Brazil–Sao Paolo	1998
Value Incentive Programme	VIP	Korea	2007
Maryland Hospital Acquired Conditions Programme	MHAC	US (Maryland)	2010
Hospital Quality Incentive Demonstration Program	HQID	US (National)	2004

Πίνακας 2. Προγράμματα PFP ανά χώρα, με εφαρμογή σε εσωτερικούς ασθενείς το 2016 (νοσοκομειακό περιβάλλον).¹²

Χώρα	Ονομασία προγράμματος	Περιοχή	Χρονολογία	Νοσοκομεία
Αυστραλία	Clinical Practice Improvement Payment	Κουίνσλαντ	2007 (διακόπηκε)	22/111
Αυστραλία	National emergency access targets, national elective surgery target	Σε όλη την Επικράτεια	2012	289/244
Καναδάς	ED P4P	Βρετανική Κολούμπια	2007	14
Καναδάς	ED Wait Time Strategy	Οντάριο	2008	74
Καναδάς	Performance-based Compensation	Οντάριο	2011	άγνωστο
Δανία	Journalauditindikatoren	Νότια Δανία	2009	4
Αγγλία	Advancing Quality	Βορειοδυτική Αγγλία	2008	24
Αγγλία	Never events	Σε όλη την Επικράτεια	2009	άγνωστο
Αγγλία	Commissioning for Quality and Innovation	Σε όλη την Επικράτεια	2009	άγνωστο
Αγγλία	Best practice tariffs	Σε όλη την Επικράτεια	2010	Εξαρτάται από την ένδειξη
Αγγλία	Non-payment for emergency readmission	Σε όλη την Επικράτεια	2011	Μη περιορισμένο
Γαλλία	Indication financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ 1)	Σε όλη την Επικράτεια	2014	222
Γαλλία	Indication financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ 2)	Σε όλη την Επικράτεια	2016	490
Ισραήλ	Pay for performance	Τελ Αβίβ	2009 (διακόπηκε το 2011)	1
Ισραήλ	Never events	Σε όλη την Επικράτεια	2011	μη περιορισμένο

Ιταλία	Applicazione del percorso assistenziale nei pazienti ultrasessantacinquenni con fratture di femore (PAFF)	Λάζιο	2009	-
Ιταλία	CEO remuneration	Τοσκάνη	2006	-
Ιαπωνία	(Ιαπωνικό Πρόγραμμα)	Σε όλη την Επικράτεια	2008	-
Λουξεμβούργο	Incitants qualité	Σε όλη την Επικράτεια	1998	-
Νορβηγία	(Kvalitetsbasert finansiering)	4 περιοχές	2014	-
Δημοκρατία της Κορέας	(Value incentive program)	Σε όλη την Επικράτεια	2007	44
Σουηδία	(Måltrelaterat ersättning)	Δημοτικό Συμβούλιο της Στοκχόλμης	2004	6
Σουηδία	(Måltrelaterat ersättning)	Πάροχοι υπηρεσιών υγείας στη Scania	?	10
Σουηδία	(Måltrelaterat ersättning)	Ουψάλα	2005	2
Σουηδία	(Måltrelaterat ersättning)	Περιοχή Västra Götaland	2005	18
Τουρκία	Performansa dayali ek ödeme sistemi (performance-based supplementary payment system)	Σε όλη την Επικράτεια	2004	-
ΗΠΑ	Hospital Quality Service	Χαβάη	2001	17
ΗΠΑ	Hospital Agreement Incentive Program	Μίτσιγκαν ΗΠΑ	2001	86
ΗΠΑ	Hospital Quality Incentive Demonstration Project	Σε όλη την Επικράτεια	2003-2009 (διακόπηκε)	262
ΗΠΑ	Massachusetts (MassHealth) Hospital Pay for Performance Program	Μασαχουσέτη	2008	τουλάχιστον 62
ΗΠΑ	Non-Payment for Hospital-Acquired Conditions	Σε όλη την Επικράτεια	2008	άγνωστο
ΗΠΑ	Hospital Value-based purchasing (HVBP) incentive payment	Σε όλη την Επικράτεια	2011	4,783
ΗΠΑ	Hospital readmission reduction program (HRRP)	Σε όλη την Επικράτεια	2012	άγνωστο
ΗΠΑ	Hospital-Acquired Condition Reduction Program (HACRP)	Σε όλη την Επικράτεια	2015	άγνωστο

Η θεωρητική βάση των οικονομικών κινήτρων στην υγεία

Με τη στενή του έννοια, το PFP έχει οριστεί ως ένας τρόπος βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης μέσω οικονομικών κινήτρων.¹³ Η θεωρία στην οποία στηρίζονται τα προγράμματα PFP μπορεί να εντοπιστεί στην οικονομική βιβλιογραφία.^{14,15} Η θεωρία αυτή βασίζεται στην κατανόηση ότι οι πάροχοι υπηρεσιών

υγείας μπορούν να παρακινηθούν εξωγενώς από οικονομικά κίνητρα, όταν δηλαδή η βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης ανταμείβεται οικονομικά, αναμένεται να καταβάλλονται μεγαλύτερες προσπάθειες για την επίτευξη καλύτερης ποιότητας.^{16,17} Σε ένα τέτοιο θεωρητικό μοντέλο η μέτρηση της επίδοσης, ο σχεδιασμός του μηχανισμού οικονομικής αμοιβής ή ποινής και το εγγενές κίνητρο των επαγγελματιών και

των οργανισμών που τρέχουν το πρόγραμμα, έχουν μεγάλη σημασία.

Η μέτρηση της επίδοσης σε ένα πρόγραμμα PFP, παίζει πολύ βασικό ρόλο διότι αν δεν είναι σωστή, υπάρχει ο κίνδυνος να υποεκτιμηθεί ή να υπερεκτιμηθεί η επίδοση του παρόχου. Στην ιδανική περίπτωση, οι μετρήσεις της επίδοσης πρέπει να είναι σαφείς ακριβείς, βασισμένες σε έγκυρους δείκτες, ευαίσθητους στις διακυμάνσεις των προσπαθειών του παρόχου και ανθεκτικοί σε χειραγώγηση ή μεροληψία. Στο σχεδιασμό επίσης, πρέπει να διευκρινίζεται το μέγεθος του κινήτρου δηλαδή το μέγεθος ή το ποσοστό του μισθού που συνδέεται με την επίδοση, ο τρόπος που αυτό το ποσό διακυμαίνεται με βάση την ποιότητα, ο τρόπος με τον οποίο αποδίδεται το κίνητρο (ατομικά ή συλλογικά) και αν οι αμοιβές θα βασίζονται σε απόλυτα επίπεδα επίτευξης ή σε σύγκριση με προηγούμενες επιδόσεις ή σε σύγκριση με άλλους παρόχους.

Το εγγενές κίνητρο των επαγγελματιών και των οργανισμών αφορά το βαθμό στον οποίο οι επιθυμητές βελτιώσεις στην ποιότητα ευθυγραμμίζονται με τους επαγγελματικούς στόχους των επαγγελματιών ή των οργανισμών στους οποίους εργάζονται. Εάν για παράδειγμα το πρόγραμμα PFP έρχεται σε αντίθεση ή υπονομεύει το επαγγελματικό κίνητρο, ή τα οικονομικά κίνητρα ενός οργανισμού μπορεί να αποδειχθεί αναποτελεσματικό ή ακόμη και να οδηγήσει σε δυσμενή αποτελέσματα.^{18,19}

Χαρακτηριστικά των προγραμμάτων PFP

Τα προγράμματα PFP προσδιορίζονται από κάποια κοινά συστατικά ή χαρακτηριστικά που περιλαμβάνουν: α) τους τομείς και τη μέτρηση της επίδοσης (π.χ μετρήσεις της ποιότητας) που επηρεάζουν τις αμοιβές, β) τη διαμόρφωση των κανόνων αμοιβής και τα είδη της επιβράβευσης, γ) τη διαμόρφωση των σχετικών κανόνων για την παροχή πληροφοριών και άλλων προτύπων και δ) τις διοικητικές ρυθμίσεις που

καθορίζουν τη διασφάλιση της λειτουργίας του όλου προγράμματος.

Τομείς επίδοσης

Τα περισσότερα από τα προγράμματα PFP έχουν ως βασικούς τομείς επίδοσης την κλινική ποιότητα, την πρόσβαση ή την προτεραιότητα στις υπηρεσίες και την αποδοτικότητα. Η ποιότητα δημιουργεί ιδιαίτερες προκλήσεις όσον αφορά τη μέτρησή της καθώς οι δύο ευρείες διαστάσεις της ποιότητας, τα αποτελέσματα (εκβάσεις) υγείας και η απόκριση του συστήματος υγείας δεν είναι εντελώς αποσαφηνισμένες. Τα αποτελέσματα είναι εύκολα αντιληπτά, ενώ η απόκριση αφορά κυρίως την εμπειρία του ασθενούς και την ικανοποίηση των χρηστών της υγείας (π.χ χρόνος αναμονής). Για την μέτρηση αυτών των διαστάσεων χρησιμοποιούνται δείκτες δομής, διαδικασίας ή αποτελεσμάτων σύμφωνα με το πρότυπο του Donabedian αλλά η χρήση τους ως μέτρα (ή δείκτες) ποιότητας μπορεί να γίνει μόνο εάν αυτά είναι γνωστά και σαφώς καθορισμένα από αντίστοιχα ερευνητικά στοιχεία που αποδεικνύουν την σύνδεσή τους με την βελτίωση της ποιότητας στην υγεία.²⁰ Άλλοι τομείς επίδοσης που βρίσκονται συνήθως στα προγράμματα PFP περιλαμβάνουν κάλυψη υπηρεσιών προτεραιότητας (όπως εμβολιασμοί και διάγνωση ασθενών με καρκίνο και άλλες χρόνιες ασθένειες).⁸

Τα προγράμματα PFP διαφέρουν συχνά μεταξύ χωρών υψηλότερου και χαμηλότερου εισοδήματος. Στις χώρες με υψηλό εισόδημα, η επίδοση που επιβραβεύεται σχετίζεται συνήθως με τον περιορισμό της διαρκώς αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες υγείας υψηλού κόστους και τεχνολογίας, τον περιορισμό των αναποτελεσματικών φροντίδων και την βελτίωση στη συνέχεια της φροντίδας, ιδίως σε χρόνιες ασθένειες. Αντίθετα, στις χώρες με χαμηλό εισόδημα η επιβράβευση αφορά την αποδοτικότητα και σχετίζεται συχνά με την μείωση της χαμηλής παραγωγικότητας των επαγγελματιών υγείας και την ενίσχυση της

κάλυψης βασικών παρεμβάσεων δημόσιας υγείας, όπως ο εμβολιασμός και η προγεννητική φροντίδα.²¹ Στο Αφγανιστάν, το Μπουρούντι και τη Ρουάντα, σε αντίστοιχα προγράμματα PFP, οι πάροχοι επιβραβεύονταν με βάση μια βαθμολογία επίτευξης που αφορούσε μια λίστα υπηρεσιών προτεραιότητας.^{22,23,24} Άλλα παραδείγματα τομέων επίδοσης σε προγράμματα PFP, περιλαμβάνουν την ικανοποίηση των ασθενών (IHA και QOF), την επιβράβευση των γιατρών που εργάζονται στο δημόσιο τομέα αντί στον ιδιωτικό (Τουρκία) ή την διάγνωση ασθενών με φυματίωση (Κίνα).²⁵

Πεδία εφαρμογής προγραμμάτων PFP

Στα προγράμματα PFP υπάρχει διάκριση μεταξύ εκείνων που απευθύνονται στους παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης και εκείνων που στοχεύουν σε νοσοκομεία. Οι στόχοι και τα πεδία εφαρμογής τους συχνά είναι αρκετά διαφορετικά στα δύο αυτά πεδία υγείας, λόγω των προβλημάτων επίδοσης που προσπαθούν να λύσουν, του τρόπου οργάνωσης της φροντίδας και της διαθεσιμότητας των δεδομένων. Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, οι στόχοι συνήθως εστιάζουν στην ποσοστιαία κάλυψη του πληθυσμού με υπηρεσίες που παρέχονται με βάση τις κλινικές οδηγίες, ενώ τα νοσοκομειακά προγράμματα PFP συχνά ορίζονται πιο στενά δηλαδή στην επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων ποιότητας, όπως η μείωση των επιπλοκών ή η τήρηση των κλινικών οδηγιών.⁸

Σε έρευνα του ΟΟΣΑ για τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας του 2012 αναφέρθηκε ότι υπήρχαν 15 χώρες με προγράμματα PFP σε: ιατρούς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, σε εξειδικευμένες υπηρεσίες και σε νοσοκομεία γενικότερα. Η επίδοση στα νοσοκομεία συνδεόταν κυρίως με δείκτες διαδικασιών φροντίδας, με κλινικά αποτελέσματα και με την ικανοποίηση των ασθενών. Ειδικότερα στο Βέλγιο, την Ιαπωνία, την Τουρκία, το Ηνωμένο Βασίλειο και στις ΗΠΑ αναφέρθηκαν προγράμματα PFP και στους τρεις τομείς (πρωτοβάθμια περίθαλψη, εξειδικευμένες

υπηρεσίες και νοσοκομεία) ενώ αντίθετα, η Αυστρία, η Δανία, η Φινλανδία, η Ελλάδα, η Ισλανδία, η Νορβηγία και η Ελβετία δεν αναφέρουν κάποιο πρόγραμμα σε κανένα από τους παραπάνω τομείς.⁸

Η μέτρηση της επίδοσης

Ένα από τα κύρια συστατικά ενός προγράμματος PFP είναι η μέτρηση της επίδοσης που συνδέεται με το κίνητρο αμοιβής και τα χαρακτηριστικά της. Οι δείκτες ή μέτρα ποιότητας που χρησιμοποιούνται, ακολουθούν το γνωστό πρότυπο της δομής, της διαδικασίας και των αποτελεσμάτων. Οι δείκτες που αφορούν τα αποτελέσματα (εκβάσεις) αντικατοπτρίζουν καλύτερα αυτό που οι ασθενείς και οι αγοραστές θέλουν να επιτύχουν, αλλά ταυτόχρονα υπάρχουν πολλές προκλήσεις καθώς αυτά καθορίζονται από πολλούς παράγοντες πέρα της κλινικής φροντίδας (π.χ μέγεθος και η σύνθεση του δείγματος, πιθανή μεροληψία στην επιλογή της σύνθεσης των δεικτών, εγκυρότητα αυτών, κ.α).

Για παράδειγμα πριν τη χρήση των αποτελεσμάτων ως δεικτών ποιότητας είναι απαραίτητη η στάθμισή τους ώστε να αποφευχθεί μια πιθανή επιβολή ποινών σε παρόχους που αντιμετωπίζουν υψηλότερου κινδύνου ή βαριά πάσχοντες ασθενείς. Για το λόγο αυτό έχουν χρησιμοποιηθεί ενδιάμεσα κλινικά αποτελέσματα, (πρόγραμμα IHA των ΗΠΑ, ROSP της Γαλλίας και QOF της Μ. Βρετανίας) όπως ο έλεγχος αρτηριακής πίεσης, τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα, τα επίπεδα χοληστερόλης ή επιπλοκές που μπορούν να αποφευχθούν (πρόγραμμα HAC). Οι δείκτες διαδικασίας (πρόγραμμα PIP Αυστραλία, QBS Εσθονίας, ROSP Γαλλίας, DMP Γερμανίας, και QOF Μ. Βρετανίας) που χρησιμοποιούνται, σχετίζονται συχνά με κλινικές οδηγίες, ή συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις όπως το ποσοστό των ασθενών με διαβήτη υπό θεραπεία. Τέλος σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται και δείκτες δομής (PIP Αυστραλίας), που αφορούν κυρίως τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, τις προμήθειες και το ανθρώπινο δυναμικό.⁸

Σε ότι αφορά τη σύνθεση και τον αριθμό των δεικτών, έχει επισημανθεί ότι πρέπει να επιτυγχάνεται μια ισορροπία. Από την μία πλευρά είναι απαραίτητη η ύπαρξη πολλών αντιπροσωπευτικών δεικτών που να καλύπτουν όσο το δυνατόν πιο πολλές πτυχές της επίδοσης αλλά από την άλλη υπάρχει ο κίνδυνος η μέτρηση της επίδοσης να γίνει υπερβολικά περίπλοκη, διοικητικά και διαχειριστικά επαχθής ή με ασαφή κίνητρα. Για παράδειγμα, στο πρόγραμμα HAC στις ΗΠΑ χρησιμοποιήθηκαν δείκτες που σχετίζονταν με 49 επιπλοκές στη νοσοκομειακή φροντίδα. Αυτή η προσέγγιση θεωρήθηκε αποτελεσματικότερο κίνητρο για την εφαρμογή ολιστικών προσεγγίσεων σε σχέση με τη στόχευση ή την ανακατανομή πόρων σε συγκεκριμένες ποιοτικές μετρήσεις που συνδέονταν με ιδιαίτερο κίνητρο.²⁶ Ωστόσο η ευρεία γκάμα των δεικτών δεν σημαίνει πάντα ότι η ποιότητα αντικατοπτρίζεται πλήρως: για παράδειγμα στο πρόγραμμα QOF χρησιμοποιήθηκαν 142 δείκτες, αλλά παρόλα αυτά δεν υπολογίζονταν βασικοί τομείς ποιότητας, όπως τα διαγνωστικά λάθη ή κάποιες σύνθετες ασθένειες.²⁷

Η διαμόρφωση των κανόνων αμοιβής

Στα προγράμματα PFP μία μέθοδος στον τρόπο αμοιβής (ή ποινής) που εφαρμόζεται είναι η αμοιβή με βάση την απόλυτη επίτευξη ή όχι του μέτρου της επίδοσης: οι πάροχοι επιβραβεύονται μόνο εάν επιτυγχάνεται ο στόχος της ποιότητας, ή ο αριθμός-στόχος των ασθενών (μέθοδος όλα ή τίποτε). Μία άλλη μέθοδος καθορίζει την αμοιβή ή την ποινή βάσει της σχετικής βελτίωσης που επιτυγχάνουν οι πάροχοι. Υπάρχει τέλος και η περίπτωση (ανταγωνιστικό μοντέλο) που καθορίζει την αμοιβή ή την ποινή βάσει της σχετικής κατάταξης σε σχέση με άλλους παρόχους.²⁸

Οικονομική και μη οικονομική επιβράβευση

Το είδος της ανταμοιβής ή της ποινής, μπορεί να είναι οικονομική ή μη οικονομική, ή συνδυασμός και των δύο μαζί. Το είδος της ανταμοιβής καθώς και το μέγεθος του

κινήτρου παρότι δεν έχει αποδειχθεί με σαφή ερευνητικά αποτελέσματα, θεωρούνται κομβικά στην επιτυχία των προγραμμάτων. Επιπλέον, οι μελέτες που συσχέτισαν το μέγεθος του κινήτρου με τις συνολικές επιπτώσεις του PFP ή με τη βελτίωση της επίδοσης κατέληξαν στο ότι η επίδραση του μεγέθους είτε ήταν πολύ μικρή²⁸ είτε δεν υπήρχε καμία σημαντική συσχέτιση.²⁹

Έχει διαπιστωθεί ότι, το ποσοστό επιβράβευσης με τη μορφή κάποιου μόνους ή αντίθετα της ποινής με βάση την επίδοση που έχει «νόημα» ώστε να αποτελεί κίνητρο, έχει σχέση με τις σταθερές αμοιβές που έχει ήδη ο πάροχος. Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, τα ποσοστά μόνους των επαγγελματιών υγείας στο πρόγραμμα HQID είναι συνήθως μικρά σε απόλυτους όρους. Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι το κόστος αυτό μπορεί να είναι σημαντικό στο σύνολό του για ένα νοσοκομείο.

Τα κίνητρα σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να είναι πιο ισχυρά εάν αυξάνονται παράλληλα με την επίδοση. Για παράδειγμα το PIP της Αυστραλίας, το QBS της Εσθονίας, το ROSP της Γαλλίας, το DMP στη Γερμανία, το PHO στη Νέα Ζηλανδία, το Τουρκικό FM PBC και το QOF είχαν υψηλότερα ποσοστά πληρωμής για υψηλότερα επίπεδα επιδόσεων, (συνήθως μετά την επίτευξη ενός ελάχιστου ορίου). Τέλος, το είδος της ανταμοιβής μπορεί να μην είναι πάντα οικονομικό. Μια μη οικονομική επιβράβευση μπορεί να είναι για παράδειγμα η δημοσιοποίηση της κατάταξης των παρόχων βάσει της επίδοσής τους (πρόγραμμα OSS Βραζιλίας, QBS Εσθονίας, IHA, HQID και HAC των ΗΠΑ, VIP της Κορέας, PHO της Νέας Ζηλανδίας, και QOF στη Μ. Βρετανία).⁸

Ατομική ή συλλογική επιβράβευση

Ο τρόπος αμοιβών βάσει κινήτρου εάν δηλαδή οι αμοιβές κατανέμονται σε επίπεδο ατόμου ή σε επίπεδο ομάδων (ή ακόμα και σε επίπεδο οργανισμών), μπορεί να επηρεάζει το βαθμό της συμπεριφοράς και ανταπόκρισης των παρόχων ή να προκαλεί προστριβές

μεταξύ των παρόχων. Στο πρόγραμμα QOF στο Ηνωμένο Βασίλειο για παράδειγμα, παρόλο που τα εισοδήματα των γενικών γιατρών αυξήθηκαν σημαντικά με αμοιβές μπόνους, προέκυψαν ορισμένες εντάσεις επειδή δεν συμμετείχαν οι νοσηλευτές, αφού αποδείχθηκε ότι συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων του. Παρομοίως, στο πρόγραμμα PHO (Performance Management Program) της Νέας Ζηλανδίας, η ασάφεια των οδηγιών του προγράμματος PHO στην απονομή μπόνους οδήγησε σε ορισμένες εντάσεις και καθυστερήσεις στη χρήση των αποζημιώσεων.^{8,30}

Η δημόσια αναφορά της επίδοσης

Η δημόσια αναφορά της επίδοσης του παρόχου δεν είναι πάντα δυνατή και σχετίζεται με τους νόμους της κάθε χώρας ή με το απόρρητο των δεδομένων υγείας. Γενικότερα, παρότι η βιβλιογραφία δείχνει ότι η επίδραση της δημόσιας αναφοράς στη συμπεριφορά του παρόχου στις επιλογές των ασθενών έχει μικρά αλλά θετικά αποτελέσματα, η δημοσιοποίηση των επιδόσεων εξυπηρετεί περισσότερο λειτουργίες διαφάνειας και λογοδοσίας παρά ως τρόπος μη οικονομικού κινήτρου.³¹

Η συνολική αποτίμηση των προγραμμάτων PFP

Στα προγράμματα PFP οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πληρώνονται για συγκεκριμένες συμπεριφορές και διαδικασίες που οδηγούν και σε καλύτερα αποτελέσματα των ασθενών. Ωστόσο τα τελικά αποτελέσματα της υγείας, μπορούν να τροποποιηθούν από πολλούς θεσμικούς, συμπεριφορικούς και συστημικούς παράγοντες. Το συνολικό τελικό «κέρδος» για το σύστημα υγείας μπορεί όμως να είναι είτε θετικό είτε αρνητικό και αυτό θα καθοριστεί τελικά από την αλληλεπίδραση των οικονομικών κινήτρων του προγράμματος PFP, την ανταπόκριση των παρόχων σε αυτά τα κίνητρα, τα πεδία εφαρμογής τους και διάφορους άλλους παράγοντες.

Για παράδειγμα εάν η ανταπόκριση των παρόχων είναι η υποκατάσταση των δραστηριοτήτων

τους με άλλες καλύτερες που οδηγούν στην επίτευξη της ποιότητας τότε η συμβολή στη συνολική επίδραση θα είναι θετική. Εάν όμως υποκαταστήσουν κάποιες δραστηριότητες με άλλες που δεν έχουν κάποια αξία στην βελτίωση της ποιότητας (π.χ αμοιβή για τη συμπεριφορά τους αλλά όχι για τα κλινικά αποτελέσματα) μόνο και μόνο επειδή αμείβονται περισσότερο, τότε η συνολική συμβολή του προγράμματος μπορεί να είναι αρνητική. Τα προγράμματα PFP ενδέχεται να έχουν θετικές επιπτώσεις που δεν είναι άμεσοι στόχοι του προγράμματος. Για παράδειγμα μπορεί να αλλάξουν την κουλτούρα των παρόχων ή του οργανισμού, δίνοντας μεγαλύτερη εστίαση και σημασία στη νοσηλευτική φροντίδα ή στην πρόκληση για πρωτοβουλίες νέων πολιτικών προσεγγίσεων στην οργάνωση.³²

Ωστόσο, μπορεί να παρατηρηθούν και αρνητικές παράπλευρες επιπτώσεις όπως ο προσανατολισμός στην ατομική προσπάθεια έναντι της ομαδικής και πιθανού ανταγωνισμού για μεγαλύτερες ατομικές αμοιβές. Στα προγράμματα PFP, μπορεί να προστεθεί επιπλέον κόστος από πιθανές ή αναγκαίες αμοιβές, τη συλλογή δεδομένων, τα συστήματα ανάλυσης και επαλήθευσης διαπίστευσης ή άλλες διοικητικές και διαχειριστικές λειτουργίες. Σε μια αξιολόγηση ενός προγράμματος PFP οι παράμετροι αυτοί δεν θα πρέπει να αγνοούνται ώστε να υπολογίζεται το καθαρό «κέρδος» του οργανισμού.⁸

Κριτική ανασκόπηση των προγραμμάτων PFP

Αν και τις τελευταίες δύο δεκαετίες προγράμματα PFP έχουν εφαρμοστεί αρκετά σε όλο τον κόσμο, στη βιβλιογραφία τα δεδομένα είναι πολύ αποσπασματικά ώστε να μη μπορεί να εξαχθεί ένα ασφαλές συμπέρασμα σχετικά με την επίδρασή τους στην ποιότητα της περίθαλψης. Τα περισσότερα προγράμματα έχουν εφαρμοστεί είτε πειραματικά είτε μεμονωμένα χωρίς ιδιαίτερη αξιολόγηση για το ευρύτερο πλαίσιο για το οποίο σχεδιάστηκαν και εφαρμόστηκαν. Γενικότερα στο

σύνολο της βιβλιογραφίας δεν καταδεικνύονται κάποιες «σημαντικές» βελτιώσεις στην ποιότητα από τα προγράμματα αυτά.^{28,33,34} Για παράδειγμα στην ανασκόπηση των Frolich et al.,³⁰ το 2007, διαπιστώθηκε ότι 3 στα 5 προγράμματα δεν είχαν σημαντική επίδραση στην ποιότητα ενώ η βελτίωση που παρατηρήθηκε στα υπόλοιπα ήταν οριακή.³⁵ Ακόμη, φαίνεται ότι τα μέτρα επίδοσης, και ολόκληρα τα προγράμματα PFP, γίνονται πιο εύκολα αποδεκτά από τους παρόχους όταν υπάρχει διαφάνεια και συμμετοχή των ενδιαφερομένων στην ανάπτυξη των προγραμμάτων και ιδιαίτερα των μέτρων επίδοσης.

Οι Eijkenaar et al.,³⁶ το 2011, στην κριτική τους για το σχεδιασμό και υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων τονίζουν ότι οι σημαντικότερες πτυχές για την επιτυχία τους είναι 1) ο καθορισμός της επίδοσης σε συνολικό επίπεδο, 2) η προσοχή στην επιλογή των περιπτώσεων των ασθενών και στην υποκατάσταση της μείωσης της υγείας, 3) η στάθμιση του κινδύνου στον υπολογισμό των αποτελεσμάτων και των οικονομικών δεικτών, 4) η σημασία της συμμετοχής των παρόχων στο σχεδιασμό του προγράμματος, 5) η σχεδίαση των ομαδικών κινήτρων έναντι των μεμονωμένων, 6) η χρήση είτε αμοιβών είτε ποινών ανάλογα με το πλαίσιο, 7) η χρήση χαμηλότερης ισχύος κινήτρων, 8) η χρήση απόλυτων στόχων έναντι σχετικών, 9) η χρήση πολλαπλών στόχων έναντι μεμονωμένων και 10) η υλοποίηση PFP προγράμματος ως μόνιμο πλάνο συνολικού συστήματος αμοιβών.

Στάσεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας για το PFP

Οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τα προγράμματα PFP από τη υπάρχουσα διεθνή βιβλιογραφία είναι μεικτές. Σε όλες τις μελέτες, ένας σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων πιστεύει ότι οι ποιοτικοί στόχοι που περιλαμβάνονται στα προγράμματα PFP βελτιώνουν τη φροντίδα των ασθενών. Σε μία πρώιμη μελέτη για τις αντιλήψεις των

γιατρών και νοσηλευτών για το πιλοτικό πρόγραμμα χρηματοδότησης βάσει επιδόσεων που υλοποιήθηκε στο Μπουρούντι το 2006 οι ερωτηθέντες θεώρησαν ότι το πρόγραμμα PBF παρείχε θετικά κίνητρα για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, κυρίως στις δομές και τη διαδικασία της περίθαλψης. Η αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας και η σχέση μεταξύ των ιατρών και των ασθενών βελτιώθηκε επίσης. Οι προσαυξήσεις των μισθών αναγνωρίστηκαν ως η πιο σημαντική ώθηση για αύξηση της προσπάθειας για βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης έδειξαν επίσης ότι η θετική αλληλεπίδραση μεταξύ συστημάτων κινήτρων με βάση την επίδοση και άλλων πολιτικών υγείας είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη συνολικής βελτίωσης στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης.³⁷ Οι συμμετέχοντες στη μελέτη των Martin et al.,³⁸ (2020) σημείωσαν ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές είχαν ήδη τα κίνητρα να παρέχουν καλής ποιότητας φροντίδα και ότι τα προγράμματα PFP απλά νομιμοποίησαν το εγγενές τους κίνητρο να βελτιώσουν τα αποτελέσματα.

Σε μία συγκριτική μελέτη, για τον έλεγχο της LDL-C (low-density lipoprotein cholesterol) που αφορούσε γιατρούς και ασθενείς με συμμετοχή σε πρόγραμμα PFP και άλλων προγραμμάτων κλασικών συστημάτων αμοιβών, οι γιατροί γενικά συμφώνησαν με την προσφορά οικονομικών κινήτρων, θεώρησαν ότι τα κίνητρα ήταν κλινικά συναφή και δεν πίστευαν ότι τα κίνητρα θα είχαν ακούσιες συνέπειες στις πρακτικές τους. Συμφώνησαν ωστόσο ότι το κίνητρο δεν ήταν επαρκώς μεγάλο ενώ ήταν ουδέτεροι ως προς το αν τα κίνητρα θα είχαν ισχυρό αντίκτυπο στην κλινική τους πρακτική. Στην ίδια μελέτη πράγματι δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στον έλεγχο της LDL-C μεταξύ των ασθενών σε πρόγραμμα PFP και της ομάδας ελέγχου.³⁹ Στις αρνητικές στάσεις και απόψεις αναφέρθηκαν οι ανησυχίες σχετικά με την εγκυρότητα των μέτρων επίδοσης και των ποιοτικών στόχων που τέθηκαν.

Παρόλα αυτά, αρκετές φορές αυτό που μετριέται δεν αντιπροσωπεύει απαραίτητα την

ποιότητα ή μπορεί να μην είναι πάντα το ίδιο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας εξέφρασαν επίσης αμφιβολίες για την αξιοπιστία των μετρήσεων επίδοσης την ακρίβεια των δεδομένων, τόσο στην καταγραφή όσο και στην αναφορά, καθώς και για τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται από πηγές τρίτων. Επιπλέον, μια ανησυχία σχετικά με την επιτυχία των προγραμμάτων, ήταν οι έμμεσες συνέπειες στα προγράμματα που εστίαζαν σε συγκεκριμένους τομείς κλινικής υγειονομικής φροντίδας ει βάρος κάποιων άλλων.⁴⁰ Ορισμένοι συμμετέχοντες πίστευαν ότι τα οικονομικά κίνητρα δεν είχαν αντίκτυπο στην παροχή φροντίδας, επειδή το ίδιο το κίνητρο δεν ήταν αρκετό, ή δεν υπήρχε συνειδητοποίηση του κινήτρου ή υπήρχε η αντίληψη ότι τα κίνητρα από μόνα τους δεν αλλάζουν κλινική συμπεριφορά. Επιπλέον, θεώρησαν ότι θα χρειαζόνταν επαρκείς δείκτες ποιότητας και πρόσθετη υποστήριξη για την εφαρμογή της PFP.⁴¹

Επιπλέον, οι στάσεις των συμμετεχόντων διαπιστώθηκε ότι επηρεάζονταν από τα ποσά των κινήτρων καθώς και από την κατανομή τους. Ο τρόπος επίσης διανομής των μόνους που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκε άδικος.^{42,43} Επίσης, το εγγενές κίνητρο φάνηκε να έχει διαφορετικές εκδηλώσεις. Όπως δήλωσε μια νοσηλεύτρια: «Πληρωνόμαστε να το κάνουμε έτσι κι αλλιώς. Γιατί δίνονται επιπλέον χρήματα όταν μας δίνεται μισθός για να το κάνουμε ούτως ή άλλως; Δεν ξέρω γιατί πρέπει να δοθεί ένα καρότο... Προσωπικά, το βρίσκω ανήθικο».³⁸

Σε μια ποιοτική μελέτη σε 29 νοσηλευτές στο Ιράν οι απόψεις για τη συμμετοχή τους σε ένα πρόγραμμα PFP σε νοσοκομείο της Τεχεράνης, έδειξαν ότι ήταν ικανοποιημένοι σε επίπεδο υψηλότερο του μέσου όρου. Ωστόσο εντόπισαν και σοβαρά προβλήματα του προγράμματος όπως: 1) τη μη γνωμοδότηση εμπειρογνομόνων νοσηλευτών κατά την ανάπτυξη του σχεδίου, 2) την αντιγραφή αριθμών και συντελεστών από άλλες χώρες χωρίς προσαρμογή, 3) τη χορήγηση αμοιβών σε άτομα με βάση τα εισοδήματα των τμημάτων και όχι με βάση την απόδοσή τους, 4)

την εξάρτηση της βαθμολογίας των νοσηλευτών από την απόδοση των ιατρών, 5) τον ασαφή σχεδιασμό των τύπων αξιολόγησης, 6) υπολογιστικά σφάλματα στον προσδιορισμό των βαθμολογιών για τους νοσηλευτές και τα τμήματα, 7) την ανισότητα στον υπολογισμό των αμοιβών κυρίως σε βάρος των νοσηλευτών, 8) τη χρήση ενός μόνο ποιοτικού δείκτη για την ατομική επίδοση, 9) τη βιαστική εφαρμογή, 10) την έμφαση στην ποσότητα εις βάρος της ποιότητας, 11) την ακαταλληλότητα των εργαλείων για την παρακολούθηση της απόδοσης 12) τις μεροληψίες στη λήψη αποφάσεων, 13) την έμφαση στα εξωτερικά κίνητρα εις βάρος των εγγενών και 14) τη σπατάλη υπερβολικού χρόνου για τη συμπλήρωση των εγγράφων.⁴⁴

Σε ένα γενικότερο πλαίσιο κριτικής θεώρησης, οι Soucat et al.,⁴³ το 2017 διατύπωσαν ότι είναι ζωτικής σημασίας να δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στο "δάσος", δηλαδή στο συνολικό σύστημα υγείας τις μεταρρυθμίσεις και τον τρόπο που αλληλοεπιδρούν με τις αμοιβές των επαγγελματιών υγείας και τα αποτελέσματα της υγείας, παρά αποκλειστικά στα "δέντρα" δηλαδή, τις λεπτομέρειες και τον αντίκτυπο των προγραμμάτων PFP χωριστά από το γενικότερο σύστημα υγείας.

Προκλήσεις για τους νοσηλευτές

Οι νοσηλευτές ήταν από τους πρώτους στην υγειονομική περίθαλψη που παραδέχτηκαν ότι, η ασφάλεια και η ποιότητα στο σύστημα δεν ήταν αυτές που θα έπρεπε και αναγνώρισαν ότι, οι περιορισμένοι πόροι εμποδίζουν τις δυνατότητες πολλών πεδίων υγειονομικής περίθαλψης στην κάλυψη των αναγκών των ασθενών και στη βελτίωση της ποιότητας.⁴⁵ Η κάλυψη των αναγκών των ασθενών οφείλει να αποτελεί τομέα προτεραιότητας.⁴⁶ Από την άλλη πλευρά, το ίδιο το εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας με τους περιορισμένους πόρους είναι δυνατόν να επηρεάζει την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας.⁴⁷

Παρότι σήμερα τα προγράμματα PFP εξαπλώνονται σε πολλά πεδία που αφορούν τους νοσηλευτές, οι συζητήσεις στην επαγγελματική κοινότητα των νοσηλευτών και η έρευνα είναι σπάνιες. Αυτό, πιθανώς επειδή οι πρωτοβουλίες PFP είναι σε στάδιο έναρξης και οι επιπτώσεις του PFP είναι έμμεσες ή και άγνωστες. Από τις λιγοστές μελέτες φαίνεται, ότι οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι αδικούνται σε πολλά σημεία εφαρμογής των προγραμμάτων PFP. Για να υποστηρίξουν οποιαδήποτε πολιτική ή αλλαγή στην υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει πρώτα να αναγνωρισθεί ο ρόλος τους μέσα από θετικά συμπεράσματα για το όφελος του κλάδου τους σε αυτά τα προγράμματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και τα επιστημονικά στοιχεία σχετικά με τον αντίκτυπο του PFP παραμένουν αποσπασματικά και ελλιπή, η γενική αντίληψη είναι ότι τα άμεσα αποτελέσματα των περισσότερων τέτοιων προγραμμάτων είναι μέτρια. Σύμφωνα με τη

βιβλιογραφία γενικότερα υπάρχει πρόοδος σε ορισμένους τομείς των χαρακτηριστικών, αλλά όχι σε όλους και ο ρυθμός αλλαγής είναι μάλλον αργός. Τα προγράμματα PFP όπως και οι περισσότερες παρεμβάσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης δεν οδηγούν σε άμεση επίδραση στην ποιότητα καθώς η αλλαγή των πρακτικών και συμπεριφορών των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των ασθενών είναι δύσκολο εγχείρημα. Σε κάθε περίπτωση το εγχείρημα θεωρείται πολύ πρόσφατο αλλά οι δυνατότητές του βασίζονται σε ισχυρές βάσεις.

Φαίνεται ότι στο μέλλον θα υπάρξει εξέλιξη αλλά οι θετικές εφαρμογές του πρέπει πρώτα να καθιερωθούν διεθνώς και ταυτόχρονα να επιβεβαιωθούν με περαιτέρω έρευνα. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τη καθευατό φύση των προγραμμάτων PFP είναι μάλλον θετικές, ωστόσο οι νοσηλευτές ιδιαίτερα, εκφράζουν και τάσεις αμφιβολίας και ύπαρξης αδικιών στην εφαρμογή τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Eds., National Academies Press (US), Washington (DC), 2000.
2. Xenos P, Nektarios M, Polyzos N, Yfantopoulos J. Modern methods of hospital funding, competition and financial incentives. *Archives of Hellenic Medicine*. 2014;31(2):172-185.
3. Dudley RA, Miller RH, Korenbrot TY, Luft HS. The Impact of Financial Incentives on Quality of Health Care. *Milbank Quarterly*. 1998;76(4):649-686.
4. Conrad DA, Christianson JB. Penetrating the "black box": Financial incentives for enhancing the quality of physician services. *Medical Care Research and Review*. 2004; 61(3 Suppl.): 375-685.
5. Corrigan JM. *Crossing the Quality Chasm*. In National Academies Press. National Academies Press, 2001.
6. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Eds., National Academies Press (US), Washington (DC), 2001.
7. Robinson JC, Casalino LP, Gillies RR, Rittenhouse DR, Shortell SS, Fernandes-Taylor S. Financial incentives, quality improvement programs, and the adoption of clinical information technology. *Med Care*. 2009;47(4):411-417.
8. Cashin C, Chi Y, Smith P, Borowitzka M, Thomson S. *Paying for performance in health care*. 1st ed. Maidenhead, England: Open University Press, McGraw-Hill Education, 2014.
9. Saddi FC, Peckham S. Brazilian Payment for Performance (PMAQ) Seen from a Global Health and Public Policy Perspective: What Does It Mean for Research and Policy?

- Journal of Ambulatory Care Management. 2018;41(1):25-33.
10. Das A, Gopalan SS, Chandramohan D. Effect of pay for performance to improve quality of maternal and child care in low and middle-income countries: A systematic review. *BMC Public Health*. 2016;16(1):321.
 11. Ryan AM. Effects of the premier hospital quality incentive demonstration on Medicare patient mortality and cost: Quality and performance. *Health Services Research*. 2009;44(3): 821-842.
 12. Milstein R, Schreyoegg J. Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy*. 2016;120(10):1125-1140.
 13. Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindhal AK. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low-and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;2:CD007899.
 14. Robinson J. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Quarterly* III. 2001;79:149-77.
 15. Christianson J, Knutson D, Mazze R. Physician pay for performance: implementation and research issues. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21(S2): S9–13.
 16. Lazear EP. Performance pay and productivity. *American Economic Review*. 2000;90(5):1346–61.
 17. Prendergast C. The provision of incentives in firms. *Journal of Economic Literature*. 1999;37(1):7-63.
 18. Woolhandler S, Ariely D. Will Pay For Performance Backfire? Insights From Behavioral Economics. *Health Affairs*. *Health Affairs*, 2012.
 19. Cassel CK, Jain SH. Assessing individual physician performance: Does measurement suppress motivation? *JAMA*. 2012; 307(24):2595–2596.
 20. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*. 2005; 83(4):691-729.
 21. Eichler R, Levine R. Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls. Center For Global Development. Washington, D.C, 2009.
 22. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat A L, Sturdy J, Vermeersch C.M. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: An impact evaluation. *The Lancet*. 2011;377(9775):1421-1428.
 23. Bonfrer I, Soeters R, van de Poel E, Basenya O, Longin G, van de Looij F, van Doorslaer E. The effects of performance-based financing on the use and quality of health care in Burundi: an impact evaluation. *The Lancet*. 2013;381: S19.
 24. World Bank. Enhancing Performance in Brazil's Health Sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba. In World Bank. 2006.
 25. Scheffler R. Is there a doctor in the house? Market Signals and Tomorrow's Supply of Doctors. 1st ed. Stanford, Calif. Stanford General Books, 2008.
 26. Williams C, Leatherman S, Christianson J, Sutherland K. Paying for Quality: Understanding and Assessing Physician Pay-for-Performance Initiatives. The Synthesis project Research synthesis report, 2007.
 27. Berenson B, Pronovost P, Krumholz H. Achieving the Potential of Health Care Performance Measures –RWJF, 2013.
 28. Damberg CL, Raube K, Teleki SS, Dela Cruz E. Taking stock of pay-for-performance: a candid assessment from the front lines. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(2):517-525.
 29. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research*. 2010;10(1):247.
 30. Ashton T. Measuring health system performance: A new approach to accountability and quality improvement in New Zealand. *Health Policy*. 2015;119(8):999-1004.
 31. Robinowitz DL, Dudley RA. Public reporting of provider performance: Can Its Impact Be Made Greater? *Annual Review of Public Health*. 2006;27(1):517-536.
 32. Vina ER, Rhew DC, Weingarten SR, Weingarten JB, Chang JT. Relationship between organizational factors and performance among pay-for-performance hospitals. *J Gen Intern Med*. 2009;24(7):833-840.
 33. Christianson JB, Leatherman S, Sutherland K. Lessons from evaluations of purchaser pay-for-performance programs: a review of the evidence. *Med Care Res Rev*. 2008;65(6 Suppl):5S-35S.
 34. Guthrie B, Auerback G, Binman BA. Competition for Medicaid enrollees based on performance does not improve quality of care. *Health Affairs*. 2010;29(8):1507-1516.

35. Frolich A, Talavera JA, Broadhead P, Dudley RA. A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. *Health Policy*. 2007; 80(1):179-193.
36. Eijkenaar F. Key issues in the design of pay for performance programs. *European Journal of Health Economics*. 2013;14(1):117-131.
37. Rudasingwa M, Uwizeye MR. Physicians' and nurses' attitudes towards performance-based financial incentives in Burundi: A qualitative study in the province of Gitega. *Global Health Action*. 2017;10(1).
38. Martin B, Jones J, Miller M, Johnson-Koenke R. Health Care Professionals' Perceptions of Pay-for-Performance in Practice: A Qualitative Metasynthesis. *Inquiry*. 2020;57:46958020917491.
39. Liu T, Asch DA, Volpp KG, Zhu J, Wang W, Troxel AB, et al. Physician attitudes toward participating in a financial incentive program for LDL reduction are associated with patient outcomes. *Healthc (Amst)*. 2017;5(3):119-124.
40. Kirschner K, Braspenning J, Jacobs JE, Grol R. Experiences of general practices with a participatory pay-for-performance program: a qualitative study in primary care. *Aust J Prim Health*. 2013;19(2):102-106.
41. Lee JY, Lee SI, Jo MW. Lessons from healthcare providers' attitudes toward pay-for-performance: what should purchasers consider in designing and implementing a successful program? *J Prev Med Public Health*. 2012;45(3):137-147.
42. Chimhutu V, Songstad NG, Tjomsland M, Mrisho M, Moland KM. The inescapable question of fairness in Pay-for-performance bonus distribution: a qualitative study of health workers' experiences in Tanzania. *Global Health*. 2016;12(1):77.
43. Soucat A, Dale E, Mathauer I, Kutzin J. Pay-for-Performance Debate: Not Seeing the Forest for the Trees. *Health Syst Reform*. 2017;3(2):74-79.
44. Rasi V, Maleki MR, Yarmohammadian MH, Reyhani Yasavoli A, Doosty F. Challenges of Implementing Pay-for-Performance Plan in the Views of Nurses Working in Hospitals Affiliated to Mashhad University of Medical Sciences: A Qualitative Study. 2018;15(4):e87007.
45. Clarke SP, Raphael C, Disch J. Challenges and Directions for Nursing in the Pay-for-Performance Movement. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2008;9(2):127-134.
46. Polikandrioti M, Koutelekos I. Patients' needs. *Peri-operative Nursing*. 2013;2(2):73-83. (In Greek)
47. Κουτελέκος Ι, Πολυκανδριώτη Μ. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2007;6(1):1-7.