



Federica Pozzi

Le esperienze ci dimostrano che ad oggi non esiste una soluzione magica per la ristrutturazione dei sistemi sanitari deboli. Una buona gestione finanziaria è un elemento necessario, ma non può essere il solo motore della riforma.

I programmi di Pay-For-Performance (P4P) - o Performance-Based-Financing (PBF) -, diffusi nei paesi sviluppati, stanno assumendo una posizione di rilievo come soluzione alla crisi che caratterizza i sistemi sanitari dei paesi a basso reddito, in particolare l’Africa.

Si tratta di un metodo di finanziamento sanitario alternativo a quello tradizionale *input-based* in cui i finanziatori o i governi pagano per “fattori produttivi” (personale, farmaci, materiale di consumo, etc). Con il P4P i fornitori dei servizi sanitari (*health providers*) individuali vengono remunerati sulla base degli *outputs* (quantitativi e/o qualitativi) prodotti, ricevendo una ricompensa sotto forma di incentivo economico.

I risultati ottenuti ad oggi sembrano dimostrare che questo metodo di intervento possa giocare un ruolo importante nell’incremento della produttività del personale sanitario, oltre ad avere un effetto positivo diretto sull’utilizzazione dei servizi[1].

La moltiplicazione degli interventi di P4P e la percezione dei benefici che ne derivano stanno proponendo questo approccio come la strategia vincente per risolvere problemi strutturali e introdurre una più globale riforma dei sistemi sanitari deboli, migliorandone i parametri di affidabilità, efficienza, qualità ed equità, come si sostiene in un lavoro pubblicato di recente dalla WHO[2].

L’interrogativo che emerge è se l’attuale ottimismo verso questa strategia sia realmente giustificato, oppure sottostimi alcuni limiti importanti alla sua reale implementazione su larga scala, per risolvere problemi sanitari che derivano da tessuti sociali ed economici diversificati e molto complessi[3].

Evidenze attuali

Nei paesi a basso reddito il P4P è un intervento studiato per aumentare la quantità e la qualità dei servizi di cura, basato sul presupposto teorico che fornire incentivi finanziari al personale sanitario per raggiungere determinati obiettivi, li motivi a produrre di più e meglio, a vantaggio della performance globale.

Se da un lato i sostenitori del P4P danno grande importanza a questo potenziale, una revisione critica della letteratura pubblicata mostra che le evidenze a supporto sono scarse, soprattutto perché risulta molto difficile valutare rigorosamente l'efficacia di questo tipo di programma.

Le prime applicazioni di questa forma di “*contracting*” sono state fatte ad Haiti, in Cambogia e in Afghanistan, si è poi assistito ad una rapida diffusione nell'Africa subsahariana con importanti esperienze in Uganda, Burundi e Rwanda[4,5].

La maggior parte degli studi pubblicati tuttavia manca di un gruppo di controllo e attribuisce tutti i cambiamenti osservati a livello delle strutture sanitarie all'intervento di P4P, senza considerare altri possibili determinanti o analizzare come e perché sono stati raggiunti certi risultati in un determinato contesto.

Il modello Rwanda

I risultati dei programmi P4P (incremento quantitativo nell'utilizzo dei servizi e/o miglioramento qualitativo di specifici indicatori di cura) possono in realtà dipendere da due elementi: da un lato attraverso gli incentivi economici gli operatori sono maggiormente motivati ad impegnarsi in alcune specifiche attività, dall'altro l'offerta dei servizi sanitari può migliorare indipendentemente, semplicemente per l'aumento delle risorse disponibili (*increased funding*).

Una corretta valutazione di efficacia, che permetta di attribuire i risultati osservati ad un effetto diretto del programma di PBF, deve tenere in considerazione questo importante limite metodologico. Qualora infatti il successo dell'intervento risultasse legato all'aumento delle risorse finanziarie, lo stesso risultato si potrebbe ottenere con il metodo di finanziamento tradizionale *input-based* e non ci sarebbe motivo di sostenere i significativi costi amministrativi di un programma performance based[6].

L'unico studio che affronta in modo rigoroso l'applicazione di un programma di P4P in un paese a basso reddito è il caso di Basinga, pubblicato dal *Lancet* nel

2011, che analizza l'intervento effettuato in Rwanda[7].

Il Rwanda rappresenta un sistema "modello", in quanto a partire dal 2005 il governo ha deciso di implementare a livello nazionale uno schema di retribuzione basato sulle performance, per integrare il meccanismo di finanziamento tradizionale dei centri sanitari primari. La **Tabella 1** mostra i 14 indicatori chiave di output inerenti la salute materno infantile e il rispettivo compenso economico del programma implementato.

Tabella 1. Indicatori di output e relative tariffe

	Amount paid per visit (US\$)
Visit and outreach indicators	
Number of routine care visits	\$0.18
Number of first prenatal care visits	\$0.09
Number of women who had five prenatal care visits	\$0.57
Number of first-time family planning visits (non-contraceptive users)	\$1.83
Number of women who received 3-month supply of contraceptives	\$0.18
Number of deliveries in the facility	\$4.59
Number of visits for child (aged <5) growth monitoring (preventive care)	\$0.18
Content of care indicators	
Number of children who had a complete vaccination course*	\$0.81
Number of women who received appropriate tetanus vaccination during prenatal care	\$0.45
Number of women who received a second dose of malaria prophylaxis during prenatal care	\$0.45
Number of high-risk pregnancies referred to district hospital for delivery during prenatal care	\$1.83
Number of emergency transfers to hospital for obstetric care during delivery	\$4.59
Number of malnourished children referred to district hospital for treatment during preventive care visit	\$1.83
Number of other emergency referrals to hospital during preventive care visit	\$1.83

*IGV at month 0, polio/rotavirus at months 0, 3, 6, 9, 12, 15, and 18; pertussis, diphtheria, tetanus, pertussis, hepatitis B, and hemophilus influenzae type B at months 0, 3, 6, and 9; and measles at month 9. *At second, third, fourth, or fifth prenatal visit. Data from reference 5.

Table 1. Output indicators and payments

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Lo studio del *Lancet*, per la prima volta in letteratura, analizza separatamente gli outcomes di due gruppi di centri sanitari per una durata di 23 mesi; al fine di garantire l'equità delle risorse finanziarie allocate, il gruppo controllo riceve un budget *input-based* che viene progressivamente aumentato ogni 3 mesi in base all'incremento medio degli incentivi ricevuti dal gruppo oggetto dell'intervento *performance-based*.

Il lavoro dimostra nel gruppo di intervento (e quindi come effetto diretto dell'incentivo) una probabilità maggiore rispetto al gruppo di controllo di effettuare un parto in struttura sanitaria oltre ad un miglioramento globale della qualità dei servizi. Il gruppo di intervento inoltre a 23 mesi dall'inizio del P4P mostra un incremento statisticamente significativo (23%) dei parti effettuati presso

strutture sanitarie e del numero di visite mediche a scopo preventivo per bambini (56% da 0 a 23 mesi e 132% fra 24 e 59 mesi).

Il fatto che non sia emerso un incremento consensuale del numero di visite prenatali rispetto al numero dei parti è interpretabile sulla base della scarsa remunerazione (US \$ 0.09 per visita); al contrario un parto effettuato nella struttura sanitaria viene rimborsato US \$ 4,59, il più alto incentivo per singola prestazione di tutto il programma. L'incremento del numero di visite di controllo dei bambini non risulta legato alla remunerazione della singola prestazione (US \$ 0,18) quanto piuttosto all'incentivo per la referenza all'ospedale di un bambino malato (US \$ 1.83) che giustifica un numero elevato di visite di screening. Ne deriva chiaramente che, nella strategia P4P, un più alto incentivo economico è strettamente associato ad un risultato di maggiore rilievo.

La conclusione a cui giungono gli autori è che il dimostrato incremento quantitativo (e il miglioramento qualitativo) dell'utilizzo dei servizi sanitari da parte di donne e bambini **accelera significativamente il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio per la salute materno infantile**[8]. Di fronte all'apparente fallimento dei metodi di finanziamento tradizionali nel raggiungimento dei MDG nei tempi previsti, per i grandi donatori la possibilità di ottenere risultati misurabili, attraverso il miglioramento rapido di pochi indicatori specifici, rende il P4P un metodo di investimento più affidabile[9].

Lo studio lascia tuttavia alcune questioni aperte.

Replicabilità

Dalle esperienze di applicazione del P4P nei paesi sviluppati emergono tre condizioni e fattori contestuali necessari per il successo dell'implementazione del programma, nei paesi in via di sviluppo:

1. Una forte leadership a livello politico e un importante supporto logistico.
2. Apertura a modifiche e innovazioni per massimizzare l'efficienza.
3. Un sistema organizzato e affidabile di raccolta dei dati sanitari e di monitoraggio degli stessi.

Considerando queste tre premesse, la realizzazione del modello di P4P appare essere strettamente dipendente dal substrato (economico, sociale e politico) preesistente. Il successo ottenuto in Rwanda, un piccolo paese con un governo centralizzato molto forte, che opera un controllo capillare sui servizi sanitari periferici e dispone di importanti finanziamenti internazionali, non è garanzia della replicabilità degli stessi risultati su larga

scala, ma anzi conferma che il risultato di un intervento di P4P è fortemente dipendente dal contesto[10].

Efficienza

Se per efficienza si considera la possibilità di massimizzare i risultati ottenuti, minimizzando i costi dell'intervento, non si trova in letteratura una chiara evidenza di costo-efficacia del P4P. Oltre ai costi degli incentivi i programmi *performance-based* hanno dei costi di implementazione elevati, legati al sistema di raccolta dati e al programma di monitoraggio. In Rwanda le spese amministrative rappresentavano l'1,2% della spesa totale del programma. La maggior parte dei paesi in via di sviluppo tuttavia non dispone di un sistema di raccolta delle informazioni capillare e centralizzato e l'implementazione del programma richiede la creazione di un livello ulteriore di burocrazia con i relativi costi di gestione. Questi costi diventano considerevoli se il programma viene applicato a livello nazionale[11].

Equità

L'equità di allocazione dei fondi e la partecipazione ai servizi della popolazione più povera sono elementi imprescindibili di ogni politica di finanziamento sanitario nei paesi in via di sviluppo. I due approcci utilizzati dai programmi di PBF sono stati il *Conditioned cash transfert* (CCT) per ridurre le spese sanitarie "out-of-pocket" delle famiglie più povere - vedi post [Conditional Cash Transfers: una soluzione magica ai problemi dello sviluppo?](#) - e l'utilizzo di bonus economici per il personale sanitario delle aree geografiche più isolate. Ma ciò non potrebbe bastare. Il rischio è infatti quello di determinare una "disuguaglianza" geografica, facilitando le strutture che sono già in partenza in una posizione migliore per raggiungere i risultati (a parità di target e remunerazione infatti, l'opportunità di guadagno risulterà sempre più alta nelle aree meno disagiate economicamente e geograficamente dove si ottiene l'affluenza maggiore)[12].

“When a measure becomes a target, it ceases to be a good measure”

“Quando una misura diventa l'obiettivo, cessa di essere una buona misura”. Questa affermazione dell'economista inglese Goodhart's Law si applica facilmente anche al sistema

P4P. I target scelti per valutare la performance sanitaria globale (ad esempio la percentuale di bambini vaccinati o il numero di visite antenatali) dovrebbero essere degli indicatori operazionali che riflettono la capacità complessiva del sistema di rispondere alle necessità di salute della popolazione. Il rischio sotteso è che diventino una semplice misura dell'abilità degli operatori sanitari a raggiungere quel determinato obiettivo, a discapito di altri meno o non remunerati.

Se il raggiungimento dei target è indice della buona riuscita del programma, non è affatto scontato che corrisponda ad un miglioramento degli indicatori globali di salute[\[13\]](#).

Sostenibilità a lungo termine

Alcuni studi di impatto hanno dimostrato che i programmi di P4P, dopo la fase pilota finanziata dai grandi donatori internazionali, risultano poi difficilmente sostenibili dai governi locali, sia per l'elevato apporto economico sia per la complessità di gestione richiesti. Ad oggi l'unico esempio di implementazione di un programma *performance-based* a livello nazionale, completamente sostenuto e gestito da risorse governative, in un paese a basso reddito, resta il caso specifico del Rwanda. Rimane inoltre il rischio che fondare un sistema sanitario nascente su un meccanismo di remunerazione per target, possa creare delle "distorsioni" nelle motivazioni intrinseche del personale sanitario, che difficilmente tornerebbe a lavorare con lo stesso impegno senza l'incentivo economico[\[14\]](#).

Conclusione

Il successo relativo e il crescente interesse emersi recentemente attorno all'applicazione di programmi *performance-based*, nei paesi a basso a reddito, sembrano dimostrarne un ruolo importante nel miglioramento della performance globale dei sistemi sanitari. La possibilità di ottenere un progresso rapido, utilizzando alcuni indicatori chiave, verso il raggiungimento dei *Millennium Development Goals* ne hanno ulteriormente accresciuto il supporto internazionale.

Ad oggi tuttavia non è possibile concludere che siano il fondamento per la riforma dei sistemi sanitari dei paesi in via di sviluppo. I programmi di P4P infatti, basati su risorse finanziarie pubbliche e guidati da principi di tipo economico, rischiano di perdere di vista la dimensione umana dello sviluppo. Il report della WHO 2008 *Primary Health Care now more*

than ever ci ricorda che i risultati migliori in termini di salute si raggiungono quando l'offerta dei servizi è organizzata attorno alle reali necessità e alle attese degli utilizzatori e che il focus di qualunque riforma sanitaria deve essere il "mettere al centro le persone"[15].

L'utilizzo di *targets* e criteri di *outputs* nell'organizzazione dei servizi sanitari diventa in quest'ottica un disincentivo alla cura *patient-centred*. Risulta pertanto fuorviante basare le valutazioni di efficacia solo sul raggiungimento di specifici indicatori di risultato, senza considerare lo sviluppo e la complessità dei processi e delle relazioni necessarie per ottenere miglioramenti qualitativi e quantitativi duraturi e sostenibili.

La storia e le esperienze ci dimostrano che ad oggi non esiste una soluzione magica per la ristrutturazione dei sistemi sanitari deboli, tuttavia nonostante una buona gestione finanziaria sia un elemento necessario, questo non può essere il solo motore della riforma.

Federica Pozzi, specialista in Medicina Interna, cooperante in Haiti

Bibliografia

1. Eichler R. Can "pay for performance" increase utilization by the poor and improve the quality of health services. [Discussion paper for the first meeting of the Working Group on Performance Based Incentives]. Washington: Centre for Global Development, 2006.
2. Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? Bull World Health Organ 2011; 89: 153-6.
3. Megan Ireland , Elisabeth Paul, Bruno Dujardin. Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? Bulletin of the World Health Organization 2011;89:695-698.
4. Eichler R, Auxila P, Pollock J. 2001. Output-based health care: paying for performance in Haiti. Public Policy for the Private Sector, Note no. 236. Washington, DC: The World Bank Group, 2001.
5. Meessen B, Kashala JP, Musango L. 2007. Output-based payment to boost staff productivity in public health centres: contracting in Kabutare district, Rwanda. Bulletin of the World Health Organization 85: 108-150.
6. Levine R, Eichler R. Performance incentives for global health. Washington DC: Center for Global Development, 2009.
7. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat ALB, Sturdy J, Vermeersch CMJ. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. Lancet 2011; 377: 1421-

8. Montagu D, Yamey G. Pay-for-performance and the Millennium Development Goals. *Lancet* 2011; 377: 1383-5; 15: 182-90.
9. Hecht R, Batson A, Brenzel L. Making healthcare accountable: why performance-based funding of health services in developing countries is getting more attention. *Finance and Development* 2004 41: 16-19
10. Eldridge C, Palmer N. Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health Policy Plan.* 2009;24:160-6.
11. Andreas Kalka. The costs of performance-based financing. *Bull World Health Organ* 2011;89:319.
12. Toonen J, Canavan A, Vergeer P, Elovainio R. Learning lessons on implementing performance based financing from a multi-country evaluation. Amsterdam: KIT (Royal Tropical Institute); 2009.
13. Loevinsohn B, Harding A. Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *Lancet* 2005;366: 676-81.
14. Palmer N, Strong L, Wali A, Sondorp E. Contracting out health services in fragile states. *British Medical Journal* 2006 332: 718-21.
15. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.