



კურასილი
სამართაშორისო
ფონდი

25 წელი უკეთესი ჯანდაცვის სისტემებისთვის

შესრულებაზე დაფუძნებული ანაზღაურების გავლენა სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლებში (კერძო სექტორში) პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებასა და ხარისხზე საშუალო და მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში

მტკიცებულებათა სინთეზი

ავტორები:

ივდითი ჩიქოვანი, ლელა სულაბერიძე, ალისა წულაძე

აგვისტო, 2020

აბრევიატურები

ACO	ანგარიშვალდებული სამედიცინო ორგანიზაცია
AHPSR	ჯანდაცვის პოლიტიკის და სისტემების კვლევის ალიანსი
AMSTAR	სისტემური მიმოხილვების შეფასების ინსტრუმენტი
ANC	ანტენატალური მეთვალყურეობა
CHD	კორონარული დაავადება
COPD	ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება
DRG	დიაგნოსტიკურად დაკავშირებული ჯგუფი
ED	გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილება
ERA	სწრაფი მიმოხილვების დანერგვა ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში
GP	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი
HbA1c	ჰემოგლობინ A1C
IOM	აშშ მედიცინის ინსტიტუტი
LDL	დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი
LMIC	დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნები
MCH	დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა
NCD	არაგადამდები დაავადებები
NCDC	საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი
NHS	გაერთიანებული სამეფოს ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური
OECD	ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია
P4P	შესრულებაზე დაფუძნებული ანაზღაურება
PBF	ეფექტურობის მაჩვენებლებზე დაფუძნებული დაფინანსება
PHC	პირველადი ჯანდაცვა
QOF	სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და შედეგების მართვის სისტემა
RBF	შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება
TB	ტუბერკულოზი
UHC	საყოველთაო ჯანდაცვა
UK	გაერთიანებული სამეფო
US	ამერიკის შეერთებული შტატები
VBP	ღირებულებაზე დაფუძნებული შესყიდვა
ჯანმო	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

მადლიერების გამოხატვა

ეს დოკუმენტი მოამზადა საერთაშორისო ფონდმა „კურაციო“ საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტისა და საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტროსთვის, ERA პლატფორმის – სწრაფი მიმოხილვების დანერგვა ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში – თანამშრომლობის ფარგლებში.

ეს სამუშაო დააფინანსა ჯანდაცვის პოლიტიკის და სისტემების კვლევის ალიანსმა (ჯანმო). ალიანსს საკუთარი საქმიანობის განხორციელების საშუალება ეძლევა სხვადასხვა დონორებისგან მხარდაჭერისა და მათ მიერ აღებული ვალდებულებებისადმი ერთგულების წყალობით. გრძელვადიანი დონორები არიან ეროვნული მთავრობები და საერთაშორისო ინსტიტუტები, ასევე – სპეციალური ფონდები, რომლებიც აფინანსებენ კონკრეტულ პროექტებს მიმდინარე პრიორიტეტების ფარგლებში. ალიანსის დონორთა სრული სიის სანახავად, გთხოვთ, ეწვიოთ შემდეგ ვებ-გვერდს: <https://www.who.int/alliance-hpsr/partners/en/>

საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“ მადლობას უხდის ალიანსს ERA პლატფორმის დაფინანსების გამო, რომლის მიზანია, უპასუხოს პოლიტიკის შემუშავების საჭიროებებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დოკუმენტების მომზადების მეშვეობით.

სარჩევი

რეზიუმე.....	4
შესავალი	7
მეთოდები	12
ტერმინთა განსაზღვრება.....	13
ძიების სტრატეგია, მონაცემთა შეგროვება	15
შედეგები	17
ძიების შედეგები	18
კვლევის შეკითხვის ცვლილება	18
P4P ეფექტურობა.....	20
რეალიზაციისას გასათვალისწინებელი ფაქტორები	33
განხილვა.....	46
რა უნდა იყოს გათვალისწინებული P4P სექმის დიზაინისა და რეალიზაციის პროცესში	53
დასკვნა	55
ბიბლიოგრაფია	56
დანართები	63
დანართი 1. მიმოხილვაში გამოყენებული კვლევების ზოგადი მახასიათებლები	64
დანართი 2. მიმოხილვაში გამოყენებული კვლევების ძირითადი მიგნებები	67

რეზიუმე

ეს მიმოხილვა აჯამებს ლიტერატურას, რომელიც ეძღვნება საშუალო და მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში შესრულებაზე დაფუძნებული ანაზღაურების (Pay for Performance - P4P) გავლენის შესწავლას კერძო სექტორის მიერ მიწოდებული პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებასა და ხარისხზე. მტკიცებულებების მიმოხილვა შემუშავდა საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის თხოვნის საპასუხოდ, საქართველოში ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში სწრაფი მიმოხილვების დანერგვის პლატფორმის (ERA) ფარგლებში.

ჩვენ ჩავატარეთ სისტემური მიმოხილვების, მიმოხილვითი სტატიების, შეფასების ანგარიშებისა და ცალკეული კვლევების აღწერილობითი მიმოხილვა. ჩვენ მოვიცავით კვლევები, რომლებიც აფასებს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ინდივიდუალურ, ჯგუფურ ან ინსტიტუციურ სამედიცინო პრაქტიკაზე ორიენტირებული P4P სქემების ეფექტურობას და მოიცავს ხარისხის განზომილებას. შერჩევას გამოყენებულ იქნა პუბლიკაციის ენასა და გამოქვეყნების თარიღთან დაკავშირებული შეზღუდვები.

ჩვენს მიმოხილვაში შესულია 45 პუბლიკაცია. მართალია, ამ სტატიებში კერძო სექტორი ამა თუ იმ ფორმით არის მოხსენიებული, კერძო და სახელმწიფო სექტორების ერთმანეთისგან განცალკევება ან მონაცემთა რაიმე სახით სინთეზი არ აღმოჩნდა შესაძლებელი. ამის გათვალისწინებით, ძირითად დამკვეთთან კოორდინაციით ჩვენ ოდნავ შევცვალეთ კვლევის შეკითხვა, რომელიც საბოლოოდ ჩამოყალიბდა შემდეგი სახით: „რა გავლენას ახდენს P4P სქემები პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებასა და ხარისხზე საშუალო და მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში?“. მიმოხილვით ასევე იქნა შეისწავლილი, თუ რა არასასურველი შედეგები და გვერდითი ეფექტებია ასოცირებული P4P სქემებთან და რა ფაქტორები უნდა იქნას მხედველობაში მიღებული P4P სქემების შემუშავებისა და განხორციელების პროცესში.

ჩვენ მოვახდინეთ ხარისხის შედეგობრივი მაჩვენებლების სინთეზი და მათი ოთხ ჯგუფად დახარისხება: 1-ლი ჯგუფი მოიცავს სამედიცინო დახმარების გაწევის პროცესთან, შუალედურ შედეგებთან და ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებულ შედეგობრივ მაჩვენებლებს მე-2 ჯგუფი – პაციენტთა ჯანმრთელობისათვის დამდგარ შედეგებს, მე-3 ჯგუფი – ჯანდაცვის სერვისებზე თანაბარ წვდომასთან, სამედიცინო დახმარების კოორდინირებასა და უწყვეტობასთან დაკავშირებულ შედეგებს, ხოლო მე-4 ჯგუფი – არასასურველ შედეგებსა და გვერდით ეფექტებს.

მიმოხილვამ გამოავლინა მნიშვნელოვანი არაერთგვაროვნება P4P სქემების განხორციელების კონტექსტის, მიწოდებული სერვისებისა და მოსახლეობის სამიზნე ჯგუფების, ასევე – შედეგების საზომი ინდიკატორებისა და სტიმულირების გამოყენებული მექანიზმების თვალსაზრისით. P4P ღონისძიებათა უმეტესობა ორიენტირებული იყო დაავადებათა

პროფილაქტიკის, ასევე – ქრონიკული დაავადებებისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის (MCH) მართვის საკითხებზე. მიმოხილვით დოკუმენტებში დომინანტური ადგილი უკავია გაერთიანებულ სამეფოსა (QOF სქემა) და აშშ-ში ჩატარებულ კვლევებს.

მართალია, *პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარების* შედეგობრივ მაჩვენებლებთან დაკავშირებით ცალკეული სისტემური მიმოხილვის მონაცემები წინააღმდეგობრივია, დადგინდა, რომ P4P ეფექტურად ზრდის დედათა და ბავშვთა დაავადებების პრევენციული სერვისების მოხმარებას. რაც შეეხება ქრონიკულ დაავადებებსა და კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებული სერვისების მოხმარებას, მიღებული შედეგები არ იძლევა P4P სქემების ეფექტურობის შესახებ საბოლოო დასკვნის გამოტანის საშუალებას.

ადრინდელი სისტემური მიმოხილვები და სისტემური მიმოხილვების ანალიზი არ იძლევა საკმარის მტკიცებულებებს, რომ P4P ღონისძიებები ეფექტურია *სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესების* თვალსაზრისით. ძირითადი ნაკლოვანება მეთოდოლოგიურად ძლიერი დიზაინის კვლევების არარსებობას უკავშირდება. მოგვიანებით ჩატარებული მეთოდოლოგიურად ძლიერი დიზაინის კვლევებით მიღებული შედეგები, როგორც წესი, უფრო ნაკლებად პოზიტიურია, ვიდრე მეთოდოლოგიურად სუსტი დიზაინის კვლევებით მიღებული შედეგები.

მიმოხილვამ აჩვენა, რომ უფრო თანმიმდევრულია მტკიცებულებები, რომ P4P სქემები ეფექტურია *სამედიცინო დახმარების პროცესის შედეგობრივი მაჩვენებლების გაუმჯობესების თვალსაზრისით*. კერძოდ, არსებობს სტატისტიკურად ნაკლებად სანდო არაერთმნიშვნელოვანი მტკიცებულებები, რომ P4P სქემები აუმჯობესებს სამედიცინო დახმარების გაწევის პროცესს მოკლევადიან პერიოდში, მაშინ, როდესაც გრძელვადიან შედეგებთან დაკავშირებული მონაცემები შეზღუდულია. არაერთმნიშვნელოვანი მონაცემებია მიღებული *შუალედური და არაპირდაპირი შედეგების საზომ ინდიკატორებზე*, როგორცაა, მაგალითად, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილებებში მიმართვიანობა და ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები, რომელიც უკავშირდება ქრონიკული დაავადებების გამწვავებას, სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობას და სხვ.

ჯანმრთელობისთვის დამდგარ შედეგებზე (მაგ. დაავადების საერთო გავრცელება, კონკრეტული დაავადებით გამოწვეული ან საერთო სიკვდილიანობა) P4P სქემების გავლენის თაობაზე არსებული მონაცემები მცირერიცხოვანია.

არაერთგვაროვანია მტკიცებულებები, ახდენს თუა არა P4P სქემები დადებით ან უარყოფით ზეგავლენას *ჯანდაცვის სერვისებზე თანაბარ წვდომაზე, სამედიცინო მუშაკებს შორის კოორდინაციასა და სამედიცინო დახმარების უწყვეტობაზე*.

რამდენიმე კვლევა იძლევა ცნობებს P4P სქემების არასასურველი შედეგების თაობაზე, როგორცაა, ე.წ. „გეიმინგის“ პრაქტიკა, როდესაც ექიმები ცდილობენ მონაცემებით მანიპულირებას, რათა დაადასტურონ ცალკეულ ინდიკატორთა მიღწევა და მოიპოვონ

წამახალისებელი ანაზღაურების მიღების უფლება. პაციენტთა დისპროპორციული შერჩევის, მონაცემებით მანიპულირებისა და წახალისებულ აქტივობებზე კონცენტრირების ფაქტები ასევე არის შესწავლილი რამდენიმე მიმოხილვაში. P4P სქემებს ახასიათებთ *დადებითი გადადინების (გვერდითი) ეფექტი* როგორცაა, მაგალითად, წახალისების სქემით მოუცველი საქმიანობის ან დაავადებების შემთხვევაში ეფექტურობის მაჩვენებელთა ზრდა ან მოსახლეობის არამიზნობრივ ჯგუფებში შუალედური ან ჯანმრთელობისთვის დამდგარი შედეგის გაუმჯობესება.

P4P სქემები ერთმანეთისგან საგრძნობლად განსხვავდება თავიანთი დიზაინით, კონტექსტით, რომელშიც ისინი ხორციელდება, კულტურული ფაქტორებით, განხორციელების სპეციფიკითა და სხვ. სასურველი მიზნების მისაღწევად მრავალმა P4P სქემამ დროთა განმავლობაში განიცადა ცვლილება დიზაინის კორექტირების, არასასურველი შედეგების შერბილების მექანიზმების შემოღების, ასევე – ხარისხის გაუმჯობესებისა და ხარჯების კონტროლის პარამეტრების შემოტანის გზით. ეს ცვლილებები საკმარისად კარგად არ არის ასახული ემპირიულ კვლევებში და, ამდენად, მეტწილად უცნობი რჩება მკვლევარებისათვის.

ჩვენი მიმოხილვა განიხილავს პირობათა კომპლექსს, რომელთა გათვალისწინება შესაძლოა სასარგებლო იყოს P4P პროგრამის შემუშავებისა და განხორციელების პროცესში.

ეს პირობები გულისხმობს მომსახურების მიმწოდებელთა ჩართვას სქემის დიზაინსა და ღონისძიებების პროფესიულ ღირებულებებთან მისადაგებაში, წახალისების ზომების განაწილების სამართლიანობისა და მოქნილობის უზრუნველყოფას, სამედიცინო დაწესებულების ზომისა და ეფექტურობის მაჩვენებელთა საბაზისო დონის, ასევე – სამიზნე მოსახლეობის მახასიათებლების სათანადოდ აღიარება-გათვალისწინებას, ეფექტური ანგარიშებისა და მონიტორინგის ქმედითი სისტემების არსებობას და სხვ.

საერთო ჯამში, P4P სქემები, სავარაუდოდ, ეფექტურია ჯანდაცვის სერვისების მოხმარების გაზრდისა და სამედიცინო დახმარების გაწევის პროცესთან დაკავშირებული შედეგების გაუმჯობესების თვალსაზრისით, თუმცა მონაცემები P4P ჩარევების გრძელვადიანი ეფექტის შესახებ მცირერიცხოვანია. მონაცემთა არაერთგვაროვნება არ იძლევა საშუალებას, გაკეთდეს დასკვნა, რომ სამედიცინო პროვაიდერებზე ორიენტირებული ფინანსური წახალისების ზომები ვერ უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას. იმისთვის, რომ ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული P4P სქემების პოტენციური სრულად იყოს ათვისებული, აუცილებელია მათი საგულდაგულოდ დაგეგმვა, განხორციელება და ზედმიწევნით შეფასება. თეორიულ კონცეფციებსა და ემპირიულ მონაცემებზე დამყარებული საგულისხმო წინაპირობების მხედველობაში მიღებას შეუძლია დახმარების გაწევა P4P სქემების სასურველი მიზნების რეალიზაციაში.

შესავალი

საქმიანობის შედეგების მიხედვით ანაზღაურება (P4P) შედარებით ახალი სტრატეგიაა, რომელიც მიზნად ისახავს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მუშაობის გაუმჯობესებას სასურველი შედეგის მიღების მიზნით მათი ქცევის ცვლილების სტიმულირებისა და მოტივირებისათვის. P4P წარმოადგენს შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების (RBF) უფრო ფართო კონცეფციის ერთ-ერთ ფორმას და იგი სახელწოდებებისა და საზომი მაჩვენებლების ნაირფეროვნებით გამოირჩევა (Musgrove P., 2011). P4P შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს ინდივიდების, მათი ჯგუფების ან ორგანიზაციების მუშაობის ანაზღაურებისათვის. იგი მოიცავს ღონისძიებათა ფართო სპექტრს, რომელიც შესაძლოა განსხვავდებოდეს იმის მიხედვით, თუ სამედიცინო დახმარების რომელ დონეზეა ორიენტირებული სტიმულირების ესა თუ ის სქემა, როგორ ხდება მუშაობის ხარისხის შეფასება და როგორია ფინანსური სტიმულირების სტრუქტურა, მოცულობა და სიხშირე (Witter et al., 2012). მრავალი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში P4P დანერგილია, როგორც ანაზღაურების სხვა მეთოდებთან ერთად გამოყენებული დამატებითი მექანიზმი. იგი სულ უფრო ფართოდ გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში.

მთელი რიგი სისტემური მიმოხილვებისა შეისწავლის P4P-ის ამა თუ იმ ასპექტს განსხვავებული ტიპის ეკონომიკის, ჯანდაცვის სისტემის კონფიგურაციისა და სქემის ფუნქციონირების პირობებში. მაშინ, როდესაც ესა თუ ის მიმოხილვა P4P-ის სხვადასხვა რაკურსით შესწავლაზეა ფოკუსირებული, შეჯამებული მონაცემები, თუ როგორ მუშაობს ანაზღაურების ეს მეთოდი კერძო სექტორში, არ არის ხელმისაწვდომი.

სახელმწიფო და კერძო სუბიექტების გადანაწილება სხვადასხვა ქვეყნის ჯანდაცვის ბაზრებზე განსხვავებულია. კერძო სექტორის, როგორც ჯანდაცვის სისტემების მნიშვნელოვანი მოთამაშის, როლის აღიარება სულ უფრო მზარდია მთელს მსოფლიოში. მაღალი შემოსავლების მქონე ბევრ ქვეყანაში კერძო მიმწოდებლებთან თანამშრომლობის ხანგრძლივი გამოცდილება არის დაგროვილი, მაშინ, როდესაც დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში (LMIC) კერძო სექტორი შედარებით მოგვიანებით წარმოიქმნა, მზარდია და ჯანდაცვის ბაზრის სულ უფრო მეტ წილს იკავებს (WHO, 2010; Wadge et al., 2017).

არსებობს თეორიული მოსაზრებები, რომ პირველადი ჯანდაცვის (PHC) კერძო სექტორში თავმოყრა დადებითი შედეგების მომტანია (Alonso et al., 2015). იმავდროულად, ამ საკითხის ირგვლივ არსებული კვლევითი მონაცემები არაერთმნიშვნელოვანია. ერთი სისტემური მიმოხილვა, რომელიც ერთმანეთს ადარებს კერძო და სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემების მუშაობის შედეგებს LMIC ქვეყნებში მიუთითებს ორივე ამ ტიპის მიმწოდებლების მუშაობის დაბალ ხარისხზე იმ განსხვავებით, რომ კერძო სექტორში მედიკამენტების ფიზიკური ხელმისაწვდომობა უკეთესია და, როგორც ჩანს, იგი მეორესთან შედარებით უფრო მეტად არის ორიენტირებული მომხმარებელზე (Berendes et al., 2011). კიდევ ერთი სისტემური მიმოხილვის მიხედვით, ფაქტობრივი მონაცემები არ ადასტურებს, რომ კერძო სექტორი, არის უფრო ეფექტიანი, პასუხისმგებლიანი, ან სამედიცინო თვალსაზრისით უფრო შედეგიანი ვიდრე სახელმწიფო სექტორი, თუმცა ეს უკანასკნელი, როგორც ჩანს,

ჩამოუვარდება მას ოპერატიულობისა და პაციენტისათვის შექმნილი პირობების თვალსაზრისით (Basu et al., 2012). მალტაში, ჰონგ-კონგსა და სამხრეთ კორეაში ჩატარებული კვლევები აჩვენებს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სერვისების შედეგები კერძო სექტორში უკეთესია, ვიდრე სახელმწიფო სექტორში (Pullicino et al., 2015; Sung et al., 2010; Wong et al., 2010). ამის საპირისპიროდ, კანადის შემთხვევაში მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ იქნა აღმოჩენილი (Mayo-Bruinsma, Liesha, 2013).

გარდა ამისა, არსებობს პრობლემატური საკითხები, რომელიც უკავშირდება LMIC ქვეყნებში კერძო სექტორის როლს საყოველთაო ჯანდაცვის (UHC) კონტექსტში (WHO, 2010; Morgan et al., 2016; Wadge et al., 2017). კერძო სექტორის კომპლექსურობა და მრავალფეროვნება მოითხოვს სპეციფიკური სტრატეგიული მიდგომების რეალიზაციას ამ სექტორის ჩართულობისა და მართვის უზრუნველსაყოფად. LMIC ქვეყნებში ეს შესაძლებლობები შეზღუდულია, რაც იწვევს სისტემათა ჩავარდნებს, მიღწეულ იქნას ადეკვატური შედეგები (McPake & Hanson, 2016; WHO, 2018c). ეს კონტექსტი განსაკუთრებით აქტუალურია საქართველოს შემთხვევაში. საქართველო მიეკუთვნება, საშუალოზე მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნების ჯგუფს, გამოირჩევა ჯანდაცვის სისტემის პრივატიზაციის მაღალი დონით და ახორციელებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას 2013 წლიდან. მიუხედავად პროგრამის დიზაინის რამდენიმეჯერ შეცვლისა, იგი დგას სირთულეების წინაშე, რაც მდგომარეობს იმაში, რომ პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ათვისება მეტწილად არასაკმარისად ხდება. უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდგომ საქართველოში მოსახლეობის ერთ სულზე ამბულატორიული ვიზიტების წლიური მაჩვენებელი გაიზარდა 61%-ით და 2018 წელს შეადგინა 3.7 ვიზიტი (NCDC, 2019), თუმცა, ეს ორჯერ ნაკლებია ვიდრე ჯანმოს შეფასებითი მაჩვენებელი ევროპის რეგიონისთვის – 7.53 ვიზიტი (WHO Regional Office for Europe, 2020).

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მიმდინარე მოდელი ძირითადად მოხმარებული რესურსების ღირებულების ანაზღაურებას ეფუძნება, როგორცაა, მაგ., სოფლად ოჯახის ექიმებისა და ექთნების ფიქსირებული ანაზღაურება და ქალაქად პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლებთან ანგარიშსწორება კაპიტაციის მეთოდით. ამ ეტაპზე ანაზღაურების მექანიზმებსა და ხარისხობრივ მაჩვენებლებს შორის რაიმე კავშირი არ არსებობს. ამბულატორიული ფთიზიატრიული დახმარების საპილოტე პროექტის გარდა არ ფუნქციონირებს ფინანსური წახალისების არცერთი სქემა (Curatio International Foundation, 2018). პირველადი ჯანდაცვა ვერ ასრულებს ე.წ. მეკარიბჭის ფუნქციას. ფიქსირდება ოჯახის ექიმების მიერ ექიმ-სპეციალისტებთან პაციენტთა გადაგზავნის მაღალი მაჩვენებლები, რაც იწვევს ჯანდაცვაზე ჯიბიდან ხარჯების ზრდას. საქმიანობის შედეგებზე ანგარიშვალდებულება პრაქტიკულად არ არსებობს და პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებს იშვიათად ეკისრებათ პასუხისმგებლობა მათი მუშაობის შედეგების გამო. ხარისხის გაუმჯობესების მექანიზმები, მათ შორის ზედამხედველობისა და შეფასების მიცემის ელემენტები, არ არის დანერგილი. არ მიმდინარეობს მომსახურების სტანდარტების დაცვის რუტინული კონტროლი, თუ არ ხდება

საჩივარზე რეაგირება, რაც მოითხოვს დამატებითი მოკვლევის ჩატარებას (Chikovani & Sulaberidze, 2017; WHO Regional Office for Europe, 2018, 2019).

ყოველივე ეს ხაზს უსვამს, რომ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის, როგორც მეკარიბჭის, როლი დაკნინებულია. იგი ვერ ახერხებს ქრონიკული დაავადებების ეფექტურ მართვას, არ იცავს პაციენტებს ძვირადღირებული სპეციალიზებული და სტაციონარული სერვისების საჭიროებისგან და ვერ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სისტემის მასშტაბით ჯანდაცვაზე გაზრდილი ხარჯების თავიდან აცილებას.

ანაზღაურების მექანიზმები და, კონკრეტულად, P4P განიხილება, როგორც სტრატეგიის შესაძლო ინსტრუმენტი პირველადი ჯანდაცვის დონეზე არსებული ზოგიერთი პრობლემის გადასაჭრელად. შესაბამისად, არსებობს ემპირიული მონაცემების მოპოვების საჭიროება შესაძლო სტრატეგიების შესახებ მიმდინარე დისკუსიის საინფორმაციო უზრუნველყოფისათვის. 2018 წელს ჯანდაცვის პოლიტიკის და სისტემების კვლევის ალიანსმა (AHPSR) მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკის ფორმირების პროცესის ხელშეწყობის მიზნით მხარი დაუჭირა საქართველოში სპეციალური პლატფორმის – სწრაფი მიმოხილვების დანერგვა ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში (ERA) – შექმნას. ERA არის მკვლევარებსა და პოლიტიკის შემუშავებაზე პასუხისმგებელ სტრუქტურებს (საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტი; საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტრო) შორის თანამშრომლობის პლატფორმა, რომლის ფარგლებშიც მკვლევარები შეიმუშავებენ კვლევით მონაცემებზე დაფუძნებულ დოკუმენტებს ჯანდაცვის პოლიტიკის აქტუალურ საკითხებზე. ქვემოთ განხილული კვლევის შეკითხვაზე მუშაობა წარიმართა საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის ინიციატივით.

ჩვენი მიმოხილვის მიზანია, შეაჯამოს ლიტერატურა, რომელიც ეძღვნება საშუალო და მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში საქმიანობის შედეგების მიხედვით ანაზღაურების (P4P) გავლენის შესწავლას კერძო სექტორის მიერ მიწოდებული პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებასა და ხარისხზე. იმდენად, რამდენადაც მსოფლიო ბანკის ჯგუფის განსაზღვრების თანახმად, საქართველო მიეკუთვნება საშუალოზე მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნების კატეგორიას, შესაძლოა ყოფილიყო მოლოდინი, რომ ჩვენ შევისწავლიდით დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნების გამოცდილებას, ვინაიდან ამ ორი ჯგუფის ქვეყნებს როგორც წესი, ერთად შეისწავლიან. ამისდა მიუხედავად, ჩვენ ოდნავ განსხვავებული მიდგომა ავირჩიეთ. მაშინ, როდესაც სოციო-ეკონომიკური განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე მყოფ ქვეყნებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავებებია, მათ შორის არსებობს მსგავსებებიც. განვითარებული მსოფლიოს გამოცდილება შესაძლოა ფასეული აღმოჩნდეს განსხვავებული ეკონომიკის მქონე ქვეყნებისათვის. გარდა ამისა, P4P სქემების შესახებ ლიტერატურის დიდი ნაწილი გამოქვეყნებულია მაღალი შემოსავლებს მქონე ქვეყნებში, სადაც ამ სქემების განხორციელება დაიწყო 1990-იან წლებში, როგორც ამერიკის შეერთებულ შტატებში (US), ან 2000-იანი წლების დასაწყისში, როგორც გაერთიანებულ

სამეფოში (UK) (Cromwell et al., 2011; Gemmill, 2007). ამასთან, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე კერძო სექტორი სწორედ მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში არის კარგად განვითარებული (WHO, 2018b).

იმისთვის, რომ სრულად გაგვეცა პასუხი ჩვენი კვლევის ძირითად კითხვაზე, თუ როგორია P4P სქემების გავლენა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარების მაჩვენებლებისა და ხარისხზე საშუალო და მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, ჩვენ ასევე შევისწავლეთ, თუ რა არასასურველი შედეგები და გვერდითი ეფექტებია ასოცირებული P4P სქემებთან და რა ფაქტორები უნდა იქნას მხედველობაში მიღებული P4P სქემების შემუშავებისა და განხორციელების პროცესში.

მეთოდები

ტერმინთა განსაზღვრება

სამედიცინო დახმარების ხარისხის, როგორც ასეთის, საყოველთაო აღიარების მიუხედავად, ლიტერატურაში იშვიათად მოიხსენიება წყაროები, რომელშიც ხდება მისი განსაზღვრება. მათ შორისაა განსაზღვრება Donabedian-ის მიხედვით, რომელმაც დააკონკრეტა ხარისხის კავშირი სამედიცინო დახმარების გაწევის პროცესსა და პაციენტის კეთილდღეობასთან (Donabedian A, 1980). დაახლოებით ათი წლის შემდეგ აშშ-ს მედიცინის ინსტიტუტმა (IOM) ხარისხი განმარტა როგორც: „ჯანმრთელობის მხრივ სასურველი შედეგების რეალიზაციის ალბათობის ის დონე, რომლის მიღწევაც შეუძლიათ ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს და რომელიც შეესაბამება თანამედროვე პროფესიონალურ ცოდნას.“ ამ საბაზისო განსაზღვრებასთან ერთად IOM-ი გამოყოფს ექვს განზომილებას ან მიზანს, რომელსაც უნდა პასუხობდეს ხარისხიანი სამედიცინო დახმარება. ესენია: უსაფრთხოება, ეფექტურობა, პაციენტზე ორიენტირება, დროულობა, ეფექტიანობა და თანაბრობა (Institute of Medicine, 2001). მოგვიანებით ეს კონცეფცია აღიარა და განავრცო სხვადასხვა ორგანიზაციამ, როგორცაა, მაგალითად, ჯანმო, ევროკომისია და OECD.

ჯანმოს მიერ შემოთავაზებული ხარისხის უახლესი განსაზღვრება შემდეგნაირად გამოიყურება: „*ეფექტური*: მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება მათთვის, ვისაც ეს ესაჭიროება; *უსაფრთხო*: საფრთხის არიდება იმ ადამიანებისათვის, ვისთვისაც განკუთვნილია სამედიცინო დახმარების მოცემული სახეობა; *ადამიანებზე ორიენტირებული*: სამედიცინო დახმარება, რომელიც ითვალისწინებს თუ რას ანიჭებს უპირატესობას, რა სჭირდება ან რა ფასეულობების მატარებელია ცალკეული ინდივიდი; ხარისხიანი ჯანდაცვის დადებითი მხარეების რეალიზაციისათვის სამედიცინო სერვისები უნდა იყოს *დროული*: მოცდის დროისა და, ზოგჯერ, როგორც სამედიცინო დახმარების მიმღები პირის, ისე მიმწოდებლისათვის საზიანო დაგვიანების შემცირება; *თანაბარი წვდომა*: სამედიცინო დახმარების გაწევა ისე, რომ მისი ხარისხი არ იცვლებოდეს პაციენტის ასაკის, ბიოლოგიური სქესის, გენდერის, რასის, ეთნიკური კუთვნილების, გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის, რელიგიის, სოციო-ეკონომიკური სტატუსის, ენობრივი ან პოლიტიკური აფილიაციის ნიშნის მიხედვით; *ინტეგრირებული*: სამედიცინო დახმარების გაწევა ისე, რომ უზრუნველყოფილი იყოს სამედიცინო დახმარების დონეებსა და მიმწოდებლებს შორის კოორდინაცია და სამედიცინო სერვისების სრული სპექტრის ხელმისაწვდომობას მთელი სიცოცხლის განმავლობაში; და *ეფექტიანი*: არსებული რესურსებისგან მაქსიმალური სარგებლის მიღება და დანაკარგების თავიდან აცილება“ (WHO, 2018a).

წინამდებარე მიმოხილვაში, ჩვენ ძირითადად ვეხებით ხარისხის ისეთ განზომილებებს, როგორცაა ეფექტურობა, უსაფრთხოება და თანაბრობა და არ ვსაუბრობთ ეფექტიანობის განზომილებაზე. მიმოხილვაში მოყვანილი კვლევები უნდა ახდენდეს P4P სქემებსა და ხარისხის ინდიკატორებს შორის კავშირის დემონსტრირებას. ჯანდაცვის სისტემებსა და პროგრამებში სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა დონეზე არსებულ ხარისხზე სამსჯელოდ

ინდიკატორთა სხვადასხვა ტიპი გამოიყენება. ეს შესაძლოა იყოს რესურსების ხელმისაწვდომობა, რომელიც ასევე განისაზღვრება, როგორც სტრუქტურული ხარისხი, მომსახურების სტანდარტების დაცვა, რომელიც ასევე განისაზღვრება, როგორც სამედიცინო დახმარების პროცესის ხარისხი ან პროცესის შედეგი ან ტექნიკური ხარისხი, ამბულატორიულად მართვადი მდგომარეობების გამო გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილებებში მიმართვიანობის ან ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები, როგორც პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციონირების ეფექტურობის არაპირდაპირი საზომი, პაციენტის დონეზე მიღებული შედეგები, მათ შორის დანახარჯების ოდენობა და სერვისების მიღებასთან დაკავშირებული გამოცდილება, დაბოლოს, დაავადების საერთო გავრცელება და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები, როგორც რეგიონულ და ეროვნულ დონეზე მიღებული შედეგობრივი ინდიკატორები.

პირველადი სამედიცინო დახმარება შესაძლოა სხვადასხვაგვარად იყოს განმარტებული ლიტერატურაში. ის მოიცავს ისეთ ტერმინებს, როგორიცაა: ზოგადი მედიცინა, საოჯახო მედიცინა, საოჯახო სამედიცინო პრაქტიკა და ამბულატორიული დახმარება.

P4P კონცეპტუალურად გულისხმობს ჯანდაცვის სერვისების გაწევის შედეგად უკეთესი უკუგების მიღების წახალისებას (Musgrove P., 2011). სხვადასხვა ქვეყანაში მოქმედ სქემებში გამოიყენება სხვადასხვა ტერმინები, როგორიცაა, მაგალითად: ეფექტურობის მაჩვენებლებზე დაფუძნებული ანაზღაურება, შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურება, ეფექტურობის მაჩვენებლებზე დაფუძნებული დაფინანსება (PBF) და კრებითი ტერმინი - შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება (RBF). შედარებით ახალი ტერმინია შექმნილ ღირებულებაზე დაფუძნებული შესყიდვები (VBP), რაც უფრო ხშირად აშშ-ის კონტექსტში გამოიყენება. VBP მოდელები შესაძლოა იყოს სხვადასხვა სახის, თუმცა, ოპერატიული თვალსაზრისით, ისინი წარმოადგენენ ფინანსური სტიმულირების მექანიზმებს, რომელთა მიზანია კლინიკური დახმარების ხარისხისა და პაციენტისთვის დამდგარი შედეგების გაუმჯობესება და, იმავდროულად, ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შეკავება ან შემცირება (Conrad et al., 2016). ამ მიმოხილვის მიზნებისათვის, ჩვენ შევისწავლეთ ფინანსური წახალისების სქემები, რომელთა მიზანი იყო სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ქცევის მოტივირება და ცვლილება ანაზღაურების ოდენობასა და მუშაობის უშუალო შედეგებს, პაციენტის ჯანმრთელობისთვის დამდგარ შედეგებს, მიღწევებს ან შექმნილი ღირებულებას შორის კავშირის დამყარების მეშვეობით.

ძიების სტრატეგია, მონაცემთა შეგროვება

ჩვენ ჩავატარეთ ლიტერატურის ძიება, რისთვისაც მოვიკვლიეთ როგორც სისტემური მიმოხილვები, ისე არასისტემური ხასიათის მიმოხილვითი დოკუმენტები.

PubMed-ში ძიება ჩატარდა სპეციფიკური სინტაქსითა (პირველადი ჯანდაცვა და ეფექტურობის მაჩვენებლებზე დაფუძნებული დაფინანსება) და დოკუმენტების სათაურებში / რეზიუმეებში კონკრეტული ტერმინების მოძიების მეშვეობით.

საწყისი ძიებისას ასევე გამოვიყენეთ ფრაზა „კერძო პრაქტიკა“, თუმცა ამ სტრატეგიით ვერ იქნა მიღებული ვერცერთი შედეგი, რის გამოც გაფართოებული ძიება ჩატარდა ამ ფრაზის გარეშე.

ჩვენ მოვიძიეთ PubMed-ის და Health Systems Evidence-ის მონაცემთა ბაზებში გამოქვეყნებული მიმოხილვითი დოკუმენტები, აგრეთვე – RBF Health-

ის ვებ-საიტზე (<https://www.rbfhealth.org>) ხელმისაწვდომი შეფასების ანგარიშები. ჩვენს შერჩევაში მოსახვედრად მიმოხილვითი დოკუმენტები და ანგარიშები გამოქვეყნებული უნდა ყოფილიყო ინგლისურ ენაზე 2009 წლის იანვრიდან 2019 წლის 31 დეკემბრამდე პერიოდში.

ძიების შედეგად გენერირებული სათაურებისა და რეზიუმეების ანალიზი განახორციელა ორმა ავტორმა. ჩვენ მოვიცავით კვლევები, რომლებშიც შეფასებული იყო პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მოქმედი P4P სქემები ინდივიდუალური, ჯგუფური ან ინსტიტუციური სამედიცინო პრაქტიკისათვის და მოიცავდა ხარისხის განზომილებას. ჩვენ გამოვრიცხეთ მხოლოდ ის კვლევები, რომელშიც მიმოხილული იყო დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში მოქმედი P4P სქემები. სტატიები, რომელიც მოიცავდა როგორც დაბალი, ისე საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებს, ჩართულ იქნა ჩვენს მიმოხილვაში, თუმცა მათგან მხოლოდ საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებთან დაკავშირებული ინფორმაცია იქნა ამოღებული. ამის მსგავსად, შერჩევაში მოხვდა სტატიები, რომელშიც შესწავლილი იყო როგორც ამბულატორიული ისე ჰოსპიტალური სერვისები, თუმცა ჩვენს მიერ მხოლოდ ამბულატორიულ სერვისებთან დაკავშირებული ინფორმაცია იქნა დამუშავებული. ჩვენ გამოვრიცხეთ სტატიები, რომელიც შეისწავლიდა P4P სქემების გავლენას სპეციფიკურ დაავადებებთან კავშირში, როგორცაა, მაგალითად, ფსიქიკური დაავადებები / მძიმე ფსიქიკური დაავადებები, პარკინსონის დაავადება და ასთმა. ამასთან, მიმოხილვაში ჩავრთეთ სტატიები, რომელიც შეისწავლიდა P4P სქემების გავლენას შაქრიანი დიაბეტის, როგორც პირველადი ჯანდაცვის ერთ-ერთი პრიორიტეტული საზრუნავის, მართვაზე.

საძიებო ტერმინები

პირველადი დახმარება / ან პირველადი ჯანდაცვა / ან პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა / ან ამბულატორიული დახმარება

შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება / ან ეფექტურობის მაჩვენებლებზე დაფუძნებული დაფინანსება / ან ეფექტურობის მაჩვენებლებზე დაფუძნებული ანაზღაურება / ან ეფექტურობის მაჩვენებლებზე დაფუძნებული კონტრაქტირება / საქმიანობის შედეგების მიხედვით ანაზღაურება

ჩვენთვის საინტერესო ყველაზე ახალი სისტემური მიმოხილვის თარიღის გათვალისწინებით, ჩვენ გავაფართოვეთ ძიების მასშტაბი და ჩავრთეთ საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში ჩატარებული პირველადი კვლევები, რომელიც გამოქვეყნებული იყო 2016 წლის მარტსა და 2020 წლის იანვარს შორის პერიოდში. ჩვენ აგრეთვე გავაფართოვეთ მოძიებული დოკუმენტების სია მიმოხილვაში ჩართული სტატიების ბიბლიოგრაფიული წყაროებთან გაცნობის მეშვეობით.

მონაცემთა ამოკრების საიმედოობის უზრუნველსაყოფად მოხდა მათი კალიბრირება. კვლევების დაახლოებით 15%-დან მონაცემთა ამოკრება მოხდა ორი მკვლევარის მიერ ერთობლივად. მას შემდეგ, რაც მკვლევარებმა მიაღწიეს ურთიერთთანხმობის მაღალ დონეს მიმოხილვაში ჩასართავი კვლევების 90%-ზე მეტ რაოდენობაში, მათ განაგრძეს მონაცემთა შეკრება ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად. მონაცემთა შეგროვება განხორციელდა წინასწარ შემუშავებული სპეციალური ფორმის გამოყენებით. სხვა ინფორმაციასთან ერთად, ჩვენ შევაგროვეთ კრებსითი შედეგობრივი მონაცემები და, ცალკეულ შემთხვევებში, პირველადი კვლევის დონეზე მიღებული შედეგები, რათა გვეჩვენა მათი უკეთ გააზრების შესაძლებლობა.

ჩვენ არ ვაანალიზებდით კვლევების მეთოდოლოგიურ გამართულობას, თუმცა ვუთითებდით სისტემური მიმოხილვების შეფასების ინსტრუმენტით (AMSTAR) მინიჭებულ ქულას, ასეთის არსებობის შემთხვევაში.

ჩვენ ასევე მოვიძიეთ ბოლო ათწლეულში გამოქვეყნებული ორი სისტემური მიმოხილვების მიმოხილვა, რომელიც ეხებ ჩვენი შესწავლის საგანს. ესენია, Wiysonge და თანაავტ. მიერ შესრულებული ქოქრეინის მონაცემთა ბაზაში შეტანილი სისტემური მიმოხილვა, რომელიც აანალიზებს P4P სქემების ეფექტების შესწავლის მიზნით ჩატარებული კვლევების სამ სისტემურ მიმოხილვას (Akbari et al., 2008; Scott et al., 2011; Witter et al., 2012) და ჯანდაცვის სერვისებით არასაკმარისად მოცულ ტერიტორიებზე სამედიცინო პრაქტიკის წამახალისებელი სქემების ეფექტების შესახებ კვლევების ერთი მიმოხილვას.

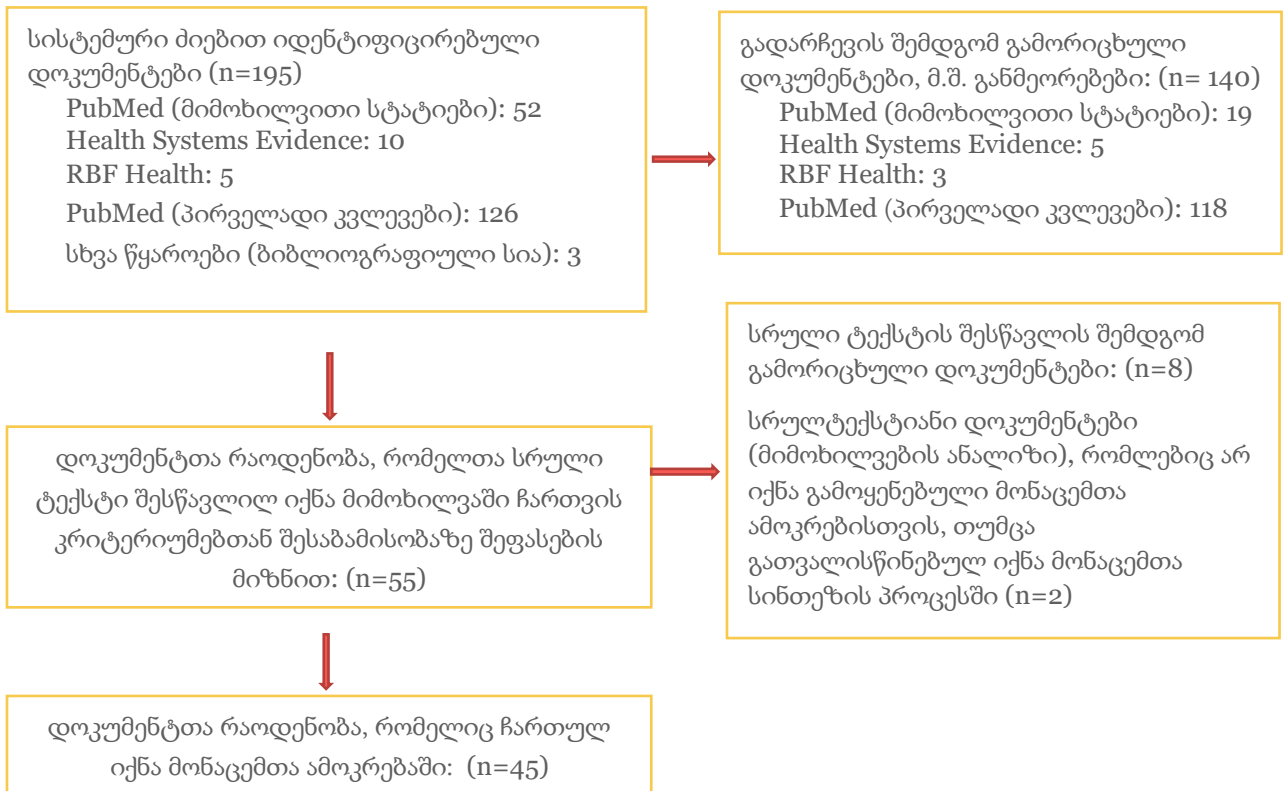
ამ დოკუმენტში გაკეთებულია დასკვნა, რომ მიმწოდებელთა წახალისების სქემების ეფექტები გაურკვეველია, მათ შორის ისეთ საკითხებთან მიმართებით, როგორცაა: მიმწოდებელთა წამახალისებელი ანაზღაურების გავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე ან სამედიცინო დახმარების მეორეულ დონეზე პაციენტთა გადამისამართებაზე და P4P სქემების გავლენა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მუშაობის ეფექტურობაზე, ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის მაჩვენებლებსა და ჯანმრთელობისთვის დამდგარ შედეგებზე (Wiysonge et al., 2017). მეორე ანალიტიკური დოკუმენტი მომზადებულია Eijkenaar და თანაავტორების მიერ და მოიცავს 22 სისტემურ მიმოხილვას. ავტორთა დასკვნით, მტკიცებულებები არასაკმარისია, რათა მოხდეს P4P მიდგომის მხარდაჭერა ან მისი უკუგდება. (Eijkenaar et al., 2013).

შედეგები

ძიების შედეგები

საერთო ჯამში, მიმოხილვაში ჩართვის კრიტერიუმებთან შესაბამისობაზე სათაურებსა და რეზიუმეებთან გაცნობის დონეზე შეფასდა 195 სტატია. პუბლიკაციების გადარჩევისა და სრული ტექსტების გაანალიზების შემდგომ გამოიყო და საბოლოო მიმოხილვაში ჩართულ იქნა 45 დოკუმენტი.

ნახ 1. ლიტერატურის ძიების ბლოკ-სქემა



კვლევის შეკითხვის ცვლილება

მიმოხილვით სტატიებში მოყვანილი პირველადი კვლევები ჩატარებულია გაერთიანებულ სამეფოში (22 სტატია), აშშ-ში (18), ტაივანსა (17) და კანადაში (12). რამდენიმე სტატია ეხება კვლევებს, რომელიც ჩატარებულია იტალიაში, გერმანიაში, შვედეთში, არგენტინაში, ბრაზილიაში, ფილიპინებში, კამბოჯასა და ნიგერიაში. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ მიმოხილვით სტატიებში ადგილი აქვს პირველადი კვლევების ურთიერთგადაფარვას, რის გამოც შედეგების დუბლირების შესაძლებლობა არ გამოირიცხება.


დანართი 1-ში წარმოდგენილია მიმოხილვაში ჩართული კვლევების ძირითადი მახასიათებლები. კვლევები ერთმანეთისგან ფართო დიაპაზონში განსხვავდება ისეთი ნიშნებით, როგორიცაა: კონტექსტი, რომელშიც ხორციელდება P4P სქემები, პირველადი

ჯანდაცვის ორგანიზაცია, დაწესებულებაში არსებული ორგანიზაციული კულტურა, P4P პროგრამის დიზაინი და პაციენტთა პოპულაცია. ასე, მაგალითად, ზოგიერთი მიმოხილვა ფოკუსირდება მხოლოდ ერთ დაავადებაზე (მაგ. დიაბეტი), სერვისის სახეობაზე (მაგ. კიბოს სკრინინგი), პირველადი ჯანდაცვის სფეროს მიკუთვნებულ ცალკეულ სექტორზე (მაგ. არაგადამდები დაავადებები, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა) ან მთლიანობაში პირველადი ჯანდაცვის ზოგად სერვისებზე.

რაც მთავარია, მართალია, სტატიებში კერძო სექტორი ამა თუ იმ ფორმით არის მოხსენიებული, სახელმწიფო და კერძო სექტორების განსხვავება ან კვლევის შეკითხვაზე პასუხის გაცემის მიზნით არსებულ მონაცემთა რაიმე ფორმით განზოგადება არ აღმოჩნდა შესაძლებელი. მიმოხილვაში ჩართული 45 სტატიიდან მხოლოდ 13 მათგანი მოიხსენიებდა კერძო ან სახელმწიფო სექტორისადმი კუთვნილების ამა თუ იმ ფორმას, ხოლო დანარჩენ დოკუმენტები არ იძლეოდა არანაირ ინფორმაციას აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით. 13 სტატიიდან არცერთში არ იყო გაანალიზებული პირველადი ჯანდაცვის დონეზე P4P სქემის ეფექტურობა სახელმწიფო თუ კერძო სექტორისადმი კუთვნილების ჭრილში. ჩვენ ყურადღებით შევისწავლეთ თითოეული ამ 13 სტატიათაგანი, რათა გაგვერკვია ხომ არ იყო მათში მიმოხილულ პირველად კვლევებში ამ საკითხის შესახებ უფრო დაწვრილებითი ინფორმაცია. როგორც აღმოჩნდა, პირველადი ჯანდაცვის რგოლისადმი მიძღვნილი არცერთი პირველადი კვლევა არ მოიცავდა მონაცემებს ჩვენთვის საინტერესო ფორმით. ჩვენ აღარ განვაგრძეთ თითოეული ცალკე აღებული პირველადი კვლევის ან P4P სქემისა თუ ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის მახასიათებლების შესწავლა იმის გასარკვევად, თუ როგორი იყო პირველადი ჯანდაცვის სერვისის პროვაიდერთა საკუთრების ფორმა სქემის იმპლემენტაციის მომენტისათვის. ჩვენ განვიხილეთ ინფორმაციის დეფიციტის აღნიშნული პრობლემა ჩვენს ძირითად დამკვეთთან, რის შედეგადაც მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება, რომ მონაცემებთან მუშაობა გაგრძელდეს კერძო სექტორის განზომილების გათვალისწინების გარეშე. იქიდან გამომდინარე, ჩვენმა კვლევის შეკითხვამ განიცადა ცვლილება და საბოლოოდ ჩამოყალიბდა შემდეგი სახით: „რა გავლენას ახდენს P4P სქემები პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებასა და ხარისხზე საშუალო და მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში?“.



P4P ეფექტურობა

ეს თავი, რომელშიც წამოდგენილია მიმოხილვის შედეგები, შემდეგნაირად არის სტრუქტურირებული: ჯერ მოყვანილია ცნობები P4P-ის ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებაზე გავლენის, ხოლო შემდეგ – ხარისხთან დაკავშირებულ შედეგებზე გავლენის თაობაზე. ვინაიდან ხარისხი – ეს ფართო ცნებაა, ხარისხთან დაკავშირებული შედეგები ოთხ სხვადასხვა ჯგუფშია დახარისხებული. 

შემდეგ ქვეთავში მოცემულია დასკვნები P4P სქემების რეალიზაციისას გასათვალისწინებელი ფაქტორების თაობაზე.

აქვე მოყვანილია დეტალური ინფორმაცია აშშ-ში, გაერთიანებულ სამეფოში, ტაივანსა და არგენტინაში მოქმედი P4P სქემების შესახებ, რომელიც ამოკრებილია მიმოხილვითი სტატიებიდან, იმის უკეთ გასააზრებლად, თუ როგორ ხდებოდა ამ ქვეყნებში მოქმედი სქემების ცვლილება დროთა განმავლობაში და რა სახის ინფორმაცია არის ასახული მიმოხილვით კვლევებში.

დანართი 2 აღწერს მიმოხილვაში ჩართული კვლევების ძირითად მიგნებებს.

P4P-ის გავლენა სამედიცინო დახმარების ხარისხთან დაკავშირებულ შედეგებზე

1-ლი ჯგუფი:

პაციენტის მართვის პროცესი: სახელმძღვანელო მითითებების შესრულება, მაგ. რეკომენდებული გამოკვლევების ჩატარება, როგორცაა: სისხლში გლუკოზის კონტროლი, ოფთალმოლოგიური გამოკვლევა, და სხვ.

მკურნალობის უზალედური შედეგები: მაგ. ლაბორატორიული მაჩვენებლების გაუმჯობესება; ჰიპერტონიის გაკონტროლება;

ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები:

ამბულატორიულად მართვადი მდგომარეობების გამო გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილებებში მიმართვიანობის ან ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები.

მე-2 ჯგუფი:

ჯანმრთელობის გამოსავალი: დაავადების საერთო გავრცელება, კონკრეტული დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობა, საერთო სიკვდილიანობა;

მე-3 ჯგუფი

ხარისხთან დაკავშირებული სხვა შედეგები:

ჯანდაცვის სერვისებზე თანაბარი წვდომა; სამედიცინო დახმარების კოორდინაცია, სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა;

მე-4 ჯგუფი:

არასასურველი შედეგები და გვერდითი ეფექტი „გეიმინგი“, პაციენტთა დისპროპორციული შერჩევა, მომსახურების გადახრა, გადადინების ეფექტი

P4P-ის გავლენა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებაზე

P4P-ის გავლენა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებაზე, საერთო ჯამში, თექვსმეტ სტატიაში (მათ შორის, 11 სისტემურ მიმოხილვაში) იყო გაანალიზებული. ჩვენ ვნახეთ, რომ ეს სქემები პოზიტიურ გავლენას ახდენს იმუნოზაციის სერვისების მოხმარებაზე, ვინაიდან კვლევათა უმეტესობა მიუთითებდა იმუნოზაციით მოცვის მაჩვენებლის გაზრდაზე, როგორც P4P სქემის ერთ-ერთ უმთავრეს მიღწევაზე (Van Herck et al., 2010; Houle et al., 2012; Soranz & Pisco, 2017; Yuan et al., 2017; Patel, 2018). ცვლილების სიდიდე და სტატისტიკური მნიშვნელოვნობა კვლევებს შორის განსხვავდებოდა. მაგალითად, კამბოჯაში P4P სქემის განხორციელების შედეგად ამ მაჩვენებლის ზრდამ მხოლოდ 2.3% შეადგინა (Patel, 2018) მაშინ, როდესაც, ნიგერიის სამ შტატში მსგავსი სქემის განხორციელებამ ვაქცინაციის პროგრამით სრულად მოცული ბავშვების პროცენტული წილი ორწლიან პერიოდში 1.4%-დან 49.2%-მდე გაზარდა (Odutolu et al., 2016). აშშ-ში (ქ. ნიუ იორკში) ჩატარებულმა რანდომიზებულმა კონტროლირებადმა კვლევამ აჩვენა პრემიალური ანაზღაურების შემოღების შემდეგ ბავშვობის ასაკში იმუნოზაციის მაჩვენებლის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი 5.9%-იანი ზრდა, თუმცა ეს მეტწილად განპირობებული იყო დოკუმენტაციის წარმოების გაუმჯობესებით და არა იმუნოზაციის პრაქტიკის ცვლილებით, ვინაიდან აცრების ისტორიის ზედმიწევნით კარგად წარმოება იმუნოზაციის პროცესის კრიტიკულად მნიშვნელოვან ელემენტს წარმოადგენს (Fairbrother et al., 2001; Houle et al., 2012).

აშშ-ს ანგარიშვალდებულ სამედიცინო ორგანიზაციებში (ACO) ჩატარებულ კიდევ ერთ ობსერვაციულ კვლევაში, რომელშიც difference-in-difference შეფასების მეთოდია გამოყენებული, 10-დან 8 ისეთ ვაქცინასთან მიმართებით, რომელთა შემთხვევაშიც იმუნოზაციით მოცვის მაჩვენებელი 80%-ზე ნაკლები იყო, აღინიშნა ამ მაჩვენებლის მნიშვნელოვანი ზრდა სტიმულირების სქემაში ჩართული ექიმების პაციენტთა კონტინგენტში. ორ ისეთ ვაქცინასთან მიმართებით, რომელთა შემთხვევაშიც იმუნოზაციით მოცვის მაჩვენებელი ახლოს იყო 80%-თან, ცვლილება არ გამოვლენილა. შედარებამ აჩვენა, რომ სტიმულირების სქემაში ჩართული ექიმების შედეგები 10-დან 4 ვაქცინის შემთხვევაში უფრო მეტად იყო გაუმჯობესებული, ვიდრე ექიმებისა, რომლებიც არ მონაწილეობდნენ სტიმულირების სქემაში.

პირველ ჯგუფში მუშაობის შედეგების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება შესაძლოა აიხსნას საწყის ეტაპზე იმუნოზაციით მოცვის შედარებით დაბალი მაჩვენებლებითა და ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული სხვა ღონისძიებების გატარებით, მათ შორის ელექტრონული რეგისტრაციის წარმოებით (Gleeson et al., 2016).

P4P სქემებმა ასევე გაზარდა ანტენატალურ მეთვალყურეობასთან დაკავშირებული სერვისების მოხმარება (Gertler et al., 2014; Kandpal, 2016; Khim et al., 2018; Patel, 2018; Soranz & Pisco, 2017; Wekesah et al., 2016). არგენტინაში „Plan Nacer“ პროგრამის ფარგლებში

მოქმედმა P4P სქემამ იქონია გამომხატული დადებითი გავლენა ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობასა (6.8%-ლი პუნქტით ზრდა) და ტეტანუსის საწინააღმდეგო აცრებით მოცვის მაჩვენებელზე (5.6%-ლი პუნქტით ზრდა). ქვეყნის ერთ-ერთ პროვინციაში ჩატარებულმა განმეორებითმა შეფასებამ, რომლის ფარგლებშიც შეზღუდული პერიოდის განმავლობაში გაზრდილი ოდენობის პრემიები გაიცემოდა, აჩვენა რომ საკვლევ ჯგუფში ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა 34%-ით აჭარბებდა საკონტროლო ჯგუფში ანალოგიურ მონაცემებს. ამ პროვინციაში მიღებული შედეგი შენარჩუნებული იყო სტიმულირების პროგრამის დასრულებიდან ერთი წლის შემდეგაც. (Gertler et al., 2014; Kandpal, 2016; Patel, 2018). მართალია, სომხეთის შემთხვევაში P4P სქემის შეფასებები ხელმიუწვდომელია, ერთი კვლევა ამტკიცებდა, რომ შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურების სქემამ დადებითი როლი იქონია ამ ქვეყნის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვასა და არაგადამდებ დაავადებებთან დაკავშირებული სერვისების გაუმჯობესებასა და წლიური სამიზნე მაჩვენებლების მიღწევაში (Petrosyan et al., 2017).

P4P პოზიტიური გავლენა აღინიშნა ჰიპერტონიისა და კორონარული დაავადების სკრინინგთან დაკავშირებული სერვისების მოხმარების კუთხით (Cattel & Eijkenaar, 2019; Lin et al., 2016a; Scott et al., 2011). იმავდროულად, სხვა კვლევის მონაცემები წინააღმდეგობაში მოდის ამ შედეგებთან, მიუთითებს რა კორონარული დაავადების მკურნალობაზე გავლენის არარსებობაზე (Mendelson et al., 2017).

კიბოს (საშვილოსნოს ყელის, სარძევე ჯირკვლისა და კოლორექტალური) სკრინინგთან დაკავშირებული სერვისების მოხმარებაზე P4P სქემების გავლენის შესახებ შერჩეული სისტემური კვლევების მონაცემები წინააღმდეგობრივია. კვლევები აჩვენებს, რომ ფინანსურ სტიმულირებას აქვს არაერთგვაროვანი ეფექტი (დადებითი, მცირედ გამომხატული ან ნულოვანი ეფექტი) კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებული სერვისების მოხმარებაზე (Van Herck et al., 2010; Mauro et al., 2019; Houle et al., 2012).

P4P-ის გავლენა ხარისხობრივ მაჩვენებლებზე

1-ლი და მე-2 ჯგუფის შედეგებთან მიმართებით P4P-ის ეფექტურობის საკითხი ოცდარვა კვლევაში არის განხილული. ისინი ძირითადად ეხება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ქრონიკული დაავადებების მართვისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებთან დაკავშირებულ შედეგებს. ზოგიერთი კვლევა არ აკონკრეტებს, თუ რაზეა ფოკუსირებული მათში მოცემული ანალიზი. ეს კვლევები ყველაზე ხშირად დიაბეტის მართვის საკითხებს ეხება.

ხარისხის შედეგობრივი მაჩვენებლების 1-ლი ჯგუფი

პირველ ჯგუფში გაერთიანებული შედეგებიდან, სულ მცირე, რამდენიმე მათგანზე P4P-ის დადებითი ზეგავლენის შესახებ ცხრამეტ კვლევაშია საუბარი. თითქმის ყველა მიმოხილვითი სტატია ეყრდნობა პირველად კვლევებს, რომელიც გაერთიანებული სამეფოს

სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და შედეგების მართვის სისტემის (QOF)

ფუნქციონირების შედეგებია შესწავლილი (დაწვრილებითი ინფორმაცია იხილეთ ტექსტურ ჩანართში). ადრინდელი სისტემური მიმოხილვები ეფუძნება მოძველებულ კვლევებს და, როგორც წესი, მიუთითებს დიაბეტის მართვის ხარისხის გაუმჯობესებასა და QOF-ს შორის ურთიერთკავშირზე (Alshamsan et al., 2010; S. J. Gillam et al., 2012). ავტორები აღნიშნავენ

P4P-ის გავლენა სამედიცინო დახმარების ხარისხის შედეგობრივ მაჩვენებლებზე:

- სამედიცინო დახმარების გაწევის პროცესი
- შუალედური შედეგები
- გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილებებში მიმართვიანობის ან ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები.

პროცესების ეფექტურობის ამაღლებას, რასაც თან სდევს პაციენტის მართვის პროცესისა და შუალედური შედეგების გაუმჯობესება, განსაკუთრებით QOF-ის შემოღებიდან პირველი წლის განმავლობაში. (S. Gillam, 2015; S. J. Gillam et al., 2012). Van Herck და თანაავტ. ასევე მიუთითებენ, რომ P4P ამოქმედების წყალობით ხარისხის მაჩვენებლები ყველაზე მეტად გაუმჯობესდა დიაბეტის შემთხვევაში და პოზიტიური შედეგები დაფიქსირდა ასთმისა და თამბაქოს წვესთვის თავის დანებების კუთხითაც (Van Herck et al., 2010). Lin და თანაავტ. მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარებული 36 კვლევა გაანალიზეს და დაასკვნეს, რომ კორონარული დაავადებისა და დიაბეტის მართვის შემთხვევაში მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება შეინიშნებოდა ძირითადად პაციენტის მართვის პროცესთან დაკავშირებული შედეგობრივი მაჩვენებლების და არა კლინიკური (შუალედური) შედეგების თვალსაზრისით. კიდევ ერთი სისტემური მიმოხილვის მიხედვით, P4P-ის რეალიზაციაზე გავლენას ახდენდა ხარისხის საბაზისო დონე: შედარებით დაბალი საბაზისო მაჩვენებლების მქონე სამედიცინო დაწესებულებებში გაუმჯობესება უფრო შესამჩნევი იყო ვიდრე იმთავითვე უკეთესი მაჩვენებლების მქონე დაწესებულებებში (Lin et al., 2016).

ერთ-ერთი უახლესი მიმოხილვა, რომელიც ექსკლუზიურად ეძღვნება QOF-ის როლს ხანგრძლივი (ქრონიკული დაავადებების დროს) სამედიცინო მეთვალყურეობის სფეროში, აჩვენებს, რომ ადგილი აქვს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების მიღებასთან დაკავშირებულ მიმართვიანობის (ძირითადად, კორონარული დაავადებით განპირობებული) მოკრძალებულ შემცირებას, მძიმე ფსიქიკური დაავადებების დროს სამედიცინო კონსულტაციის მიღების მიზნით მიმართვიანობის მოკრძალებულ ზრდას და დიაბეტის მართვასთან დაკავშირებული ცალკეული ასპექტის მცირედ გაუმჯობესებას (Forbes et al., 2017).

Yuan და თანაავტ. მიერ ეფექტების ანალიზისადმი მიძღვნილ თორმეტი კვლევის სისტემური მიმოხილვით მოპოვებულ იქნა ზომიერად სარწმუნო მონაცემები, რომ ანაზღაურების არსებული მეთოდისათვის (კაპიტაცია ან რესურსების ღირებულების ანაზღაურებაზე ორიენტირებული ესა თუ ის მეთოდი) P4P-ის დამატება არსებულ მეთოდთან შედარებით ოდნავ აუმჯობესებს პროფესიონალი მედიკოსების მიერ გაწეული მომსახურების ხარისხს. ჩინეთში ჩატარებულმა ერთმა რანდომიზებულმა კვლევამ, რომელშიც შედარებული იყო P4P

და კაპიტაციის კომბინაციისა და გაწეული მომსახურების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდები, აჩვენა რომ P4P და კაპიტაციის კომბინაცია, რომლის მიზანიც იყო ანტიბიოტიკების დანიშვნის კონტროლის მიღწევა, შედეგიანი იყო სოფლისა და დაბების სამედიცინო დაწესებულებებში ანტიბიოტიკების დანიშვნის მაჩვენებლების შემცირების თვალსაზრისით (Yuan et al., 2017).

Patel და თანაავტ. მიერ გამოქვეყნებული კიდევ ერთი სისტემური მიმოხილვა მოიცავდა, საერთო ჯამში, 13 კვლევასა და ზეგავლენის შეფასების 7 სტატიას, რომლებშიც შესწავლილი იყო P4P-ის გავლენა დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სფეროში მიღებულ შედეგებსა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში (Patel, 2018). ჩვენი ინტერესის სფეროში შემავალი ქვეყნები იყო არგენტინა, ფილიპინები და კამბოჯა. ფილიპინებში ექიმებისათვის ფულადი პრემიების გადახდის შედეგად P4P-ის მოქმედების მანძილზე პედიატრიულ სამედიცინო დაწესებულებებში გაიზარდა ვინიეტებით შეფასებული კლინიკური ეფექტურობის საშუალო მაჩვენებელი (9.7%-ლი პუნქტით) და აღინიშნა დადებითი შედეგები ბავშვებში, რაც ასაკზე შესწორებული წონის დეფიციტის თავიდან აცილებასა და ჯანმრთელობის ზოგადი თვითშეფასების გაუმჯობესებაში (7-9%-ით) გამოიხატა (Patel, 2018). ეს მიმოხილვა ეყრდნობა Das-ისა და კოლეგების მიერ ჩატარებულ წინა მიმოხილვას, რომელიც ანალოგიურ მიზანს ისახავდა. ეს უკანასკნელი სხვა ქვეყნებთან ერთად განიხილავდა ფილიპინის მაგალითსაც. ავტორებმა ფილიპინების შემთხვევაში გამოიყენეს ერთი და იგივე პირველადი კვლევები და მივიდნენ დასკვნამდე, რომ P4P სქემამ გაზარდა ექიმთა ცოდნის დონე ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვებში დიარეისა და ფილტვების ანთების მართვის შესახებ და ოდნავ გააუმჯობესა ხუთ წლამდე ასაკის პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასების მაჩვენებლები (Das et al., 2016).

რიგი კვლევებით არათანმიმდევრული შედეგები იქნა მიღებული (Gillam, 2015; Langdown & Peckham, 2014; Mendelson et al., 2017). Mendelson და თანაავტ. გაერთიანებულ სამეფოში, აშშ-ში, ტაივანსა და დასავლეთის სხვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევების გაანალიზების საფუძველზე შეისწავლეს P4P ზეგავლენა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებასა და სამედიცინო დახმარების გაწევის პროცესზე. მიმოხილვის ავტორებმა მიაკვლიეს არაერთმნიშვნელოვან, დაბალი სტატისტიკური სარწმუნოების მქონე მტკიცებულებებს, რომ P4P სქემები, შესაძლოა, აუმჯობესებენ სამედიცინო დახმარების პროცესთან დაკავშირებულ შედეგობრივ მაჩვენებლებს მოკლევადიან პერიოდში, მაშინ, როდესაც შედარებით უფრო გრძელვადიანი ეფექტების შესახებ მონაცემები შეზღუდული რაოდენობით მოიპოვება. ყველაზე დიდი გაუმჯობესება აღინიშნა სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც საბაზისო მაჩვენებლები იყო არადაამაკმაყოფილებელი. ამასთან, სამედიცინო დახმარების პროცესთან დაკავშირებული შედეგობრივი მაჩვენებლები უმჯობესდებოდა წახალისების სქემის იმპლემენტაციის ადრეულ სტადიებზე, ხოლო შემდეგ გაუმჯობესების ტემპი კლებულობდა. შუალედურ შედეგებზე ზეგავლენის კუთხით ცალსახა მტკიცებულებები არ იქნა გამოვლენილი (Mendelson et al., 2017).

Gupta და Ayles-მა შეისწავლეს P4P სქემების გავლენა დიაბეტის მკურნალობის ისეთ შედეგობრივ მაჩვენებლებზე, როგორცაა პაციენტის გამოცდილება და პოპულაციის დონეზე მიღებული შედეგები (ჰოსპიტალიზაციის ან ნაადრევი სიკვდილიანობის მაჩვენებლები) ერთი გადამხდელის მოდელით მოფუნქციონირე ჯანდაცვის სისტემებში. ავტორებმა გაანალიზეს 7 ქვეყანაში მოქმედი P4P სქემები და მოახდინეს ორი სახის ფინანსური სტიმულირების მექანიზმის იდენტიფიცირება: (1) მაღალი ეფექტურობის მქონე მექანიზმები, როდესაც დამატებითი ანაზღაურება მიბმულია გადამოწმებადი სამიზნე მაჩვენებლების მიღწევაზე და შეესაბამება ხელმძღვანელი ორგანოების მოლოდინებს; და (2) დაბალი ეფექტურობის მქონე მექანიზმები, როდესაც ფულადი პრემიები აუცილებელი წესით არ არის მიბმული სპეციფიკური, პაციენტებზე ორიენტირებული სამიზნეების მიღწევაზე. გაერთიანებულ სამეფოში, ტაივანსა და შვედეთში მოქმედი სქემები მიეკუთვნება ფინანსური სტიმულირების მექანიზმთა პირველ ჯგუფს, ხოლო ავსტრალიაში, კანადაში (2 სქემა), დანიაში და იტალიაში მოქმედი სქემები – მეორე ჯგუფს. მიმოხილვის მიხედვით, რომ P4P სქემებს, რომლებიც მიბმულია ექიმების მუშაობის ეფექტურობის მაჩვენებლებზე, შესაძლოა ჰქონდეს მნიშვნელოვანი გავლენა, რაც აიხსნება კლინიკური პრაქტიკისა და საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის საკითხებში პაციენტის კონსულტირების გაუმჯობესებით. ეს ეფექტი შესწავლილ იქნა ტაივანსა და შვედეთში მოქმედი P4P სქემების მაგალითზე, სადაც ფინანსური სტიმულირების მექანიზმების შემოღებამ შედეგად მოიტანა სამედიცინო დახმარების პროცესებისა და შუალედური შედეგების გაუმჯობესება. ამის საწინააღმდეგოდ, სტიმულირების დაბალი ეფექტურობის მექანიზმით მომუშავე სქემების შემთხვევაში მტკიცებულებები სამედიცინო დახმარების პროცესის შედეგობრივი მაჩვენებლების გაუმჯობესების კუთხით შეზღუდულია, ხოლო მონაცემები დიაბეტთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციის რისკზე გავლენის შესახებ – არაერთგვაროვანი. დანიაში მოქმედმა სქემამ ვერ მოახდინა გავლენა ვერცერთ მაჩვენებელზე, რასაც მეტწილად განაპირობებს ფინანსური წახალისების ოდენობის სიმცირე, რათა მან ბიძგი მისცეს ქცევის ცვლილება. ავტორთა აზრით, ცალკეულ შემთხვევაში P4P ინერგებოდა საინფორმაციო სისტემების შესაძლებლობების გაუმჯობესების პარალელურად, რაც იწვევდა მონაცემთა სრულად რეგისტრაციას და, ამის შედეგად, P4P-ის გავლენის გადაჭარბებულ შეფასებას. ავტორები აცხადებენ, რომ აუცილებელია საკითხის შემდგომი კვლევა და მეთოდოლოგიურად გამართული შეფასებების ჩატარება (Gupta & Ayles, 2019).

Scott და თანაავტორებმა მიმოხილეს 44 სქემა (80 ემპირიულ კვლევაზე დაყრდნობით) და შეაჯამეს მათი ზეგავლენა ხარჯებსა და ხარისხზე შექმნილ ღირებულებაზე დაფუძნებული შესყიდვის (VBP) კონტექსტისა და ამ სქემების დიზაინის ძირითადი თავისებურებების გათვალისწინებით. მიმოხილვა ეხება როგორც პირველადი ჯანდაცვის, ისე ჰოსპიტალური დახმარების დონეზე მოქმედ სქემებს. რაოდენობრივად, ამ სქემების უმრავლესობა მოდის აშშ-ზე (25 სქემა, რომელთაგან 15-ს კერძო სექტორი ახორციელებს), შემდეგ – გაერთიანებულ სამეფოზე, ტაივანსა და კანადაზე. დოკუმენტში არ ხდება ფაქტობრივი ეფექტების შეჯამება შედეგების ტიპობრივი და რაოდენობრივი არაერთგვაროვნების გამო; ამის ნაცვლად,

შეფასებისთვის გამოყენებულია კენჭისყრით დათვლის მეთოდი და მონაცემები არ არის დაყოფილი სახელმწიფო ან კერძო სექტორში მიღებული შედეგების მიხედვით.

44 სქემაში გამოყენებული ყველა შედეგობრივი მაჩვენებლის (მათ შორის, დანახარჯებსა და სამედიცინო დახმარების ხარისხთან დაკავშირებული შედეგების) 46%-ზე ამ სქემების გავლენა პოზიტიურია. დოკუმენტის მიხედვით, პოზიტიური გავლენა ოდნავ უფრო მეტია პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებულ სქემებში, თუმცა ეს განსხვავება სტატისტიკურად არ არის მნიშვნელოვანი. ავტორებმა მიაკვლიეს, რომ მეთოდოლოგიურად შედარებით სუსტი დიზაინის კვლევები, როგორც წესი, ავლენს სქემების პოზიტიურ ზეგავლენას, რაც იმის მანიშნებელია, რომ კვლევათა დიზაინის გაუმჯობესების კვალდაკვალ ძლიერად გამოხატული ეფექტების გამოვლენის ალბათობა დაიკლებს. მიმოხილვამ აჩვენა, რომ *VBP მოდელი, რომელიც აშშ-ის საკვანძო ინოვაციაა და ორიენტირებულია P4P-სა და ხარჯების შემცირების ფინანსური წახალისების კომბინაციაზე, პოზიტიური ზეგავლენის პროცენტის გათვალისწინებით, არ აჩვენებს იმაზე უკეთეს შედეგებს, ვიდრე მხოლოდ P4P სქემის ფუნქციონირება*. ავტორთა დასკვნით, ხარჯების ერთობლივი დაზოგვის მოდელეებზე დაფუძნებული სქემები განვითარების ადრეულ ეტაპზეა და აუცილებელია უფრო მეტი მტკიცებულების მოპოვება, რათა შეფასდეს, თუ რამდენად შენარჩუნდება ეს ტენდენცია დროთა განმავლობაში.

ამ მიმოხილვის კიდევ ერთი საკვანძო მიგნება მდგომარეობს იმაში, რომ სქემებს, რომლებშიც წახალისებულია გაუმჯობესების დროთა განმავლობაში მიღწევა წარმატების უფრო ნაკლები შანსი აქვთ, ვიდრე სქემებს, სადაც ეს მიდგომა არ გამოიყენება. ეს უკანასკნელი მოიცავს ერთი ზღურბლოვანი ნიშნულის მქონე ან სხვა ტიპის (მაგ. დიაგნოსტიკურად დაკავშირებული ჯგუფების (DRG) ფასდადების) სქემებს, რომელშიც შექმნილ ღირებულებაზე დაფუძნებული შესყიდვის მექანიზმები არის გამოყენებული. (Scott et al., 2018). იმის გათვალისწინებით, რომ ამ შედარებაში დიაგნოსტიკურად დაკავშირებული ჯგუფებია მოხსენიებული, სავარაუდოა, რომ მიმოხილვაში მოყვანილი მონაცემები ითვალისწინებს ასევე ჰოსპიტალურ სექტორში (რომელზეც მიმოხილული სქემების 30%-ის მოქმედება ვრცელდება) მიღებულ შედეგებსაც.

ავტორები ასევე მიუთითებენ, რომ ქვეყნის ცვლილებაზე მოქმედი კონკრეტულ ფაქტორების შესწავლა იყო გართულებული მათი არაერთგვაროვნებისა და კვლევის შერჩევითი მცირე ზომების გამო. მიმოხილვაში საუბარია ტაივანის გამოცდილებაზე ცხრა კვლევაზე დაყრდნობით, საიდანაც რვა კვლევამ აჩვენა დადებითი შედეგები. ავტორებმა ასევე მიუთითეს ფინანსური წახალისების სქემებში პაციენტთა დისპროპორციული შერჩევის პრობლემაზე, რასაც შეეძლო დაემახინჯებინა კვლევებით მიღებული შედეგები (Scott et al., 2018). დამატებითი ინფორმაცია მოცემულია ქვეყნებში მოქმედი სქემების აღწერილობაში (იხ. ტექსტური ჩანართი).

Cattel და Eijkenaar-მა აშშ-ში VBP რეფორმის ფაქტობრივი მონაცემებით მხარდაჭერის მიზნით ჩაატარეს სისტემური მიმოხილვა, რომელშიც შეისწავლეს შექმნილ ღირებულებაზე

დაფუძნებული ანაზღაურების ინიციატივების ეფექტურობა და აღწერეს ამ ინიციატივების დიზაინის თავისებურებები. ავტორებმა მიმოიხილეს და ერთმანეთს შეადარეს აშშ-ში (15), გერმანიაში, ჰოლანდიაში და ესპანეთში მოქმედი (პირველად ჯანდაცვასა და ჰოსპიტალურ სექტორზე ორიენტირებული) სულ 18 ინიციატივა. ამათგან ცხრა ინიციატივა ხორციელდებოდა კერძო დაზღვევის კომპანიების მიერ, ორი – საჯარო და კერძო პარტნიორობის საფუძველზე და შვიდი – სახელმწიფო შემსყიდვლების მეშვეობით. ხელშემკვრელ ორგანიზაციებს შორის იყვნენ ანგარიშვალდებული სამედიცინო ორგანიზაციები (ACO), კერძო კონტრაქტორები ან პროვაიდერთა სხვა ქსელები ან კერძო ჯგუფები. სტატიაში პროვაიდერთა ანაზღაურების ხარისხის მაჩვენებლებთან მიხედვით მიმოიხილა ალწერილი: 1) ხარისხთან დაკავშირებული ფინანსური სტიმულები, რომელიც წარმოადგენს რეალიზებული დანაზოგებიდან/ზარალიდან დათვლილი პროვაიდერის წილისა და ხარისხობრივ შედეგებზე დამოკიდებული დამატებითი ფინანსური ანაზღაურების კომბინაციას (ყველაზე ხშირი); 2) დანაზოგებზე/ზარალზე დამოკიდებული ანაზღაურება ხარისხობრივ შედეგებზე უშუალოდ მიხედვით ანაზღაურების გარეშე; 3) მხოლოდ დამატებითი ფინანსური ანაზღაურება. დოკუმენტი ასევე აღწერს სქემებში გამოყენებულ ხარისხის მაჩვენებლებს და წამახალისებელი ანაზღაურების სტრუქტურას. Difference-in-difference დიზაინით ჩატარებულმა VBP ინიციატივების შეფასებამ აჩვენა, რომ ეს ინიციატივები ხასიათდება სხვა მიდგომებთან შედარებით დანახარჯების ზრდის ანალოგიური ან შემცირებული დონით და ხარისხის ანალოგიური ან გაზრდილი მაჩვენებლებით (Cattell & Eijkenaar, 2019).

ჩვენს მიმოხილვაში მოხვედრილი კვლევები, რომლებიც საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში არის ჩატარებული, შეისწავლის P4P პროგრამულ ღონისძიებებს ნიგერიაში, კამბოჯასა და ბრაზილიაში. Mabuchi და თანაავტ. მიუთითებენ ნიგერიაში მსოფლიო ბანკის დაფინანსებით მოქმედ სქემაში ჩართული პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ეფექტურობის მაჩვენებლებს შორის არსებულ მნიშვნელოვან განსხვავებებზე. მართალია, პროგრამული ღონისძიებების განხორციელებამდე სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მიწოდებული მომსახურებით თითოეული მონაწილე ცენტრის სამოქმედო ტერიტორიაზე მცხოვრები მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებელი დაახლოებით 10%-ს შეადგენდა, საუკეთესო შედეგების მქონე ცენტრებმა მიაღწიეს მოცვის 80-90%-იან მაჩვენებელს, ხოლო ყველაზე დაბალი შედეგების მქონე ცენტრები ძლივს ართმევდნენ თავს 20-30%-იანი მოცვის მაჩვენებლების მიღწევას (Mabuchi et al., 2018). ნიგერიაში ჩატარებული კიდევ ერთი კვლევის მიხედვით, P4P სქემის განხორციელებამ შედეგად არ მოიტანა სამედიცინო დაწესებულებების ეფექტურობის მაჩვენებლების ზრდა, ვინაიდან სქემა აღმოჩნდა განხორციელების პრობლემებთან დაკავშირებული სერიოზული სირთულეების წინაშე (Ogundeji et al., 2016). სხვა ავტორის მტკიცებით, ღონისძიებებმა, რომელიც მოიცავდა როგორც მოთხოვნის, ისე მიწოდების ფინანსურ წახალისებას და ორიენტირებული იყო დედათა და ბავშვთა სამედიცინო სერვისებზე 60%-ით გაზარდა ორსულობასა და მშობიარობასთან დაკავშირებული სერვისების მოხმარება (Wekesah et al., 2016). Renmans და თანაავტ.

მიუთითებენ, რომ P4P პროგრამის ზეგავლენა გამოიხატა სამედიცინო დაწესებულებებში მშობიარობათა რაოდენობის გაზრდით, თუმცა ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლების მხრივ ეფექტი არ იქნა გამოვლენილი (Renmans et al., 2016). ბრაზილიაში P4P ღონისძიებების განხორციელების შედეგად აღინიშნა ცალკეულ დაავადებებთან მიმართებით სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესება და, იქიდან გამომდინარე, ამპულატორიულ დონეზე მართვადი დაავადებების გამო ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლების შემცირება (Soranz & Pisco, 2017).

მიმოხილვითი სტატიები მიანიშნებს იმაზე, რომ მაღალხარისხიანი კვლევები, რომელშიც გამოიყენება საკონტროლო ჯგუფები და რომლის ფარგლებშიც ხდება დროითი ტრენდის კონტროლი, არ ადასტურებს P4P სქემების დადებით ზეგავლენას (Houle et al., 2012; Scott et al., 2018).

ხარისხის შედეგობრივი მაჩვენებლების მე-2 ჯგუფი

პაციენტთა ჯანმრთელობის გამოსავალზე (მე-2 ჯგუფი) P4P-ის დადებითი გავლენის შესახებ ექვს კვლევაშია საუბარი. ყველა ეს კვლევა მოიხსენიებს არგენტინაში, ტაივანში, აშშ-სა და გერმანიაში მოქმედ პროგრამებსა და გაერთიანებული სამეფოს QOF სქემას (Gertler et al., 2014; Gillam et al., 2012; Gupta & Ayles, 2019; Patel, 2018; Scott et al., 2018).

P4P-ის გავლენა პაციენტთა ჯანმრთელობის გამოსავალზე:
<ul style="list-style-type: none">• დაავადების საერთო გავრცელება• კონკრეტული დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობა• საერთო სიკვდილიანობა

Scott და თანაავტორებმა ქოქრეინის მონაცემთა ბაზაში შეტანილი ადრინდელი სისტემური მიმოხილვის ფარგლებში, რომელიც შეისწავლიდა აშშ-ში, გაერთიანებულ სამეფოსა (QOF-ის შემოღებამდე არსებული ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის სქემა) და გერმანიაში მოქმედ P4P სქემებს, აჩვენეს, რომ ფინანსური სტიმულირება ახდენს ზომიერ გავლენას სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესებაზე, რაც გამოიხატება ჯანმრთელობისთვის დამდგარი შედეგებისა და პაციენტთა თვითმეგრძნების გაუმჯობესებით, თუმცა მიუთითეს, რომ კვლევების უმრავლესობაში არსებობს ტენდენციური გადახრის მნიშვნელოვანი რისკი (განსაკუთრებით, სქემებში პაციენტთა ექიმების ინიციატივით ჩართვა) (Scott et al., 2011).

ექვგარეშეა, რომ არგენტინაში მოქმედი პროგრამა „Plan Nacer“ დადებით გავლენას ახდენს დაბალი მასის მქონე ბავშვების დაბადებისა და ნეონატალური სიკვდილიანობის შემცირებაზე (შესაბამისად, თითოეულ ამ კატეგორიაში 19%-ით და 74%-ით შემცირება) (Gertler et al., 2014; Patel, 2018). ტაივანში მოქმედი P4P ინიციატივა, რომელმაც აჩვენა შაქრიანი დიაბეტის მქონე პაციენტებში სიკვდილიანობის რისკის შემცირება, ასევე – კიბოს გადარჩენილ პაციენტებში ნებისმიერი მიზეზით სიკვდილიანობისა და დიაბეტთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის რისკის შემცირება, ასევე არის გაკრიტიკებული იმის გამო, რომ მიმოხილვაში მოხვედრილ ადრეული პერიოდის პირველად კვლევებში ადგილი ჰქონდა პაციენტთა დისპროპორციულ შერჩევას. (Mendelson et al., 2017; Patel, 2018; Scott et

al., 2018). ამისდა მიუხედავად, შედარებით ახალმა კვლევებმა დაადასტურა დადებითი გავლენის არსებობა (Gupta & Ayles, 2019). რაც შეეხება QOF-ს, სულ მცირე, ერთი მიმოხილვითი დოკუმენტი, რომელიც ადრინდელ კვლევებს ეყრდნობა, მიუთითებს სიკვდილიანობის მაჩვენებლის მოკრძალებულ შემცირებაზე (S. J. Gillam et al., 2012), სხვა ავტორთა მონაცემები არაერთგვაროვანია (Peckham & Wallace, 2010), ხოლო უფრო ახალი მიმოხილვითი სტატიების მიხედვით არ იკვეთება მკაფიო მტკიცებულებები, რომ P4P ამ სქემის ფარგლებში აუმჯობესებს ჯანმრთელობის გამოსავალს (Gillam, 2015; Mendelson et al., 2017; Forbes et al., 2017; Gupta & Ayles, 2019) დამატებითი ინფორმაცია მოცემულია ქვეყნებში მოქმედი სქემების აღწერილობაში.

**ხარისხის შედეგობრივი მაჩვენებლების მე-3
ჯგუფი**

ჯანდაცვის სერვისებზე თანაბარ წვდომის კუთხით P4P-ის ზეგავლენის საკითხი ცხრა სტატიაშია განხილული. ამ სტატიების ავტორები, რომლებიც, როგორც ჩანს, ერთსა და იმავე პირველადი კვლევებით ხელმძღვანელობენ, მიუთითებენ, რომ ცალკეული ეთნიკური უმცირესობის ქალები თანაბრად ვერ სარგებლობენ QOF-ის რეალიზაციასთან დაკავშირებული სიკეთეებით (Alshamsan et al., 2010; Boeckxstaens et al., 2011; So & Wright, 2012). მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო მომსახურების დონეზე ცალკეული პარამეტრის კორექტირების შემდგომ ეს უთანაბრობები შემცირდა, რაც იმის მანიშნებელია, რომ სოციო-ეკონომიკურ ჯგუფებში არსებული განსხვავებები ძირითადად პრაქტიკის დონეზე არსებული განსხვავებებით არის განპირობებული (Boeckxstaens et al., 2011). Gillam და კოლეგები აღნიშნავენ, რომ P4P-ს შეუძლია უთანაბრობის გამოსწორება სოციო-ეკონომიკურ ჯგუფებს შორის განსხვავებების შემცირების მეშვეობით. მაგალითად, გაერთიანებულ სამეფოში მოსახლეობის ყველაზე შეძლებული და ყველაზე გაჭირვებული კვინტილების მომსახურე სამედიცინო დაწესებულებების მონაცემთა შედარებამ გამოავლინა, რომ 2004 - 2007 წლებში სამიზნე ნიშნულების მიღწევის მედიანურ მაჩვენებლებს შორის არსებული სხვაობა 4.0%-დან 0.8%-მდე შემცირდა (S. Gillam, 2015). მიმოხილვაში, რომელიც ეძღვნება პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობასა და ხარისხზე ანაზღაურების სისტემების ზეგავლენის ანალიზს და რომელშიც ძირითადად გაერთიანებულ სამეფოში და აშშ-ში მოქმედი სქემებია შესწავლილი, არ იქნა გამოვლენილი ურთიერთკავშირი P4P-სა და სოციო-ეკონომიკური და რასობრივი ნიშნით უთანაბრობას შორის (Tao et al., 2016). მიმოხილვა, რომელიც ფოკუსირებულია იმ ფაქტორების შესწავლაზე, რომელთაც კორექტივები შეაქვთ P4P-ით მიღებულ შედეგებში, აჩვენებს, რომ პაციენტთა დაბალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსი და ეთნიკური უმცირესობისადმი კუთვნილება ასოცირებულია P4P სქემების დაბალ ეფექტურობასთან (Markovitz & Ryan,

P4P ზეგავლენა ხარისხის შედეგობრივ მაჩვენებლებზე:

- ჯანდაცვის სერვისებზე თანაბარი წვდომა
- სამედიცინო დახმარების კოორდინაცია
- სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა

2017). იგივე ავტორები მიუთითებენ, რომ არსებობს სავარაუდო მტკიცებულებები, რომელთა მიხედვითაც მოსახლეობის მაღალი სიმჭიდროვე და სოფლად ცხოვრების ფაქტორი შესაძლოა აქვეითებდეს ფინანსური სტიმულირებით მისაღებ შედეგებს. რაც შეეხება პაციენტებთან დაკავშირებულ სხვა ფაქტორებს, როგორცაა: ასაკი, გენდერი ან პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა, მიმოხილვებით გაკეთებულია დასკვნა, რომ P4P სქემების ეფექტურობაზე მათი ზემოქმედების შესახებ არსებული მტკიცებულებები არათანმიმდევრულია ([Markovitz & Ryan, 2017](#); [Mendelson et al., 2017](#)).

სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა, სამედიცინო გუნდის წევრებს შორის კოორდინაცია, პაციენტის კმაყოფილება. ადრინდელი კვლევები, რომლებშიც QOF-ის ეფექტებია შესწავლილი, მიუთითებს, რომ P4P სქემამ შესაძლოა შეცვალოს პრაქტიკოს ექიმთა და პაციენტებს შორის კონსულტაციის ბუნება, შეასუსტა რა სამედიცინო დახმარების უწყვეტობის ხელშემწყობი პიროვნული ხასიათისა და ექიმებსა და პაციენტებს შორის ურთიერთობაზე დამყარებული ფაქტორების მოქმედება ([Boeckxstaens et al., 2011](#); [Latham & Marshall, 2015](#)). [Mendelson](#) და კოლეგები სისტემურ მიმოხილვაში ანალიზებენ გაერთიანებულ სამეფოსა (2012-2014 წწ.) და აშშ-ში (2016 წ.) ჩატარებულ კვლევებს, სადაც დოკუმენტირებულია პრობლემები, რომლებიც უკავშირდება ჩატარებულ სამუშაოზე ანგარიშგების ვალდებულებების გამო სამედიცინო მუშაკების სამუშაო დატვირთვის მნიშვნელოვან ზრდას (გაერთიანებული სამეფო, აშშ) და კლინიკური ავტონომიურობის დაკარგვის საფრთხეს (გაერთიანებული სამეფო) ([Mendelson et al., 2017](#)). ერთ-ერთი უახლესი სისტემური მიმოხილვა, სადაც QOF-ის ეფექტებია შესწავლილი, ამტკიცებს, რომ არ მოიპოვება მტკიცებულებები, რომელიც დაადასტურებდა სქემის დადებით ან უარყოფით გავლენას სამედიცინო დახმარების სხვა ასპექტებზე, როგორცაა: სამედიცინო დახმარების ინტეგრაცია ან კოორდინაცია, კომპლექსური ან ინდივიდუალური დახმარება, ან თვითდახმარება. ასევე არ არსებობს მტკიცებულებები, რომ იგი ზეგავლენას ახდენს პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე, სერვისების მიღებასთან დაკავშირებულ გამოცდილებას ან კმაყოფილების დონეზე ([Forbes et al., 2017](#)). სტიმულირების სქემის ეფექტების შესწავლის მიზნით ბრაზილიაში ჩატარებული კიდევ ერთი კვლევის მიხედვით ადგილი ჰქონდა სამედიცინო დახმარების კოორდინირების პრაქტიკის გაუმჯობესებას, თუმცა ამ შემთხვევაში P4P დაინერგა უფრო ფართო რეფორმის ფარგლებში, რომელიც ასევე მოიცავდა ინვესტიციებს საინფორმაციო სისტემაში, აღჭურვილობასა და პოტენციალის გაძლიერებაში ([Soranz & Pisco, 2017](#)).

კვლევებმა აჩვენა, რომ სამედიცინო გუნდის თითოეული წევრის წვლილის აღიარება იწვევს კონსტრუქციული თანამშრომლობისა და კომუნიკაციის წახალისებას. ([Korda & Eldridge, 2011](#)). QOF-ის ფარგლებში დაგროვილი გამოცდილება მეტყველებს იმაზე, რომ, მართალია, სამიზნე მაჩვენებლების მიღწევა მოითხოვდა ჯგუფური ძალისხმევის გაწევას, ექიმები, რომელთაც ეკუთვნოდათ სამედიცინო ცენტრი, თავად იტოვებდნენ პრემიალურ ანაზღაურებას, რაც იწვევდა გუნდის სხვა წევრების გულისწყრომას და შესაძლოა ცვლიდა ექთნებსა და პაციენტებს შორის ურთიერთქმედების ხასიათს ([Latham & Marshall, 2015](#)).

ხარისხის შედეგობრივი მაჩვენებლების მე-4 ჯგუფი

Wiysonge და კოლეგები გვთავაზობენ P4P სქემების ფუნქციონირების არასასურველი შედეგების კლასიფიკაციას, რომლებიც შესაძლოა მოიცავდეს: „გეიმინგი“ (ანუ არაზუსტ ან მცდარ ანგარიშგებას), პაციენტთა დისპროპორციულ შერჩევას (ანუ მაღალი რისკის ჯგუფის პაციენტების სამედიცინო დახმარებაზე უარის თქმა ეფექტურობის მაჩვენებელთა გაუმჯობესების მიზნით) და მომსახურების გადახრას (ანუ ფინანსური წახალისების სქემით მოუცველი არსებითი საქმიანობის იგნორირება) (Wiysonge et al., 2017).

- | |
|--|
| P4P სქემების ფუნქციონირების არასასურველი შედეგები: |
| • „გეიმინგი“ |
| • პაციენტთა დისპროპორციული შერჩევა |
| • მომსახურების გადახრა |

„გეიმინგი“ განიმარტება, როგორც საგამონაკლისო ანგარიშების წარდგენის პრაქტიკა, როდესაც მიღწევის პროცენტული მაჩვენებლების გამოთვლისას მნიშვნელებში არ გაითვალისწინება პაციენტთა გარკვეული რაოდენობა, რაც ზრდის აღნიშნულ მაჩვენებლებს, მონაცემთა ფალსიფიკაცია და სასურველი შედეგის ფორმალური მეთოდებით დაფიქსირება. ჩვენს მიმოხილვაში ჩართული დოკუმენტებიდან აღნიშნულ საკითხს ეხება სამი სისტემური მიმოხილვა და ერთი მიმოხილვითი სტატია. „გეიმინგის“ – პაციენტების საგამონაკლისო ჯგუფისადმი ჭარბად მიკუთვნებისა და საგამონაკლისო ანგარიშების ზედმეტად წარდგენის – პრაქტიკა ფართოდ არ იყო გავრცელებული გაერთიანებული სამეფოს QOF სქემაში (მედიანა, 6%) (S. J. Gillam et al., 2012; Houle et al., 2012; Van Herck et al., 2010). არასწორი ანგარიშგება გამოვლინდა კამბოჯაში მოქმედ P4P სქემაში (Renmans et al., 2016).

დისპროპორციული შერჩევა წარმოიქმნება მაშინ, როდესაც ექიმები უპირატესობას ანიჭებენ შედარებით უფრო მსუბუქი დაავადებების ან უკეთესი სოციო-ეკონომიკური სტატუსის მქონე პაციენტების მკურნალობას, რაც არამართო აძლიერებს უთანაბრობას, არამედ, როგორც ჩანს, გადამეტებულად წარმოაჩენს კლინიკური ეფექტურობის მაჩვენებელთა გაუმჯობესებას. P4P სქემებში დისპროპორციული შერჩევა რვა სისტემური მიმოხილვით არის შესწავლილი. ტაივანის მაგალითმა დაადასტურა, რომ სამედიცინო მომსახურების შედარებით დაბალი ხარისხის მქონე პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში იკვეთებოდა ტენდენცია, არ მიეღოთ მძიმე დაავადების მქონე პაციენტები, რაც, სავარაუდოდ, ხდებოდა იმიტომ, რომ კლინიკური ეფექტურობის მაჩვენებელთა შთამბეჭდავი ზრდა ეჩვენებინათ (Lin et al., 2016).

2009 – 2011 წლებში ჩატარებულ კვლევების საფუძველზე ასევე დაისვა პრობლემა, ხომ არ ხდებოდა მოსახლეობის დაუცველი და მოწყვლადი ფენების QOF სქემიდან ჭარბად გამოთიშვა, ვინაიდან ამ კონტინგენტში შაქრიანი დიაბეტის მართვა შესაძლოა უფრო გართულებული ყოფილიყო. ასევე, მაღალია იმის ალბათობა, რომ ხანგრძლივად მიმდინარე შაქრიანი დიაბეტის ან მრავლობითი თანმდევი დაავადების მქონე პაციენტები იყვნენ გამორიცხულნი A1C ინდიკატორის გაანგარიშებიდან. 2011 წლის იგივე კვლევა და სხვა კვლევები აჩვენებს, რომ QOF სქემა ვერ უზრუნველყოფს შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობის

სფეროში ეთნიკური უთანასწორობის პრობლემის ადეკვატურ გადაწყვეტას (Peckham & Wallace, 2010; Latham & Marshall, 2015)(Peckham & Wallace, 2010; Latham & Marshall, 2015a). ამისდა მიუხედავად, ერთი სისტემური კვლევა ამტკიცებს, რომ საკითხი, თუ რამდენად აქვს ადგილი გაერთიანებული სამეფოში მოქმედი QOF სქემის შემთხვევაში პაციენტთა დისპროპორციულ შერჩევას, არ არის ბოლომდე შესწავლილი (Houle et al., 2012). P4P სქემის მონაწილეები პოულობენ გზებს, რათა მაქსიმალურად გაზარდონ გაზომვადი შედეგები ექიმების მიერ სამკურნალოდ იმ პაციენტთა შერჩევის მეშვეობით, რომელთაც ჯანმრთელობის უკეთესი სასტატო მაჩვენებლები აქვთ (Korda & Eldridge, 2011).

მომსახურების გადახრა, რაც გულისხმობს ფინანსურად წახალისებული სქემის მიღმა საქმიანობათა შესრულების იგნორირებას, განხილულია შვიდ სისტემურ მიმოხილვასა და ერთ ინდივიდუალურ კვლევაში. პოტენციურ პრობლემას ამ შემთხვევაში წარმოადგენს ის, რომ P4P სქემამ შესაძლოა გამოიწვიოს გულგრილი დამოკიდებულების ჩამოყალიბება სამედიცინო დახმარების ისეთი სფეროების მიმართ, რომელიც არა არის მოცული ფინანსური სტიმულირების მექანიზმით და კვლავაც დამოკიდებული რჩება P4P სქემაში მონაწილე სამედიცინო პერსონალის პროფესიონალიზმსა და მორალურ მოტივაციაზე. არსებობს რიგი მტკიცებულებებისა, რომელთა მიხედვითაც ზოგადი პრაქტიკის ექიმები გამოთქვამენ წუხილს იმის გამო, რომ ისეთი სფეროები, როგორცაა: გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება, დაავადებათა პრევენცია, მოსახლეობის სპეციფიკური ჯგუფების, მაგალითად, ბავშვების ან ხანშიშესულების სამედიცინო დახმარება და მრავლობითი თანმდევი დაავადებების მქონე პაციენტების სამედიცინო დახმარება შესაძლოა დაზარალდა იმის გამო, რომ ექიმები სამიზნე მაჩვენებლების მიღწევას იყვნენ გამოკიდებულნი (Mendelson et al., 2017; Yuan et al., 2017; Langdown & Peckham, 2014; Peckham & Wallace, 2010; Boeckxstaens et al., 2011; Alshamsan et al., 2010; Korda & Eldridge, 2011; Gertler et al., 2014).

P4P-ის დადებითი გვერდითი (გადადინების) ეფექტის შესახებ ოთხ სისტემურ მიმოხილვაშია საუბარი. ამ ოთხი დოკუმენტიდან სამში ეს ეფექტი სამედიცინო დახმარების ხარისხთან კავშირში არის განხილული: არგენტინაში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ერთი და იმავე კლინიკებით მოსარგებლე პროგრამის ბენეფიციარებსა და არაბენეფიციარებს შორის ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლის ერთნაირი 22%-იანი შემცირება (Patel, 2018). სხვა კვლევების მიხედვით, P4P სქემის ფარგლებში კორონარული დაავადების, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების (COPD), ჰიპერტონიისა და ინსულტის შემთხვევებში სამიზნე მაჩვენებლების განსაზღვრამ დადებითი გავლენა იქონია სტიმულირების სქემით მოუცველი სხვა დაავადებების მკურნალობაზე (ეფექტის ზომა 10.9%) (Van Herck et al., 2010) ან გააუმჯობესა სტიმულირების სქემის მიღმა დარჩენილი ვაკცინებით იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებლები (Gleeson et al., 2016). შუალედური შედეგებისა და ჯანმრთელობისთვის დამდგარი შედეგების გაუმჯობესებასთან ერთად ასევე აღინიშნა რისკ-ფაქტორთა რეგისტრაციის მაჩვენებლების ზრდა პაციენტთა ყველა შესწავლილ ჯგუფში (Allen et al., 2014). აშშ-ში გამოვლინდა დანახარჯების ზრდის შემცირება Medicare პროგრამის იმ პაციენტებზე, რომლებიც არ იყვნენ მოცულნი ხარისხის

გარანტირების ალტერნატიული დაკონკრეტების სქემით, თუმცა მიმართეს იმ სამედიცინო მომსახურების იმ პროვაიდერებს, რომლებიც მონაწილეობას იღებდნენ აღნიშნულ სქემაში (Scott et al., 2018).

საინტერესოა აღინიშნოს, რომ არსებობს მონაცემები, რომელთა მიხედვითაც ადგილი აქვს წახალისებული ღონისძიებებით მიღწეული გაუმჯობესების ან გაუმჯობესების ტენდენციის შენარჩუნებას სტიმულირების შეწყვეტის შემდგომაც. აშშ-ში ჩატარებული კვლევები აჩვენებს, რომ ყველა გაუმჯობესებული მაჩვენებელი შენარჩუნებული იყო სტიმულირების შეწყვეტის შემდეგ სამ წლამდე პერიოდის განმავლობაში. ამის მსგავსად, QOF-ის შესწავლით გამოვლინდა, რომ წახალისების შეწყვეტამდე მიღწეული ეფექტურობის დონე მთლიანობაში რჩებოდა შენარჩუნებული სტიმულირების შეწყვეტის შემდგომ პერიოდშიც (Kondo et al., 2016).

რეალიზაციისას გასათვალისწინებელი ფაქტორები

P4P სქემები ერთმანეთისგან საგრძნობლად განსხვავდება თავიანთი დიზაინით, კონტექსტით, რომელშიც ისინი ხორციელდება, კულტურული ფაქტორებით, განხორციელების სპეციფიკითა და სხვ.

სამედიცინო პერსონალის მხრიდან P4P სქემების გაგების, აღქმისა და მოწონების დეფიციტმა შესაძლოა ძირი გამოუთხაროს P4P სქემების პოტენციურ გავლენას მედიცინის მუშაკთა ქცევის ცვლილებაზე (Patel, 2018). სწორედ ამიტომ, მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები აქტიურად იყვნენ ჩართულები პროგრამის შემუშავებაში, განსაკუთრებით – მუშაობის ეფექტურობის გაზომვადი ასპექტების განსაზღვრასა და ჯეროვან დონეზე შენარჩუნებაში. ეს ზრდის პროვაიდერთა მიერ პროგრამის მხარდაჭერისა და პროფესიულ ნორმებსა და ღირებულებებთან მისადაგების ალბათობას (Saddi & Peckham, 2018). ავტორებმა მიაკვლიეს, რომ უკეთესი შედეგები აღინიშნებოდა იმ სქემებში, რომლებიც პროვაიდერთა ჩართულობითა და მათთან თანამშრომლობით იყო შემუშავებული (Allen et al., 2014; Kondo et al., 2016).

სისტემური მიმოხილვა, რომელიც პირველადი კვლევების ანალიზსა და ექსპერტების გამოკითხვაზე დაყრდნობით სტიმულირების სქემის რეალიზაციის პროცესებს შეისწავლის, აჩვენებს, რომ კლინიკური ხარისხის (სამედიცინო დახმარების პროცესისა და კლინიკური გამოსავლის) მაჩვენებლებზე მიბმული წახალისების სქემები შესაძლოა ახდენდეს უფრო მეტი პოზიტიური ცვლილების სტიმულირებას, ვიდრე პროგრამები, რომლებიც ეფექტიანობაზე ან პროდუქტიულობაზე არიან ორიენტირებულნი (Kondo et al., 2016).

როგორც ამას QOF-ის გამოცდილება აჩვენებს, მცირე ცენტრებში მიღებული შედეგები უკეთესია ვიდრე დიდ ცენტრებში. მართალია, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, საერთო ჯამში, სასურველ დონესთან შედარებით უფრო დაბალ დონეზე რჩებოდა, P4P-ის ფარგლებში განსაზღვრული პროცესის ინდიკატორები, როგორცაა: ექიმების მიერ

გამოკვლევების ან წამლების დანიშვნა და ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების, შაქრიანი დიაბეტის, ჰიპერტონიისა და კორონარული დაავადების მართვა, უფრო მეტად გაუმჯობესდა შედარებით მცირე ზომის დაწესებულებებში, სადაც ქალ და ახალგაზრდა ასაკის ექიმთა წილი უფრო მაღალი იყო. ამისდა მიუხედავად, სხვა კვლევამ აჩვენა, რომ დიდ ქალაქებში, სადაც პერსონალის (ექიმები, ექთნები და ადმინისტრაციული თანამშრომლები) რაოდენობა საკმარისია, ექიმებს ექმნებათ უკეთესი პირობები ქრონიკული დაავადებების მართვისათვის. ექთნები დაკავებულნი არიან მწვავე დაავადებების მქონე პაციენტებით, ხოლო ექიმებს მეტი დრო რჩება ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების მართვისათვის (Lin et al., 2016). კვლევები, რომლებშიც შესწავლილია აშშ-ში მოქმედი სექტორები, მიუთითებს, რომ დიდი ზომის დაწესებულებები აჩვენებს უკეთეს შედეგებს, ვიდრე მცირე ზომის დაწესებულებები (Markovitz & Ryan, 2017).

P4P რეალიზაციასა და შედეგებზე ზეგავლენას ახდენს სამედიცინო დაწესებულებაში ეფექტურობის მაჩვენებელთა სასტარტო დონე. კვლევები აჩვენებს, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც მომსახურების ხარისხის საბაზისო დონე იყო უკეთესი, შეინიშნებოდა ხარისხის მაჩვენებელთა შედარებით ნაკლები გაუმჯობესება, ვიდრე დაწესებულებებში, სადაც მომსახურების ხარისხის საბაზისო დონე იყო უარესი (Lin et al., 2016). საინტერესოა აღინიშნოს, რომ დაბალი მაჩვენებლების მქონე სამედიცინო დაწესებულებები არ ამბობენ უარს სქემაში მონაწილეობაზე მაშინაც კი, როდესაც სამიზნე ნიშნულები მნიშვნელოვნად აღემატება რეალისტურად მიღწევად დონეს (Markovitz & Ryan, 2017).

ინდიკატორთა შერჩევა კრიტიკულ როლს თამაშობს. ინდიკატორების გადაჭარბებული რაოდენობის დანერგვამ შეიძლება გამოიწვიოს ბიუროკრატიისა და ადმინისტრაციული სამუშაოს მოცულობის ზრდა ნაცვლად იმისა, რომ დრო ეთმობოდეს პაციენტებთან მუშაობას. გაერთიანებულ სამეფოში მოქმედი QOF სქემა, რომელშიც 134 ინდიკატორი იყო, იწვევდა შემფოთებას მედიცინის მუშაკთა მიერ შესასრულებელი ადმინისტრაციული სამუშაოს მოცულობასთან დაკავშირებით (Kolozsvari et al., 2014).

პრემიალური ანაზღაურების სტრუქტურა ერთ-ერთი კრიტიკული ფაქტორია, რომელიც მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული წახალისების პროგრამის შემუშავების პროცესში (Gupta & Ayles, 2019, 2019; Houle et al., 2012; Kolozsvari et al., 2014; Kondo et al., 2016; Paul & Renmans, 2018; Peckham & Wallace, 2010). იგი კარგად უნდა იაზრებდეს რამდენიმე ფაქტორს, მათ შორის ანაზღაურების ოდენობას, გაცემის სიხშირესა და სამიზნეებს (Kondo et al., 2016; Yuan et al., 2017). აშშ-ში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ, მართალია, პრემიალური ანაზღაურების ოდენობა და სტრუქტურა, როგორც ჩანს, მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ექიმთა ეფექტური საქმიანობის წახალისებაში, მაგრამ ფინანსური წახალისება შესაძლოა იყოს უფრო ნაკლებად მნიშვნელოვანი, ვიდრე ხარისხის გაუმჯობესების გამო მადლიერების საჯაროდ გამოხატვა (Gillam, 2015).

არსებობს მონაცემები, რომ ფინანსური წახალისების დიდ ოდენობასთან შედარებით მისი უფრო მცირე ოდენობა ასოცირებულია პროვაიდერთა მხრიდან პაციენტებთან კომუნიკაციისა და ურთიერთქმედების უფრო მეტ გაუმჯობესებასთან (Kondo et al., 2016; Scott et al., 2018). ამისდა მიუხედავად, საეჭვოა, რომ პრემიის ძალზედ დაბალი ოდენობით განსაზღვრამ მოიტანოს სასურველი შედეგი. Scott და კოლეგებმა მიაკვლიეს, რომ, არსებული მოლოდინის საწინააღმდეგოდ, შემოსავლის პროცენტული წილის საფუძველზე დადგენილი პრემიის ოდენობა არ არის დაკავშირებული სასურველი ეფექტის მიღების ალბათობასთან (Scott et al., 2018). Kolozsvári და თანაავტ. მიხედვით, ამ საკითხთან დაკავშირებით ერთიანი აზრი არ არსებობს. პრემიალური ანაზღაურების ოდენობის გაანგარიშებისათვის რაიმე კონკრეტული, უნივერსალური პროცენტული წილის მითითება, რომელიც შესაძლოა ყველა ქვეყანაში იყოს გამოყენებული, არ არის შესაძლებელი, თუმცა, შემოსავლების სულ მცირე, 5-10%-იანი ზრდა შესაძლოა იყოს სავსებით გამართლებული (Kolozsvári et al., 2014). ევროპაში, პრემიის ოდენობა მერყეობს დაწესებულების მთლიანი შემოსავლის 1-25%-ის ფარგლებში (Kolozsvári et al., 2014). გაერთიანებულ სამეფოში ოჯახის ექიმთა კერძო პრაქტიკის დაწესებულებები საკუთარი შემოსავლების 10-15%-ს QOF სქემიდან ღებულობენ (Forbes et al., 2017). Peckham და კოლეგები ამტკიცებენ, რომ პრემიალური ანაზღაურება უნდა იყოს საკმარისად დიდი იმისთვის, რომ ზეგავლენა მოახდინოს პროვაიდერთა ქცევაზე, ხოლო მისი სტრუქტურა – არ იძლეოდეს მანიპულირების შესაძლებლობას და ახდენდეს როგორც პროცესის, ისე შედეგების გაუმჯობესების წახალისებას (Kondo et al., 2016; Peckham & Wallace, 2010). ფინანსური სტიმულირების ძალზედ მაღალმა ოდენობამ შესაძლოა არასასურველი შედეგების (მაგ. მონაცემთა მანიპულაცია, „გეიმინგი“ /თაღლითობა) განვითარება გამოიწვიოს (Kolozsvári et al., 2014). კამბოჯაში, ფინანსური პრემიის ოდენობა შეადგენდა მედიცინის მუშაკის საშუალო ერთობლივი შემოსავლის 42%-ს და ასოცირებული იყო შედარებით მაღალ პროფესიულ მოტივაციასთან (Paul & Renmans, 2018).

მართალია, კამბოჯაში მედიცინის მუშაკებს უხდიდნენ მაღალ პრემიებს, წახალისების სქემის არასასურველი შედეგები თავიდან იქნა აცილებული რეგულარული მონიტორინგის, შემთხვევითი წესით გადამოწმებისა და ინტერნეტ-ტექნოლოგიებზე დამყარებული ანგარიშგების მეშვეობით (Renmans et al., 2016).

არგენტინასა და გაერთიანებულ სამეფოში ჩატარებულ ადრინდელ კვლევებში გამოვლინდა ე.წ. გაჯერების ეფექტი, რაც მიანიშნებს იმაზე, რომ ზრდის გარკვეული ზღვრის მიღწევის შემდგომ, ხარისხის მაჩვენებლები გადინ ერთგვარ პლატოზე და მათი შემდგომი გაუმჯობესება უკვე აღარ ხდება. გარდა ამისა, სხვა მაჩვენებლები, რომლებიც არ არიან კავშირში პრემიალურ ანაზღაურებასთან, რამდენადმე უარესდებიან კიდევ (Lin et al., 2016).

მონიტორინგსა და გადამოწმებას არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება იმის უზრუნველსაყოფად, რომ P4P სქემა უპასუხოს წინასწარ განსაზღვრულ მიზნებს, რომელიც წინასწარ დადგენილ რაოდენობრივ და ხარისხობრივ მაჩვენებლებში აისახება (Kandpal, 2016; Patel, 2018). მოწინავე პრაქტიკა მოითხოვს, რომ მონიტორინგს ახორციელებდეს დამოუკიდებელი

სუბიექტი, რომელსაც ექნება მეტი ავტონომია მუშაობის არადამაკმაყოფილებელი შედეგების შემთხვევაში საჯარიმო სანქციის გამოყენების თვალსაზრისით (Khim et al., 2018). იმავდროულად, კვლევები მიუთითებენ ადმინისტრაციულ ტვირთზე, რომელიც ამ ფუნქციის შესრულებასთან არის დაკავშირებული (Renmans et al., 2016).

პროვაიდერებისა და მენეჯერებისათვის შეფასების მიცემა ხელს უწყობს მათი მუშაობის ეფექტურობის მაჩვენებელთა გაუმჯობესებას (Kandpal, 2016; Patel, 2018; Saddi & Peckham, 2018). ითვლება, რომ პირველ რიგში ყურადღება უნდა დაეთმოს „ადვილად შესასრულებელ“ სტრუქტურულ ინდიკატორებს, რის შემდეგაც პროგრამები შესაძლოა სამედიცინო დახმარების პროცესის შედეგობრივი ინდიკატორების დანერგვაზე გადაერთონ. ეს მიდგომა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს აძლევს საშუალებას, პირველ რიგში მოაგვარონ სამედიცინო დახმარების ხარისხთან დაკავშირებული ნაკლებად კომპლექსური პრობლემები, უკეთ გაეცნონ ფინანსური წახალისების სქემასა და სამედიცინო დახმარების ხარისხთან დაკავშირებულ საკითხებს, ხოლო შემდგომ თანდათანობით გადავიდნენ P4P სქემებში გამოყენებული შესასრულებლად უფრო რთული ინდიკატორების დანერგვაზე (Kandpal, 2016; Patel, 2018).

კვლევამ, რომლითაც მოხდა ნიგერიაში P4P ინტერვენციის მაღალი ან დაბალი ეფექტურობით რეალიზაციის ტრაექტორიების შესწავლა, გამოავლინა კონტექსტური ფაქტორები, რომლებიც პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში ეფექტურობის მაჩვენებელთა გაუმჯობესების მამოძრავებელ ფაქტორებს განეკუთვნებიან; ესენია: საკადრო დაკომპლექტება, სხვა პროვაიდერთა ხელმისაწვდომობა და მათთან კონკურენცია, მართვის სისტემა ანგარიშვალდებულების კომპონენტის ჩათვლით, სხვადასხვა გზით თანამშრომელთა მოტივირება და გუნდური მუშაობა. საინტერესოა აღინიშნოს, რომ მამოძრავებელი ფაქტორები აძლიერებდნენ დადებით კონტექსტურ და ჯანდაცვის სისტემასთან დაკავშირებულ ფაქტორებს და არბილებდნენ ნეგატიური ფაქტორების მოქმედებას (Mabuchi et al., 2018).

პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმთა შერჩევითმა წახალისებამ და ექთნების წახალისების გარეშე დატოვებამ შესაძლოა ხელი შეუშალოს გუნდურ მუშაობას და გუნდის სხვა წევრებთან სამედიცინო დახმარების კოორდინაციას (Latham & Marshall, 2015).

ჩვენი მიმოხილვა სპეციფიკურად არ შეისწავლიდა P4P-ის გავლენას პროვაიდერთა ქცევაზე, კონკრეტულად – კმაყოფილებასა და მოტივაციაზე, თუმცა ჩვენ მაინც მოგვყავს ეს მონაცემები იმ სტატიებიდან, სადაც ეს კავშირები აღწერილია. Ogundeji და თანაავტ. მიხედვით მედიცინის მუშაკთა დაბალი მოტივაცია გამოწვეული იყო ისეთი ფაქტორების კომბინაციით, როგორცაა: დაბალი ხელფასები, არადამაკმაყოფილებელი სამუშაო პირობები, კარიერული განვითარების ან ტრენინგისათვის შესაფერისი ინფრასტრუქტურისა და შესაძლებლობების ნაკლებობა, ჯანდაცვის დაფინანსების ამ მექანიზმის მიმართ სახელმწიფოს მხრიდან პასუხისმგებლიანი დამოკიდებულების არქონა, P4P სქემის

გაუაზრებლობა და პრემიალური ანაზღაურების დაგვიანებით გადახდა (Ogundeji et al., 2016).



გაერთიანებული სამეფო, QOF

გაერთიანებულ სამეფოში მოქმედი სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და შედეგების მართვის სისტემა (QOF) წარმოადგენს მსოფლიოს ყველაზე მსხვილ P4P სქემას პირველადი ჯანდაცვის სექტორში, რომელიც 2004 წლიდან მოქმედებს. QOF შემუშავდა, როგორც ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მოტივირებისა და მათი კუთვნილი სამედიცინო პრაქტიკის ცენტრების დაფინანსების გაზრდის მექანიზმი. QOF სქემაში მონაწილეობა ნებაყოფლობითია. 2019 წლისათვის ინგლისში მოქმედი სამედიცინო პრაქტიკის ცენტრების 95% ჩართული იყო აღნიშნულ სქემაში.

ამოქმედების ადრეულ წლებში QOF მოიცავდა ოთხ მიმართულებას: კლინიკურ დახმარებას 10 ტერიტორიულ ერთეულში, სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციულ ასპექტებს, პაციენტის გამოცდილებას და დამატებით სერვისებს, როგორცაა საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი და ანგარიშგებას ახდენდა ჯანდაცვისა და მოწინავე კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული ინსტიტუტის მიერ შემუშავებული 147 ინდიკატორზე. QOF-მა განიცადა რიგი რეფორმებისა და ცვლილებისა. ამოქმედებიდან ათი წლის შემდეგ QOF ფოკუსირებული გახდა სხვა პრობლემების გადაწყვეტაზე. ინდიკატორთა საერთო რაოდენობა შემცირდა 77-მდე და ისინი ორიენტირებულია სამედიცინო დახმარების კლინიკურ ასპექტებსა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე. მაჩვენებელთა მიღწევის შემთხვევაში ფინანსური სტიმულირების ოდენობა სამედიცინო ცენტრის მთლიანი შემოსავლის 15-20%-ს აღწევდა, რაც 2018 წლისათვის დაახლოებით 8%-მდე შემცირდა (NHS, 2019).

QOF-თან დაკავშირებული სამეცნიერო სამუშაოს დიდი ნაწილი სქემის ამოქმედებიდან პირველი ხუთი წლის განმავლობაში შესრულდა. კვლევებით შესწავლილ იქნა მისი ეფექტები და განხორციელების თავისებურებები. QOF-ის ფარგლებში შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობის საკითხი ფართოდ იქნა შესწავლილი. თითქმის ყველა კვლევა აღნიშნავდა წახალისებულ სფეროებში ეფექტურობის მაჩვენებელთა ზრდას.

ქრონიკული პაციენტების მართვის სფეროში მონაცემებზე დაფუძნებული მიდგომების გამოყენებამ როგორცაა, მაგალითად, კომპიუტერებისა და პაციენტების ელექტრონული აღრიცხვის სისტემები, გადაწყვეტილებათა მხარდაჭერის ინსტრუმენტები, კლინიკისტების მიერ გამოსაყენებელი მანიშნებლები და პაციენტებისთვის განკუთვნილი შეხსენების სისტემები, გააუმჯობესა მკურნალობის შუალედური შედეგები QOF სქემის ამოქმედებისთანავე (Roland & Guthrie, 2016). (S. J. Gillam et al., 2012). QOF-ის ამოქმედებიდან პირველი წლის განმავლობაში დაგროვილმა მონაცემებმა აჩვენა, რომ შედარებით ნაკლებად დეპრესიულ რეგიონებში სამედიცინო დაწესებულებები აწვდიდნენ უკეთესი ხარისხის მომსახურებას; ამასთან, ეფექტურობის დაბალი მაჩვენებლების მქონე დაწესებულებებს ჰქონდათ გაუმჯობესების მიღწევის უფრო დიდი შანსი, ვიდრე დაწესებულებებს, რომელთა ეფექტურობის მაჩვენებლები იმთავითვე მაღალი იყო. QOF ამოქმედებიდან მესამე წელს ყველაზე დეპრესიულ და ყველაზე წარმატებულ რეგიონებში მოქმედ დაწესებულებებს შორის ეფექტურობის მაჩვენებლებს შორის არსებული განსხვავება აღმოიფხვრა (Allen et al., 2014; Latham & Marshall, 2015). მნიშვნელოვანია, აღინიშნოს, რომ დიაბეტის მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესებას ადგილი ჰქონდა QOF-ის ამოქმედებამდე. ეს ტენდენცია შეინიშნებოდა ინიციატივის საწყის ეტაპზე, შენედა 2007 წელს და შემდგომ წლებში ეფექტურობის მაჩვენებლების გაუმჯობესება აღარ დაფიქსირებულა (Latham & Marshall, 2015).

QOF სქემის ქვეყნის მასშტაბით განვრცობამ გამოიწვია ადეკვატური ექსპერიმენტული კვლევების ჩატარებისათვის საჭირო საკონტროლო უბნების გაქრობა. კვლევების უმეტესობა იყენებს შეწყვეტილი

დროითი მწკრივების დიზაინს. კვლევათა მეთოდოლოგიური პრობლემები და ბოლომდე გამოუკვლეველი დამაბნეველი ცვლადების არსებობა ასევე აბრკოლებს მიღებული შედეგების ინტერპრეტაციას (Latham & Marshall, 2015).

QOF-ის არასასურველი შედეგები უმეტესობა წარმოიშვა ისეთი ინდიკატორების შემოღების შემდეგ, რომელიც არ იყო შესაბამისობაში ძირითად პროფესიულ ღირებულებებთან და რომელზეც სულ უფრო ხშირად საუბრობენ, რომ ხდება მათი გადაქცევა „მოსანიშნი უჯრების“ შევსების ერთგვარ სავარჯიშოდ (NHS, 2019).

2017 წელს გამოქვეყნებულმა სისტემურმა მიმოხილვამ, რომელიც შეისწავლის QOF-ის გავლენას (არაგადამდები დაავადებების დროს) გრძელვადიან სამედიცინო დახმარებაზე, ვერ გამოავლინა სარწმუნო მტკიცებულებები, რომ QOF ხელს უწყობს უკეთეს სამედიცინო დახმარებასა და ჯანმრთელობისთვის დამდგარ შედეგს პაციენტებში, რომელთაც ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადებები აღენიშნებათ (Forbes et al., 2017). ავტორთა მტკიცებით, მართალია, კვლევებში მოყვანილი ინდიკატორები გამოთვლილია მაღალხარისხიანი მტკიცებულებების საფუძველზე, რომელიც მეტყველებს გატარებული ღონისძიებების ეფექტურობაზე, ჯანმრთელობის სხვა, უფრო ფართო დეტერმინანტებს შესაძლოა ჰქონდეს საკუთარი როლი ან ღონისძიებები, რომელიც არ არის მოცული სტიმულირების სქემით, შესაძლოა იყოს უფრო მნიშვნელოვანი პაციენტთა ამ პოპულაციაში სიკვდილიანობის მაჩვენებელთა განსაზღვრაში. მიმოხილვამ გამოავლინა ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტთა გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელთა მოკრძალებული შემცირება (როგორც QOF სქემით მოცული, ისე მოუცველი მდგომარეობებით) და დიაბეტის მკურნალობის ცალკეული ასპექტების მცირედი გაუმჯობესება, თუმცა ძნელია იმის განსაზღვრა, თუ რამდენად იყო ეს ცვლილებები QOF სქემის დამსახურება, ვინაიდან პარალელურად დაინერგა ახალი სტანდარტები და ტექნოლოგიები, რომელთაც ასევე შეეძლოთ აღნიშნული ცვლილებების გამოწვევა (Forbes et al., 2017). იგივე სისტემური მიმოხილვის მიხედვით, არ მოიპოვება მტკიცებულებები, რომ QOF სქემა დადებით ან უარყოფით გავლენას ახდენს სამედიცინო დახმარების ინტეგრაციასა ან კოორდინაციაზე, კომპლექსურ ან ინდივიდუალიზებულ სამედიცინო დახმარებაზე, ან თვითდახმარებაზე. ასევე არ არსებობს მტკიცებულებები, რომ იგი ზეგავლენას ახდენს პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე, სერვისების მიღებასთან დაკავშირებულ გამოცდილებასა ან კმაყოფილების დონეზე (Forbes et al., 2017).

2017 წელს (ინგლისის) ჯანდაცვის ეროვნულმა სამსახურმა განახორციელა QOF სქემის ანალიზი და მასში შევიდა გაუმჯობესებაზე ორიენტირებული რიგი ცვლილებებისა, რომელიც ანალიზით მიღებულ რეკომენდაციებს შეესაბამებოდა.

აშშ, შექმნილ ღირებულებაზე დაფუძნებული შესყიდვები (VBP)

აშშ-ში ანაზღაურების ტრადიციული სისტემის ფარგლებში P4P ინიციატივების დანერგვა დაიწყო 1990-იან წლებში და სწრაფად გავრცელდა სამედიცინო დაზღვევის კერძო და სახელმწიფო სექტორებში (Gemmill, 2007).

დღესდღეობით, P4P წარმოადგენს შექმნილ ღირებულებაზე დაფუძნებული შესყიდვების (VBP) სტრატეგიის ნაწილს. VBP მოიცავს სექტორებს, რომელშიც წახალისებულია ხარისხის მაჩვენებლების გაუმჯობესება ხარჯების ზრდის ტემპის შემცირებასთან კომბინაციაში (ხარჯების ერთობლივი დაზოგვა) (Scott et al., 2018). ხარისხის შეფასება შესაძლებელია მოხდეს სტრუქტურული ფაქტორების (მაგ. სამუშაო ძალა, შენობა-ნაგებობები და მასალები), პროცესების, ჯანმრთელობისთვის დამდგარი შედეგების ან სამივე ამ ტიპის ფაქტორის გავლენის წინაშე (Gemmill, 2007). VBP გამოიყენება როგორც სახელმწიფო (მაგ. Medicaid, Medicare), ისე კერძო შემსყიდვლების მიერ (მაგ. ინტეგრირებული ჯანდაცვის ასოციაციის პროგრამა, პროგრამა „ხიდები სრულყოფილებისაკენ“, სხვ.). ამჟამად მიმდინარეობს VBP გამოცდა ანგარიშვალდებულ სამედიცინო ორგანიზაციებში (ACO). ამ ორგანიზაციების შექმნა და Medicare პროგრამაში მონაწილეობა შესაძლებელი გახდა 2010 წლიდან „ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების შესახებ“ კანონის საფუძველზე და, დღესდღეობით, კერძო სექტორში მრავალი ასეთი ორგანიზაციაა დაფუძნებული. ACO მოდელის დიზაინის საკვანძო თავისებურება მდგომარეობს იმაში, რომ პროვაიდერთა წახალისება ხდება დროის ორ მომენტს შორის მონაკვეთში საქმიანობის შედეგების გაუმჯობესებისათვის, რაც შეიძლება გაიზომოს უშუალოდ ან იმ სექტორში ფარგლებში, რომელშიც გამოიყენება ერთზე მეტი ზღვრული ნიშნული ისე, რომ პროვაიდერებს შეუძლიათ იმუშაონ დროთა განმავლობაში სულ უფრო მაღალი ნიშნულების დამლევაზე. რისკის გაზიარება შესაძლოა იყოს ცალმხრივი (როდესაც პროვაიდერებს წვლილი შეაქვთ ნებისმიერი სახის ხარჯების დაზოგვაში) ან ორმხრივი, როდესაც პროვაიდერები ინაწილებენ ფინანსური სახსრების დეფიციტის წარმოქმნის რისკს (Scott et al., 2018).

P4P-ის ფართო გავრცელების მიუხედავად, მათი წვლილი პროვაიდერთა ჯამურ ანაზღაურებაში მცირეა. შემსყიდველთა უმეტესობა პროვაიდერთა საკომპენსაციო თანხების მხოლოდ 5%-ს ან უფრო ნაკლებს აყენებს P4P სისტემის ფარგლებში მოგება-წაგების რისკის ქვეშ (Gemmill, 2007).

Scott და თანაავტორები მიერ შესრულებულ მიმოხილვაში, რომელშიც გაანალიზებულია აშშ-ში მოქმედი 25 სექმა (სულ მიმოხილვაში ჩართული 44 სექმიდან), წარმოდგენილია რისკის ორმხრივი გაზიარების საფუძველზე მოქმედი კერძო სექტორის მაგალითი, რომელმაც აჩვენა საკუთარი ეფექტურობა როგორც ხარჯების შემცირების, ისე – ხარისხის გაუმჯობესების კუთხით მისი რეალიზაციის დაწყებიდან ოთხი წლის თავზე. ამასთან, პოზიტიური ცვლილებები არ გამოვლინდა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილებებში მიმართვიანობისა და ფარმაცევტულ პრეპარატებზე გაწეული დანახარჯების თვალსაზრისით. Medicare ACO-ს შემთხვევაში (სახელმწიფო სექტორი) გამოვლინდა ცალკეული მიმართულებებით დანახარჯების ზრდის შემცირების გარკვეული მტკიცებულებები ისე, რომ ამან არ გამოიწვია პაციენტის გამოცდილების გაუარესება. იმავდროულად, სამედიცინო დახმარების ხარისხის სხვა მაჩვენებლებზე ზეგავლენა არცერთი ამ კვლევით არ არის შესწავლილი (Scott et al., 2018). მიმოხილვამ აჩვენა, რომ რისკის გაზიარების როგორც ცალმხრივი, ისე ორმხრივი მოდელები, რომელთა ფარგლებშიც ხდება P4P-სა და ხარჯების შემცირებასთან დაკავშირებული შედეგების კომბინირებული წახალისება, პოზიტიური შედეგების პროცენტული წილის თვალთახედვით არ იძლევა უკეთეს შედეგებს, ვიდრე მხოლოდ P4P სექმა (10%-ით ნაკლებია, ვიდრე მხოლოდ P4P-ის შემთხვევაში, თუმცა ეს განსხვავება სტატისტიკურად არ არის მნიშვნელოვანი).

ამისდა მიუხედავად, ხარჯების ერთობლივი დაზოგვის მოდელებზე დაფუძნებული სქემები განვითარების ადრეულ ეტაპზეა; ამიტომ, აუცილებელია უფრო მეტი მტკიცებულების მოპოვება, რათა შეფასდეს, თუ რამდენად შენარჩუნდება ეს ტენდენცია დროთა განმავლობაში (Scott et al., 2018).

არსებობს რიგი ფაქტორებისა, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ალბათობაზე, იქნება თუ არა სქემა ეფექტური და რომელიც არ არის შესწავლილი მიმოხილული კვლევებით. ეს ჩამონათვალი მოიცავს კვლევების ყურადღების მიღმა დარჩენილ ისეთ ფაქტორებს, როგორცაა: თუ როგორ მოხდა სქემის შემუშავება, რა ხარისხით იყვნენ ჩართულები სქემის მონაწილეები მის მომზადებაში და რა მასშტაბის იყო უკვე არსებული ხარისხის გაუმჯობესებაზე ორიენტირებული ინიციატივები და საჯარო ანგარიშგება (Scott et al., 2018).

Cattel და Eijkenaar-მა თავიანთ სისტემურ მიმოხილვაში გაანალიზეს სახელმწიფო და კერძო პროგრამების ფარგლებში მოქმედი VBP ინიციატივები და აჩვენეს რომ ეს ინიციატივები, როგორც წესი, იძლევა დამაიმედებელ შედეგებს, ხარისხის შენარჩუნების ან გაუმჯობესების კვალდაკვალ ხარჯების ზრდის ტემპის შემცირების თვალსაზრისით (Cattel & Eijkenaar, 2019).

არგენგინა, პროგრამა „Plan Nacer“

პროგრამა „Plan Nacer“ ამოქმედდა 2004 წელს, მას შემდეგ, რაც 2001 წლის ეკონომიკურ კრიზისის გამო აღინიშნა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ინდიკატორთა გაუარესება.

პროგრამა შემუშავდა სამედიცინო დაზღვევის არმქონე ორსულებისა და ბავშვების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემაში უფრო მეტი რესურსების მობილიზებისა და მათი ეფექტიანად გამოყენებისათვის სათანადო სტიმულების შექმნის გზით. პროგრამა ვრცელდება ქალებზე ორსულობის პერიოდსა და ბავშვის დაბადებიდან (ან ნაყოფის დაღუპვიდან) 45 დღის განმავლობაში და ექვსი წლის ასაკამდე ბავშვებზე და კონცენტრირდება პირველი წლის განმავლობაში გასაწევ სერვისებზე. ყველა სხვა მომსახურება, რომელიც არ არის გათვალისწინებული „Plan Nacer“ პროგრამის ფარგლებში, იფარება პროვინციებში მოქმედი სტანდარტული სამედიცინო მომსახურების პაკეტით (Gertler et al., 2014)

„Plan Nacer“ წარმოადგენს ისტორიული ადმინისტრაციულ ბიუჯეტების მიღმა მიღებულ დაფინანსებას და სახელმწიფო დაფინანსების მოქმედ სისტემაში შემოაქვს ინოვაციური P4P მოდელი, რომელიც ახდენს დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის პრიორიტეტული ხარისხიანი სერვისების მიწოდების წახალისებას. ამ პროგრამის მეშვეობით ქვეყნის მთავრობა ახდენს პროვინციების კაპიტალის მეთოდით დაფინანსებას ერთ სულზე თვეში მაქსიმუმ 8 აშშ დოლარის ოდენობით. პროვინციები იღებენ 5 აშშ დოლარს (ერთ სულზე მაქსიმალური ანაზღაურების 60%-ს) პროგრამით სარგებლობის უფლების მქონე თითოეული პირის მასში ჩართვისათვის და დამატებით – არაუმეტეს 3 აშშ დოლარს (მაქსიმალური ანაზღაურების 40%-ს) სამიზნე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის წინასწარ განსაზღვრული მაჩვენებლების მიღწევის შემთხვევაში. ამგვარად, პროგრამა იძლევა პირდაპირ ფინანსურ სტიმულებს, რათა მოხდეს სამედიცინო დაზღვევის არმქონე დედებისა და ბავშვების სამიზნე პოპულაციის პროგრამაში ჩართვა და ისეთი სერვისების მიწოდება, რომელიც გააუმჯობესებს პროგრამით სარგებლობის უფლების მქონე მოსახლეობის ჯანმრთელობის გამოსავლის მაჩვენებლებს (Gertler et al., 2014).

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების მიერ რესურსების გამოყენების შესახებ საერთო სახელმძღვანელო მითითებები დადგენილია ეროვნულ დონეზე, ხოლო პროვინციებს აქვთ უფლება, საკუთარი იურისდიქციის ფარგლებში დააწესონ დამატებითი შეზღუდვები სერვისის მიმწოდებლებისათვის. ამ უკანასკნელთ შეუძლიათ თავად განკარგონ აღნიშნული რესურსები მიწოდებული სამედიცინო სერვისის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით (Gertler et al., 2014).

ზეგავლენის შეფასებამ აჩვენა, რომ სქემას აქვს დადებითი გავლენა პაციენტთა ჯანმრთელობის გამოსავალზე. კერძოდ, პროგრამის ბენეფიციარებში სტაციონარის პირობებში ნეონატალური სიკვდილიანობის შანსი შედარებით უფრო მსხვილ დაწესებულებებში 74%-ით კლებულობს, ტეტანუსის საწინააღმდეგო აცრებით მოცვის მაჩვენებლები უმჯობესდება, ხოლო ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა, მთლიანობაში, იზრდება (Gertler et al., 2014; Kandpal, 2016).

კიდევ ერთი შეფასება, რომელიც ფოკუსირებულია მისიონის პროვინციის მაგალითზე, მიუთითებს, რომ ანტენატალური მეთვალყურეობის ორსულობის ადრეულ ეტაპზე დაწყების მაჩვენებელი ჩარევის ჯგუფში უფრო მაღალი იყო, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფში. კვლევამ აჩვენა, რომ კლინიკური პრაქტიკის ცვლილების მისაღწევად პროვაიდერთა მოტივაციისთვის უფრო ხარჯ-ეფექტურია მსხვილი ფინანსური სტიმულების მოკლე დროით გამოყენება, ვიდრე ფიქსირებულ დანახარჯებთან ასოცირებული მუდმივმოქმედი ფინანსური სტიმულების გამოყენება (Kandpal, 2016).

კიდევ ერთი P4P ინიციატივა არგენტინაში 2005 წელს ბუენოს აირესში კომპლექსური პროგრამის ფარგლებში განხორციელდა. მისი მიზანი იყო ოჯახის ექიმთა მუშაობის ხარისხის გაუმჯობესება ფინანსური სტიმულირების მექანიზმით, რომელსაც თან ახლდა უწყვეტი სამედიცინო განათლების, აუდიტისა და უკუკავშირის კომპონენტები. კვლევა, რომელმაც შეისწავლა ამ ინიციატივის ზემოქმედება მისი ამუშავებიდან ორი წლის თავზე, აჩვენა, რომ კლინიკური ეფექტურობა გაზრდილი იყო ყველა მაჩვენებლის მიხედვით (მაგ. კიბოს სკრინინგი, არტერიული წნევის მონიტორინგი, ქოლესტერინის დონის განსაზღვრა და ა.შ.), თუმცა ყოვლისმომცველი პრაქტიკის თვალსაზრისით მიღწეული შედეგები იყო წინააღმდეგობრივი. ასე, მაგალითად, მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება იქნა მიღწეული დეპრესიის გამოვლენისა და მართვის მიმართულებით, თუმცა ბავშვთა პროფილაქტიკური გასინჯვების მაჩვენებლებმა დაიკლო. უმნიშვნელო გაუმჯობესება აღინიშნა მნიშვნელოვანი მონაცემების დოკუმენტირებისა და ოჯახის ექიმთა მიერ მიწოდებული სამედიცინო დახმარების კოორდინირების სფეროში (Rubinstein et al., 2009).

ტაივანი, შაქრიანი დიაბეტის P4P პროგრამა

შაქრიანი დიაბეტის P4P პროგრამა დაინერგა 2001 წელს ტაივანის სამედიცინო დაზღვევის ეროვნული ადმინისტრაციის მიერ შაქრიანი დიაბეტის მქონე პაციენტების სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით. სქემა ხასიათდება შემდეგი თავისებურებებით:

პირველ რიგში, მასში მიმწოდებლად მონაწილეობის უფლება აქვთ მხოლოდ იმ ექიმებს, რომლებიც გავლილი აქვთ სპეციალიზაცია მეტაბოლური დარღვევების მკურნალობის ან ენდოკრინოლოგიის დარგში ან რომელთაც გაიარეს დახელოვნების სპეციალური კურსი დიაბეტის მართვის საკითხებში და ისინი თავიანთი ნება-სურვილით ახდენენ პაციენტთა ჩართვას შაქრიანი დიაბეტის P4P სქემაში; მეორე რიგში, ივარაუდება, რომ სამედიცინო ბრიგადები უნდა მუშაობდნენ კოორდინირებულად ექიმის ხელმძღვანელობის ქვეშ მრავალდარგობრივი გუნდის სახით, რომელიც მოქმედებს ამერიკის დიაბეტის ასოციაციის კლინიკური გაიდლაინების შესაბამისად; მესამე რიგში, P4P სქემაში ჩართული პაციენტები სტანდარტულ და ჩვეულებრივ მკურნალობასთან ერთად იღებენ დამატებით ყოვლისმომცველ მომსახურებას, რომელიც მოიცავს ანამნეზის შეკრებას, ფიზიკურ გასინჯვას, ლაბორატორიულ შემოწმებას, ინდივიდუალური მართვის გეგმის შეფასებას, საკუთარი მდგომარეობის მართვის საკითხებში გათვითცნობიერებასა და სანიტარულ განათლებას. მეოთხე რიგში, P4P სქემაში მონაწილე ექიმები რეგულარულ ხელფასთან ერთად იღებენ დამატებით პრემიებს, რაც სამედიცინო დახმარების პროცესების (მაგ. ჰემოგლობინ A1c-ზე (HbA1c) ან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინებზე (LDL) ტესტირების დოკუმენტირებული შემთხვევები) ან შუალედური შედეგების (მაგ. იმ პაციენტთა მაღალი პროცენტული წილი, რომელთა HbA1c ან LDL დონე კონტროლზეა აყვანილი) სამიზნე მაჩვენებლების მიღწევაზე დამოკიდებული (Hsieh, Chiu, et al., 2017).

ტაივანის P4P სქემის გამოცდილების შესახებ არსებული მონაცემები ეფუძნება რამდენიმე ჯვარედინ-სექციურ კვლევას, რომელიც სხვადასხვა მიმოხილვით სტატიაში იქნა გამოყენებული. (Gupta & Ayles, 2019; Latham & Marshall, 2015; Lin et al., 2016; Scott et al., 2018). კვლევების უმეტესობამ აჩვენა დადებითი შედეგები, რაც მეტყველებს იმაზე, რომ პროგრამაში ჩართული პაციენტებს, მაღალი ალბათობით, ჩაუტარდათ დიაბეტის მკურნალობის გაიდლაინით რეკომენდებული ტესტები და გამოკვლევები, კიბოს სკრინინგი და ხარისხიანი მკურნალობა, ტუბერკულოზის მკურნალობისადმი დამყოლობისა და ხანგრძლივობის კონტროლი. ზოგიერთი კვლევა მიაწინებს დადებითი გადადინების ეფექტის შესახებ.

2010 წელს გამოქვეყნებული დიაქრონული კვლევით, რომლითაც შესწავლილ იქნა ტაივანში მოქმედი პროგრამის გავლენა ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლებზე, აჩვენა, რომ სტიმულირების პროგრამაში ჩართული პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის ალბათობა პროგრამაში ჩართვიდან სამი წლის თავზე იყო უფრო დაბალი ვიდრე სხვა პაციენტებისა (Cheng et al., 2012). ამის საწინააღმდეგოდ, მოგვიანებით ჩატარებულმა კვლევამ დაადგინა შაქრიანი დიაბეტის მქონე პაციენტების გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლების ზრდა (Scott et al., 2018).

სისტემური მიმოხილვების ავტორები (Mendelson et al., 2017; Scott et al., 2018) აღნიშნავენ, რომ ტაივანის სქემის შედეგები სიფრთხილით უნდა შეფასდეს, ვინაიდან შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ფართომასშტაბიან დისპროპორციულ შერჩევას, რაც სქემაში პაციენტების ჩართვის პროცესთან არის დაკავშირებული და, ამდენად, შესაძლოა პოზიტიური ეფექტები განპირობებული იყოს შერჩევის ფაქტორით და არა პროგრამის ზეგავლენით. ამისდა მიუხედავად, უახლესი კვლევებით დისპროპორციული შერჩევის გაკონტროლების შემდგომ დადგინდა, რომ P4P სქემა გაზარდა

ექიმების მიერ მართული სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა დიაბეტის მქონე პაციენტებში, რაც, თავის მხრივ, ასოცირებული იყო სიკვდილიანობის დაბალ რისკთან (Pan, Chien-Chou et al., 2017). სხვა ავტორები (Hsieh, Chiu, et al., 2017; Hsieh, He, et al., 2017) მიუთითებენ კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის რისკის მნიშვნელოვან შემცირებაზე ახლად დადგენილი კიბოს შემთხვევაში, ასევე – კიბოსგან გამოჯანმრთელებულ პაციენტებში 5 წლის მანძილზე ნებისმიერი მიზეზებით სიკვდილიანობისა და შაქრიან დიაბეტთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის რისკის შემცირებაზე.

(Gupta & Ayles, 2019).

განხილვა

ჩვენი თავდაპირველი მიზანი იყო, მოგვეხილა საშუალო და მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში კერძო სექტორის მიერ მიწოდებული პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებისა და ხარისხის მაჩვენებლებზე P4P-ის გავლენის შესახებ არსებული მონაცემების სინთეზი.

ჩვენი მიმოხილვის ფარგლებში ვერ იქნა მოძიებული ანალიტიკური კვლევები, რომლებშიც შედარებული იქნებოდა P4P სქემის ეფექტურობა სახელმწიფო თუ კერძო სექტორისადმი კუთვნილების ჭრილში. მართალია, P4P სქემები ხორციელდება სხვადასხვა პირობებში როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო შემსყიდვლებისა და პროვაიდერების ჩართულობით, არ არსებობს პირველადი კვლევები და, შესაბამისად, არც ამ კვლევათა მიმოხილვები, რომელიც შეისწავლიდა სახელმწიფო და კერძო აქტორების შედარებით ეფექტურობას. ამის გათვალისწინებით, ჩვენ ოდნავ შევცვალეთ კვლევის შეკითხვის ფორმულირება და უარი ვთქვით „კერძო სექტორის“ განზომილების ანალიზზე.

მიმოხილვამ გამოავლინა მნიშვნელოვანი არაერთგვაროვნება P4P სქემების განხორციელების კონტექსტის, მიწოდებული სერვისებისა და მოსახლეობის სამიზნე ჯგუფების, ასევე – შედეგების საზომი ინდიკატორებისა და სტიმულირების გამოყენებული მექანიზმების თვალსაზრისით. P4P ღონისძიებათა უმეტესობა ორიენტირებული იყო დაავადებათა პროფილაქტიკის, ასევე – ქრონიკული დაავადებებისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის (MCH) მართვის საკითხებზე. მიმოხილვით დოკუმენტებში დომინანტური ადგილი უკავია გაერთიანებულ სამეფოს (QOF სქემა) და აშშ-ში ჩატარებულ კვლევებს.

მართალია, *პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებასთან* მიმართებით ზოგიერთი სისტემური მიმოხილვის მონაცემები წინააღმდეგობრივია, დადგინდა, რომ P4P ეფექტურია დედათა და ბავშვთა დაავადებების პრევენციული სერვისების მოხმარების ზრდის თვალსაზრისით. კვლევებში, რომლებშიც შესწავლილი იყო P4P ეფექტი დედათა და ბავშვთა სამედიცინო დახმარებაზე საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, დოკუმენტირებულია რიგი პოზიტიური შედეგებისა, როგორცაა: ანტენატალური სერვისების მოხმარებისა და ანტენატალურ პერიოდში ტეტანუსის საწინააღმდეგო აცრებით მოცვის მაჩვენებლების ზრდა არგენტინაში, ჯანმრთელობის გამოსავლის პოზიტიური დინამიკა ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვებში ფილიპინებზე, და მცირედ გამოხატული, თუმცა პოზიტიური გავლენა ანტენატალურ მეთვალყურეობისა და ვაქცინაციის მაჩვენებლებზე კამბოჯაში (Gertler et al., 2014; Patel, 2018). ნიგერიაში, სადაც P4P პაკეტი ფარავს სერვისების ფართო სპექტრს, კვლევების შედეგები არაერთგვაროვანია: პირველადი ჯანდაცვის კარგად მომუშავე ცენტრებში ვლინდება მნიშვნელოვანი ცვლილებები მაშინ, როდესაც ცუდად მომუშავე ცენტრებში ფიქსირდება ეფექტურობის მცირედი ან ნულოვანი გაუმჯობესება (Mabuchi et al., 2018; Ogundeji et al., 2016). რაც შეეხება ბავშვთა იმუნოზაციას, ნიგერიის სამ შტატში P4P სქემის განხორციელებამ ვაქცინაციის პროგრამით სრულად მოცული ბავშვების პროცენტული წილი ორწლიან პერიოდში 1.4%-დან 49.2%-მდე გაზარდა (Odutolu et al.,

2016). მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში და, კონკრეტულად, აშშ-ში ჩატარებული პირველადი კვლევები, აჩვენებს ბავშვების იმუნიზაციის მაჩვენებლების ზრდას, რაც შეიძლება მოკრძალებულიდან მნიშვნელოვან დონემდე მერყეობდეს. ამასთან, ყველაზე დიდი ეფექტი შეინიშნება მაშინ, როდესაც იმუნიზაციით მოცვის სასტარტო მაჩვენებელი დაბალია (Fairbrother et al., 2001; Gleeson et al., 2016). მონაცემები ქრონიკულ დაავადებებსა და კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებული სერვისების მოხმარების შესახებ არაერთგვაროვანია.

სამედიცინო დახმარების ხარისხზე გავლენის კუთხით P4P-ის ეფექტურობის შესახებ მონაცემთა შეჯამებისათვის ჩვენ ვცადეთ ხარისხის მაჩვენებელთა ოთხ კატეგორიად დაყოფა, თუმცა შედეგობრივი მაჩვენებლებისა და შეფასებისთვის გამოყენებული მიდგომების არაერთგვაროვნებამ მიმოხილვის შედეგების სინთეზი გაართულა.

ადრინდელი სისტემური მიმოხილვებითა და სისტემური მიმოხილვების მიმოხილვები ანალიზით არ იკვეთება, რომ P4P ღონისძიებები ეფექტურია *სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესების* კუთხით. (Scott et al., 2011; Houle et al., 2012; Witter et al., 2012; Eijkenaar et al., 2013). მონაცემთა ნაკლოვანება ძირითადად მეთოდოლოგიურად ძლიერი დიზაინის მქონე კვლევების არარსებობას უკავშირდებოდა, რომელთა ფარგლებშიც მოხდებოდა დაკვირვებადი და დაუკვირვებადი ფაქტორებისა და დროითი ტრენდის კონტროლი. იმ დროიდან დღემდე ლიტერატურა მნიშვნელოვნად არის გაზრდილი და მეთოდოლოგიურად ძლიერი დიზაინის მქონე კვლევების რაოდენობა სწრაფად მატულობს.

ზოგადად, როგორც ეს მიმოხილვით სტატიებშია აღნიშნული, მეთოდოლოგიურად ძლიერი დიზაინის კვლევები ავლენს პოზიტიური შედეგების უფრო მცირე რაოდენობას, ვიდრე მეთოდოლოგიურად შედარებით სუსტი დიზაინის მქონე კვლევები (Eijkenaar et al., 2013; Houle et al., 2012; Mendelson et al., 2017; Scott et al., 2018).

ჩვენმა მიმოხილვამ აჩვენა, რომ არსებობს უფრო თანმიმდევრული მტკიცებულებები, რომ P4P სქემები აუმჯობესებს *სამედიცინო დახმარების პროცესთან დაკავშირებულ შედეგობრივ მაჩვენებლებს*. Lin და კოლეგები არიან უფრო პოზიტიურები და მოჰყავთ ცნობები კორონარული დაავადებისა და დიაბეტის მკურნალობის პროცესთან დაკავშირებული შედეგობრივი მაჩვენებლების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების შესახებ, მაშინ, როდესაც Mendelson-ის აზრით, არსებობს მხოლოდ დაბალი სარწმუნოების არაერთმნიშვნელოვანი მტკიცებულებები, რომ P4P სქემები აუმჯობესებს სამედიცინო დახმარების გაწევის პროცესს მოკლევადიან პერიოდში, ხოლო გრძელვადიან შედეგებთან დაკავშირებული მონაცემები მწირია. ორივე ავტორი მიდის დასკვნამდე, რომ ყველაზე დიდი გაუმჯობესება შეინიშნებოდა საქმიანობის იმ მიმართულებებით, რომელშიც საბაზისო ეფექტურობის მაჩვენებლები იყო არადამაკმაყოფილებელი (Lin et al., 2016; Mendelson et al., 2017).

არაერთმნიშვნელოვანი მონაცემებია *მიღებული შუალედური და არაპირდაპირი შედეგების საზომ ინდიკატორებზე*, როგორცაა, მაგალითად, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილებებში მიმართვიანობა და ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები, რომელიც უკავშირდება ქრონიკული დაავადებების გამწვავებას, სამედიცინო დაწესებულებებში

მშობიარობას და სხვ. Gupta და Ayles-მა აჩვენეს, რომ სქემებს, რომლებიც მიზნულია ექიმების მუშაობის ეფექტურობის მაჩვენებლებზე, შესაძლოა ჰქონდეს მნიშვნელოვანი გავლენა გრძელვადიან პერიოდში დაავადებათა პროგრესირების შემცირების თვალსაზრისით (Gupta & Ayles, 2019). QOF-ზე ფოკუსირებულმა უახლესმა მიმოხილვამ გამოავლინა კორონარული დაავადებით გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელთა მოკრძალებული შემცირება (Forbes et al., 2017). ნიგერიაში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა სქემაში მონაწილე სამ შტატში ერთნაირი სასტარტო პოზიციიდან სამედიცინო დაწესებულებებში მშობიარობის მაჩვენებლების ზრდის ფართო დიაპაზონში მერყეობა (Mabuchi et al., 2018).

ჯანმრთელობის გამოსავლის შედეგები უფრო ნაკლებად სახარბიელოდ გამოიყურება, ვიდრე სამედიცინო დახმარების პროცესთან ასოცირებული შედეგები, რაც შეიძლება აიხსნას იმით, რომ პროცესების ცვლილება წინ უძღვის გამოსავლის თვალსაზრისით დამდგარი შედეგების გაუმჯობესებას და ეს უკანასკნელი ვერ ფიქსირდება კვლევების მეშვეობით ან იმით, რომ პროცესის ინდიკატორებზე ზემოქმედება უფრო ადვილია, რაც აქტუალურია, თუკი სქემის ყურადღება მასზეა გადატანილი (Vlaanderen et al., 2019).

მონაცემები *ჯანმრთელობის გამოსავალზე* (დაავადების საერთო გავრცელება, კონკრეტული დაავადებით სიკვდილიანობა ან საერთო სიკვდილიანობა) წახალისების ზომების ზეგავლენის შესახებ მწირია. სანდო მეთოდოლოგიით ჩატარებული შეფასება აჩვენებს, რომ არგენტინაში მოქმედმა პროგრამამ „Plan Nacer“ მნიშვნელოვნად შეამცირა დაბალი მასის მქონე ბავშვების დაბადებისა და ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები (Kandpal, 2016). ტაივანში მოქმედი სქემა წარმატებული იყო შაქრიან დიაბეტთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის შემცირების თვალსაზრისით (Mendelson et al., 2017). მაშინ, როდესაც QOF-ის ადრინდელი კვლევები მიუთითებდა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების მოკრძალებულ შემცირებაზე, უფრო ახალი მიმოხილვითი სტატიების მიხედვით არ არსებობს მკაფიო მტკიცებულებები, რომ P4P ამ სქემის ფარგლებში აუმჯობესებს ჯანმრთელობისთვის დამდგარ შედეგებს (Mendelson et al., 2017).

Eijkenaar და თანაავტ. სისტემური მიმოხილვების საკუთარ ანალიზში მივიდნენ დასკვნამდე, რომ, მართალია, სხვადასხვა ნიშნით არსებულ უთანაბრობებზე P4P-ის გრძელვადიანი გავლენის შესახებ ბევრი არაფერია ცნობილი, როგორც ჩანს, P4P ამცირებს სოციო-ეკონომიკური ნიშნის მიხედვით გამოვლენილ უთანაბრობებს (Eijkenaar et al., 2013). უახლესი მიმოხილვების მიხედვით, მონაცემები P4P-სა და სოციო-ეკონომიკური და რასობრივი ნიშნით უთანაბრობას შორის ურთიერთკავშირის შესახებ არათანმიმდევრულია ან ეს კავშირი არ იკვეთება (Tao et al., 2016).

მონაცემები, ახდენს თუა არა P4P სქემები დადებით ან უარყოფით ზეგავლენას *სამედიცინო დახმარების უწყვეტობასა და სამედიცინო მუშაკებს შორის კოორდინაციაზე*, არაერთგვაროვანია. სქემის დიზაინი განსაზღვრავს სამედიცინო დარგის პროფესიონალთა შორის თანამშრომლობის ხასიათს. შერჩევითმა წახალისებამ, შესაძლოა ხელი შეუშალოს გუნდურ მუშაობას და სამედიცინო დახმარების კოორდინაციას, მაშინ, როდესაც გუნდის

თითოეული წევრის წვლილის აღიარება ხელს უწყობს კონსტრუქციული თანამშრომლობის ჩამოყალიბებას (Korda & Eldridge, 2011; Latham & Marshall, 2015). QOF-ის ადრინდელი კვლევები მიუთითებდნენ სქემის ამოქმედების შემდგომ კლინიკური ავტონომიის შესუსტების თაობაზე. იმავდროულად, არ მოიპოვება მტკიცებულებები, რომ სქემა დადებით ან უარყოფით გავლენას ახდენს სამედიცინო დახმარების ინტეგრაციას ან კოორდინაციაზე, კომპლექსურ ან ინდივიდუალიზებულ დახმარებაზე, ან პაციენტთა კმაყოფილებაზე (Forbes et al., 2017).

P4P სქემების ფართოდ გავრცელების პარალელურად, გაჩნდა კითხვები *მათი არასასურველი ნეგატიური გავლენის შესახებ*. კვლევების მცირე რაოდენობა მიუთითებს P4P სქემების ფარგლებში „გეიმინგის“ პრაქტიკაზე, როდესაც ექიმები ცდილობენ მონაცემებით მანიპულირებას, რათა დაადასტურონ ცალკეულ ინდიკატორთა სამიზნე მაჩვენებლების მიღწევა და მოიპოვონ წამახალისებელი ანაზღაურების მიღების უფლება. „გეიმინგი“ QOF სქემაში არ იყო ფართოდ გავრცელებული, თუმცა კვლევებით რამდენიმე შემთხვევა მაინც იქნა აღწერილი (S. J. Gillam et al., 2012). კამბოჯაში P4P სქემის ფარგლებში „გეიმინგის“ პრაქტიკა შემცირებულ იქნა რეგულარული მონიტორინგის დაწესების, შემთხვევითი წესით გადამოწმების პრაქტიკისა და ინტერნეტ-ტექნოლოგიებზე დამყარებული ანგარიშგების შემოღების მეშვეობით (Renmans et al., 2016).

რამდენიმე სისტემური მიმოხილვით ასევე იქნა შესწავლილი *პაციენტთა დისპროპორციული შერჩევისა და მომსახურების გადახრის საკითხი*. ექიმების მიერ მკურნალობის ჩატარების მიზნით ჯანმრთელობის უკეთესი მაჩვენებლების მქონე პაციენტთა კონტინგენტის შერჩევა და საქმიანობის ფინანსურად წახალისებულ მიმართულებებზე კონცენტრაცია მოხსენიებულია, როგორც P4P სქემების არასასურველი შედეგების მაგალითები (Alshamsan et al., 2010; Korda & Eldridge, 2011; Peckham & Wallace, 2010; Van Herck et al., 2010).

მოპოვებულია მტკიცებულებები, რომელიც მეტყველებს *დადებითი გვერდითი (გადადინების) ეფექტის არსებობაზე*. რამდენიმე კვლევით ნანახია, რომ ადგილი აქვს წახალისების სქემით მოუცველი მიმართულებებით მუშაობის ან დაავადებების გამოსავლის კუთხით მიღწეული შედეგების ან მოსახლეობის არასამიზნე ჯგუფებში შუალედური ან ჯანმრთელობის გამოსავლის გაუმჯობესებას (Allen et al., 2014; Patel, 2018; Scott et al., 2018). გარდა ამისა, რამდენიმე კვლევით ნანახია, რომ ადგილი აქვს შედეგის მდგრადობას, როდესაც გაუმჯობესებული მაჩვენებლები ნარჩუნდება იმავე დონეზე, რომელიც მიღწეული იყო სტიმულირების შეწყვეტამდე ან გაუმჯობესება გრძელდება შემდგომ პერიოდშიც (Kondo et al., 2016).

P4P – ეს კომპლექსური ჩარევაა და მის შედეგებზე დიდ გავლენას ახდენს სხვადასხვა ფაქტორი, როგორცაა სქემის დიზაინი, შინაგანი თუ გარეგანი ფაქტორები. მრავალი P4P პროგრამა დროთა განმავლობაში განიცდიდა ცვლილებას დიზაინის კორექტირების, არასასურველი შედეგების შერბილების მექანიზმების შემოღებისა და ხარისხის გაუმჯობესებასა და ხარჯების კონტროლის პარამეტრების შემოტანის გზით.

ეს ცვლილებები საკმარისად კარგად არ არის ასახული ემპირიულ ან კვაზი-ექსპერიმენტულ კვლევებში და, ამდენად, მეტწილად უცნობი რჩება მკვლევარებისათვის. კონტექსტური და ჯანდაცვის სისტემასთან დაკავშირებული ასპექტები იდენტიფიცირებულია, როგორც ეფექტურობის გაუმჯობესების მამოძრავებელი ფაქტორები ნიგერიაში. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ, როგორც აღმოჩნდა, ისინი გავლენას ახდენენ ერთმანეთზე და აძლიერებენ პოზიტიური ფაქტორების მოქმედებას (Mabuchi et al., 2018).

კარგად არის ცნობილი, რომ მხოლოდ ეკონომიკური თეორიით შეუძლებელია აიხსნას ფინანსური სტიმულირებით მიღებული ეფექტების ყველა ნიუანსი (Himmelstein et al., 2014). ქცევითი (ბიჰევიორისტული) ეკონომიკა გვეხმარება P4P ეფექტების უკეთ გაგებაში. ამის მიუხედავად, კვლევის მონაცემები ყოველთვის არ შეესაბამება ქცევითი ეკონომიკის კონცეფციებს (Emanuel et al., 2016). ასე, მაგალითად, „მიზნების გრადიენტის“ ეფექტის საწინააღმდეგოდ, ეფექტურობის დაბალი მაჩვენებლების მქონე სამედიცინო დაწესებულებები აუცილებელი წესით არ ამბობენ უარს სქემაში მონაწილეობაზე, როდესაც ისინი არარეალისტურად შორს არიან დაწესებული ზღურბლოვანი მაჩვენებლების მიღწევისაგან. კიდევ ერთი მაგალითი აშშ-ში ჩატარებული კვლევებიდან მდგომარეობს იმაში, რომ პრემიალური ანაზღაურების ოდენობის გაზრდისა და მისი მიღების პირობების გაადვილების კვალდაკვალ სამედიცინო ცენტრების ძალისხმევა არ გაიზარდა სხვა ცენტრებთან შედარებით, რომლებიც იღებდნენ უფრო ნაკლებ სარგებელს და უფრო რთულად მისაღწევი სამიზნე მაჩვენებლები უნდა დაეკმაყოფილებინათ, რაც ეწინააღმდეგება ე.წ. „ზღურბლის ეფექტს“, რომლის მიხედვითაც პროვადიდერები უნდა აძლიერებდნენ ძალისხმევას, როდესაც ისინი ახლოს დგანან სამიზნე მაჩვენებლთან (Markovitz & Ryan, 2017; Emanuel et al., 2016).

მკვლევარებისათვის საკვანძო გამოწვევაა P4P ეფექტების პარალელურად მიმდინარე ღონისძიებების შედეგებისგან გამოცალკევება, რათა არ მოხდეს P4P ეფექტების გადაჭარბებით შეფასება (Gupta & Ayles, 2019; Markovitz & Ryan, 2017). გარდა ამისა, დაფინანსების ახალი მოდელის დანერგვას ხშირად თან ახლავს ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული დამხმარე ღონისძიებების განხორციელება (ტრენინგები, გაიდლაინები, სამახსოვროები და ახალი საინფორმაციო სისტემები) ან მოდელის შემოღება იყოს უფრო მსხვილი რეფორმების ნაწილი, რის გამოც მიზეზ-შედეგობრიობის დადგენა რთულია (Soranz & Pisco, 2017). იმავე პრობლემაზე მიუთითებენ Eijkenaar და კოლეგები თავიანთ სისტემური მიმოხილვაში, სადაც ისინი აღნიშნავენ, რომ აუცილებელია საგულდაგულო შეფასებების ჩატარება, რათა მოხდეს სხვადასხვა კომპონენტთან დაკავშირებული ეფექტების ერთმანეთისგან განცალკევება და მყარი დასკვნების გამოტანა (Eijkenaar et al., 2013). კიდევ ერთი გამოწვევა მდგომარეობს იმაში, რომ ემპირიული კვლევები საკმარისად კარგად არ აღწერენ კონტექსტს, რომელშიც ხდება წახალისების სქემების რეალიზაცია და არ ახდენენ პროგრამის დიზაინის სხვადასხვა მახასიათებლების ერთმანეთთან შედარებას (მაგ. ინსტიტუციური პირობები, რესურსები, ფინანსური წახალისების ოდენობა, სიხშირე, სტრუქტურა და სხვ.)(Eijkenaar et al., 2013; Markovitz & Ryan, 2017). ამ ხარვეზების გამო

ჩვენი მიმოხილვის ფარგლებში შეუძლებელი გახდა კერძო სამედიცინო პროვაიდერებს შორის P4P ეფექტურობის საკითხის შესწავლა.

მიმოხილვით დოკუმენტებში მოხვედრილი კვლევების უმეტესობა ჩატარებულია მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. ჩვენ გავაფართოვეთ ჩვენი მიმოხილვა ამ ჯგუფის ქვეყნების მაგალითების მეშვეობით, ვინაიდან მონაცემთა დიდი მასივები, რომელიც ამ ქვეყნებშია დაგროვილი, შესაძლოა საინტერესო იყოს საქართველოსა და საშუალო შემოსავლების მქონე სხვა ქვეყნებისათვის. აქ წარმოდგენილი მიგნებების უშუალოდ გამოყენების პრაქტიკულობის თაობაზე ამომწურავი დასკვნები არ უნდა იქნეს გაკეთებული. ამისდა მიუხედავად, მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში მიღებული კვლევითი შედეგების საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებზე განვრცობის შესაძლებლობის თაობაზე გაურკვეველობა უფრო ნაკლებია, ვიდრე პირიქით განვრცობის შეთხვევაში (Wiysonge et al., 2017).

კვლევების უმეტესობა ფოკუსირებულია გაერთიანებული სამეფოსა და აშშ-ს მაგალითებზე. გაერთიანებულ სამეფოს QOF ინიციატივის ფარგლებში P4P სქემების განხორციელების მნიშვნელოვანი გამოცდილება დაუგროვდა. მაღალხარისხიანი კვლევები, რომელშიც ხდება დროითი ცვლილებით გამოწვეული გავლენების კონტროლი ვერ იმეორებს მეთოდოლოგიურად უფრო სუსტი დიზაინის მქონე ადრინდელი კვლევებით მიღებულ შედეგებს, რომლითაც პოზიტიური ეფექტების არსებობა ვლინდებოდა (Mendelson et al., 2017). გარდა ამისა, მონაცემები არასაკმარისია, რათა გაკეთდეს დასკვნები P4P-ის გრძელვადიან ეფექტებთან დაკავშირებით (Mendelson et al., 2017).

აშშ-ს P4P სქემების რეალიზაციის მდიდარი ისტორია აქვს და იქ კერძო სექტორი ძლიერია. აშშ-ში P4P პროგრამის ფარგლებში მიმდინარეობს ღირებულებაზე დაფუძნებული მიდგომის (VBP) გამოცდა, (როდესაც ხარისხსა და ხარჯების დონესთან ასოცირებული წახალისება ერთმანეთთან არის დაკავშირებული), რაც ამ ქვეყანაში მოქმედ უნიკალურ მოდელს წარმოადგენს. კვლევები აჩვენებს, რომ სამედიცინო დახმარების პროცესთან დაკავშირებული შედეგობრივი მაჩვენებლები გაუმჯობესდა საშუალოვადიან პერიოდში (4 წლის განმავლობაში), თუმცა მტკიცებულებები გრძელვადიანი ეფექტების შესახებ მწირია. აშშ-ში ჩატარებული კვლევები მიანიშნებს, რომ შედარებით დიდი გაუმჯობესება მიიღწევა კულტურის ცვლილებაზე ორიენტირებული ჩარევებით, რომელიც გამყარებულია P4P სქემითა და კლინიკური მხარდაჭერის ინსტრუმენტებით (Kondo et al., 2016).

გაერთიანებული სამეფოს QOF სქემებთან შედარებით, აშშ-ში მოქმედ P4P სქემებში ფინანსური წახალისების ოდენობა შედარებით უფრო ნაკლებია (Mendelson et al., 2017) და ზოგიერთი ექსპერტის აზრით ამან შესაძლოა გარკვეული წვლილი შეიტანა გაერთიანებულ სამეფოში მოქმედი სქემების უფრო მეტ წარმატებაში (Kondo et al., 2016). გაერთიანებულ სამეფოსა და აშშ-ში მოქმედ P4P სქემებს შორის არსებული განსხვავებები (მაგ. შესყიდვის სისტემები, შემსყიდვლებისა და პროვაიდერების კერძო თუ სახელმწიფო კუთვნილება, ფინანსური წახალისების ოდენობა) ხელს უშლის მკაცრი შედარებითი შეფასების ჩატარებას.

ჩვენს მიმოხილვას აქვს რიგი შეზღუდვებისა. მიმოხილვით სტატიებთან მიმართებით ჩვენი ძიება იყო ყოვლისმომცველი, თუმცა – ნაკლებად მეთოდური ინდივიდუალურ კვლევებთან მიმართებით, ვინაიდან ჩვენ ჩავრთეთ მხოლოდ საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში ჩატარებული პირველადი კვლევები (მხოლოდ ბოლო სისტემური მიმოხილვის შემდგომ პერიოდში ჩატარებული) და არ გავითვალისწინეთ მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნების შესაბამისი კვლევები. ჩვენ შესაძლოა გამოგვრჩა სტატიები, რომელთა სათაურები ან აბსტრაქტები პირდაპირ არ მოიხსენიებდა პირველად ჯანდაცვას, რაც ჩვენს მიმოხილვაში ჩართვის კრიტერიუმს წარმოადგენდა, თუმცა შესაძლოა განიხილავდა აღნიშნულ თემატიკას ტექსტის ძირითად ნაწილში. მიმოხილვით დოკუმენტებში პირველადი კვლევების მნიშვნელოვანი ურთიერთგადაფარვა აღინიშნება. ჩვენ არ გადაგვიმოწმებია პოტენციური უზუსტობები, რომელიც მიმოხილვითი სტატიების ავტორებს შესაძლოა დაეშვათ კვლევების წარმოდგენისას. ამ შეზღუდვის გათვალისწინებით, ჩვენ ვეცადეთ, ნარატიულ ნაწილში მოგვეხსენიებინა ადრინდელი და მოგვიანებით პერიოდში ჩატარებული მიმოხილვები, თუმცა არ განვასხვავეთ ისინი მათში წარმოდგენილი პირველადი კვლევების გამოქვეყნების პერიოდების მიხედვით. ჩვენ არ შევისწავლეთ კვლევების ხარისხი და არ ჩავატარეთ ჩაღრმავებული ანალიზი. დაბოლოს, ჩვენი მიმოხილვა გვერდს უვლის P4P-სთან დაკავშირებულ მოტივაციურ ფაქტორებსა და ხარჯთ-ეფექტურობის საკითხებს.

რა უნდა იყოს გათვალისწინებული P4P სქემის დიზაინისა და რეალიზაციის პროცესში

კვლევითი მონაცემების არაერთგვაროვნების გამო მკაცრი დასკვნების გამოტანა და რეკომენდაციების შემუშავება გართულებულია. მიუხედავად ამისა, იკვეთება რიგი კანონზომიერებებისა, რომელიც შესაძლოა დაეხმაროს ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმვაზე პასუხისმგებელ პირებს P4P პროგრამის დიზაინსა და რეალიზაციაში.

პროვაიდერთა დაინტერესებას გადამწყვეტი როლი აკისრია. სქემის შემუშავებასა და პროფესიულ ნორმებსა და ღირებულებებთან მისადაგებაში პროვაიდერთა ჩართულობა აუმჯობესებს სქემის მხარდაჭერას, რომლის ფარგლებშიც შესაძლებელი ხდება უფრო დიდი მასშტაბის ცვლილებების დემონსტრირება (Eijkenaar et al., 2013; Patel, 2018).

მტკიცებულებები აჩვენებს, რომ სქემებს, რომელიც კლინიკური თვალსაზრისით არის მნიშვნელოვანი, მოაქვს უკეთესი შედეგები, ვიდრე სქემებს, რომლებიც პროდუქტიულობასა და ეფექტიანობაზე არის ორიენტირებული (Kondo et al., 2016).

პრემიალური ანაზღაურების სტრუქტურა უნდა განიხილავდეს მის ოდენობას, გაცემის სიხშირესა და სამიზნეს. ამ მომენტისათვის ანაზღაურების ოპტიმალური სტრუქტურა (ოდენობა) ჯერ კიდევ გაურკვეველია (Gupta & Ayles, 2019). იგი უნდა იყოს საკმარისად მაღალი, რათა მოახდინოს ქცევის მოტივირება, თუმცა არ უნდა იყოს ძალზედ მაღალი, რათა არ გამოიწვიოს „გეიმინგის“ პრაქტიკის ჩამოყალიბება და არ დაზარალებს ხარჯთ-

ეფექტურობა (Kolozsvári et al., 2014). მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა ასევე არაფინანსური წახალისების მეთოდების გამოყენება, როგორცაა, მაგალითად, ხარისხის გაუმჯობესების გამო მადლიერების საჯაროდ გამოხატვა (Gillam, 2015).

წახალისების ზომები მხედველობაში უნდა იღებდეს კლინიკური პერსონალისა და გუნდის სხვა წევრების მიერ შეტანილ წვლილს. მტკიცებულებები ცხადყოფს, რომ გუნდის წევრებზე პრემიალური ანაზღაურების სამართლიანი გადანაწილება ზეგავლენას ახდენს მათ შორის კომუნიკაციაზე (Latham & Marshall, 2015). დროში გადავადებული წახალისების ზომები იწვევს სამედიცინო მუშაკების არასაკმარის მოტივაციას (Ogundeji et al., 2016). ვინაიდან წახალისების ზომების გამოყენების ოპტიმალური სიხშირის შესახებ მონაცემები არათანმიმდევრულია, მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული ქცევითი ეკონომიკის პრინციპები, რომელთა მიხედვითაც „აქტუალობის ფაქტორის“ გამო ადამიანები უფრო ძლიერად რეაგირებენ დაუყოვნებელ სარგებელზე და ნაკლები მნიშვნელობას ანიჭებენ დროში გადავადებულ სარგებელს (Emanuel et al., 2016).

წახალისების სისტემა უნდა იყოს საკმარისად მოქნილი, შეფასება უნდა მიმდინარეობდეს უწყვეტ რეჟიმში, ხოლო გამოყენებული ინდიკატორები უნდა ექვემდებარებოდეს კორექტირებას (Kondo et al., 2016). ინდიკატორთა საგულდაგულო განხილვას კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს, რათა მოხერხდეს ბალანსის დაცვა ხარისხის გასაზომად მათი *საკმარისი რაოდენობით* გამოყენებასა და ანგარიშგებითი ვალდებულებებით გადატვირთვის თავიდან აცილებას შორის. იმავდროულად, ჯერ კიდევ არ არის ცნობილი, თუ ინდიკატორთა რა რაოდენობაა საკმარისი. წამახალისებელი ანაზღაურების სტრუქტურის კომპლექსური ხასიათი და P4P სქემის არასაკმარისი გააზრება იწვევს დაბალი მოტივაციის ჩამოყალიბებას და, საბოლოოდ, ხარისხის გაუმჯობესების ხელშეწყობის კუთხით შესაძლო წარუმატებლობას (Markovitz & Ryan, 2017; Ogundeji et al., 2016).

P4P სქემის დაგეგმვისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული, რომ ეფექტურობის დაბალი საბაზისო მაჩვენებლების მქონე სამედიცინო დაწესებულებები, სავარაუდოდ, აჩვენებენ სხვებთან შედარებით უკეთეს შედეგებს, ხოლო ამბიციური ზღურბლოვანი ნიშნულების დაწესება არ უშლის ხელს ამ დაწესებულებებს იმუშაონ ეფექტურობის მაჩვენებელთა გაუმჯობესების მიმართულებით. მაშასადამე, P4P ორიენტირებული უნდა იყოს საქმიანობის მიმართულებებზე, რომელთა ეფექტურობა არადადამაკმაყოფილებელია და ნაკლებ პრიორიტეტს ანიჭებდეს საქმიანობის მიმართულებებს, რომელშიც ეფექტურობის მაღალი მაჩვენებლებია მიღწეული (Mendelson et al., 2017). კვლევები მოწმობს, რომ ეფექტურობის მაღალი მიღწეული დონის შენარჩუნება შესაძლებელია წახალისების ზომების შეწყვეტის შემდგომაც (Kondo et al., 2016).

სამედიცინო ცენტრის ზომასა და წახალისების პროგრამით მიღწეული ხარისხის გაუმჯობესებას შორის კავშირის თაობაზე თანმიმდევრული მონაცემები არ მოიპოვება. მართალია, მცირე ზომის სამედიცინო დაწესებულებებში ხარისხის გაუმჯობესება კვლავაც შესაძლებელია, თანმხლები ფაქტორები, მაგ. პერსონალის (განსაკუთრებით, ექთნების)

სიმცირე, შესაძლოა ასევე ახდენდეს გავლენას (Lin et al., 2016). აღნიშნულის საწინააღმდეგოდ, მსხვილ დაწესებულებებს შესაძლოა ჰქონდეთ უფრო მეტი პოტენციალი მუშაობის გაუმჯობესებისათვის. მაგალითად, ერთ-ერთი უახლესი სისტემური მიმოხილვა, რომელიც ფართო ჭრილში სწავლობდა რეალიზებული შედეგების მიხედვით ანაზღაურების მოდელებს, აჩვენებს, რომ ხარისხის დაბალი საწყისი მაჩვენებლების მქონე მსხვილი ზომის კერძო პროვაიდერები, როგორც წესი, აღწევენ გაუმჯობესების უკეთეს მაჩვენებლებს, ვიდრე სხვა პროვაიდერები (Vlaanderen et al., 2019).

მაღალი სარწმუნოების მონაცემებით დამტკიცებულია, რომ პაციენტთა მახასიათებლები, როგორცაა დაბალი შემოსავლები და (რასობრივი, ეთნიკური) უმცირესობებისადმი კუთვნილება, P4P სქემების უარეს შედეგებთან არის ასოცირებული (Markovitz & Ryan, 2017). ეს მიგნება გვაფიქრებინებს, რომ პაციენტებში, რომლებიც მიეკუთვნებიან მოსახლეობის მოწყვლად ჯგუფს და რომელთა სოციო-ეკონომიკური საჭიროებები განსხვავებულია, სასურველი შედეგების მისაღებად P4P სქემასთან ერთად აუცილებელია სოციალური ხასიათის ზომების განხორციელება.

პროგრამებს უნდა ჰქონდეთ კარგად აწყობილი ელექტრონული აღრიცხვისა და ანაზღაურების მოთხოვნის სისტემა ან P4P ეფექტების შეფასების მიზნით სპეციალურად შემუშავებული მონაცემთა სისტემა (Yuan et al., 2017). ანგარიშების *გადამოწმებას* არსებითი მნიშვნელობა აქვს შედეგებით მანიპულირების თავიდან აცილებისათვის. მენეჯერებისა და პროვაიდერების *პასუხისმგებლობას* და *მათთვის შეფასების მიცემას* გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მუშაობის ეფექტურობის გაუმჯობესების ხელშეწყობისათვის.

დასკვნა

P4P სქემები, სავარაუდოდ, ეფექტურია სამედიცინო სერვისების მოხმარების ზრდისა და სამედიცინო დახმარების პროცესის შედეგობრივ მაჩვენებლებზე ზეგავლენის თვალსაზრისით. მართალია, არსებობს პაციენტის დონეზე მიღებული შედეგების გაუმჯობესების წარმატებული მაგალითები, საერთო ჯამში, P4P-ს გრძელვადიანი ეფექტების შესახებ მონაცემები მწირია. მტკიცებულებათა არაერთგვაროვნება არ იძლევა საშუალებას, გაკეთდეს დასკვნა, რომ სამედიცინო პროვაიდერებზე ორიენტირებული ფინანსური წახალისების ზომები არის წარუმატებელი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისათვის. იმისთვის, რომ ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული P4P სქემების პოტენციალი სრულად იყოს ათვისებული, აუცილებელია მათი საგულდაგულოდ დაგეგმვა, განხორციელება და ზედმეტი შეფასება. თეორიული კონცეფციებითა და ემპირიული მტკიცებულებებით გამყარებული მნიშვნელოვანი წინაპირობების მხედველობაში მიღება ეხმარება P4P სქემებს სასურველი მიზნების მიღწევაში.

ბიბლიოგრაფია

- Akbari, A., Mayhew, A., Al-Alawi, M. A., Grimshaw, J., Winkens, R., Glidewell, E., Pritchard, C., Thomas, R., & Fraser, C. (2008). Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005471.pub2>
- Allen, T., Mason, T., & Whittaker, W. (2014). Impacts of pay for performance on the quality of primary care. *Risk Management and Healthcare Policy*, 7, 113–120.
<https://doi.org/10.2147/RMHP.S46423>
- Alonso, J. M., Clifton, J., & Díaz-Fuentes, D. (2015). Did New Public Management Matter? An empirical analysis of the outsourcing and decentralization effects on public sector size. *Public Management Review*, 17(5), 643–660. <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.822532>
- Alshamsan, R., Millett, C., Majeed, A., & Khunti, K. (2010). Has pay for performance improved the management of diabetes in the United Kingdom? *Primary Care Diabetes*, 4(2), 73–78.
<https://doi.org/10.1016/j.pcd.2010.02.003>
- Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., & Stuckler, D. (2012). Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *PLoS Medicine*, 9(6), e1001244. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001244>
- Berendes, S., Heywood, P., Oliver, S., & Garner, P. (2011). Quality of Private and Public Ambulatory Health Care in Low and Middle Income Countries: Systematic Review of Comparative Studies. *PLoS Medicine*, 8(4), e1000433. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000433>
- Boeckxstaens, P., Smedt, D. D., Maeseneer, J. D., Annemans, L., & Willems, S. (2011). The equity dimension in evaluations of the quality and outcomes framework: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 11, 209. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-209>
- Carter, R., Riverin, B., Levesque, J.-F., Gariépy, G., & Quesnel-Vallée, A. (2016). The impact of primary care reform on health system performance in Canada: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 16(1), 324. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1571-7>
- Cattel, D., & Eijkenaar, F. (2019). Value-Based Provider Payment Initiatives Combining Global Payments With Explicit Quality Incentives: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 1077558719856775. <https://doi.org/10.1177/1077558719856775>
- Cheng, S.-H., Lee, T.-T., & Chen, C.-C. (2012). A longitudinal examination of a pay-for-performance program for diabetes care: Evidence from a natural experiment. *Medical Care*, 50(2), 109–116.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31822d5d36>
- Chikovani, I., & Sulaberidze, L. (2017). *Primary health care systems (PRIMASYS): Case study from Georgia*. World Health Organization; Geneva.

- Conrad, D. A., Vaughn, M., Grembowski, D., & Marcus-Smith, M. (2016). Implementing Value-Based Payment Reform: A Conceptual Framework and Case Examples. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 73(4), 437–457. <https://doi.org/10.1177/1077558715615774>
- Cromwell, J., Trisolini, M., Pope, G., Mitchell, J., & Greenwald, L. (2011). *Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches* (1st ed.). RTI Press. <https://doi.org/10.3768/rtipress.2011.bk.0002.1103>
- Curatio International Foundation. (2018). *Results4TB project*. <http://results4tb.curatiofoundation.org>
- Das, A., Gopalan, S. S., & Chandramohan, D. (2016). 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*, 16, 321. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2982-4>
- Donabedian A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. (Vol. 1). Health Administration Press.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, 110(2–3), 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008>
- Emanuel, E. J., Ubel, P. A., Kessler, J. B., Meyer, G., Muller, R. W., Navathe, A. S., Patel, P., Pearl, R., Rosenthal, M. B., Sacks, L., Sen, A. P., Sherman, P., & Volpp, K. G. (2016). Using Behavioral Economics to Design Physician Incentives That Deliver High-Value Care. *Annals of Internal Medicine*, 164(2), 114. <https://doi.org/10.7326/M15-1330>
- Fairbrother, G., Siegel, M., & Friedman, S. (2001). Impact of financial incentives on documented immunization rates in the inner city: Results of a randomized controlled trial. *Ambul Pediatr*, 1(4), 206–212. [https://doi.org/10.1367/1539-4409\(2001\)001<0206:IOFIOD>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1367/1539-4409(2001)001<0206:IOFIOD>2.0.CO;2)
- Forbes, L. J., Marchand, C., Doran, T., & Peckham, S. (2017). The role of the Quality and Outcomes Framework in the care of long-term conditions: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 67(664), e775–e784. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X693077>
- Gemmill, M. (2007). Pay-for-Performance in the US: What lessons for Europe? *Eurohealth*, 13(4), 21–3.
- Gertler, P., Giovagnoli, P., & Martinez, S. (2014). *Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life. Evidence from Argentina's Plan Nacer*. World Bank.
- Gillam, S. (2015). Financial incentive schemes in primary care. *Journal of Healthcare Leadership*, 7, 75–80. <https://doi.org/10.2147/JHL.S64365>
- Gillam, S. J., Siriwardena, A. N., & Steel, N. (2012). Pay-for-performance in the United Kingdom: Impact of the quality and outcomes framework: a systematic review. *Annals of Family Medicine*, 10(5), 461–468. <https://doi.org/10.1370/afm.1377>
- Gleeson, S., Kelleher, K., & Gardner, W. (2016). Evaluating a Pay-for-Performance Program for Medicaid Children in an Accountable Care Organization. *JAMA Pediatrics*, 170(3), 259. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.3809>

- Gupta, N., & Ayles, H. M. (2019). Effects of pay-for-performance for primary care physicians on diabetes outcomes in single-payer health systems: A systematic review. *The European Journal of Health Economics*, 20(9), 1303–1315. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01097-4>
- Himmelstein, D. U., Ariely, D., & Woolhandler, S. (2014). Pay-for-Performance: Toxic to Quality? Insights from Behavioral Economics. *International Journal of Health Services*, 44(2), 203–214. <https://doi.org/10.2190/HS.44.2.a>
- Houle, S. K. D., McAlister, F. A., Jackevicius, C. A., Chuck, A. W., & Tsuyuki, R. T. (2012). Does performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care?: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 157(12), 889–899. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-12-201212180-00009>
- Hsieh, H.-M., Chiu, H.-C., Lin, Y.-T., & Shin, S.-J. (2017). A diabetes pay-for-performance program and the competing causes of death among cancer survivors with type 2 diabetes in Taiwan. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 512–520. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx057>
- Hsieh, H.-M., He, J.-S., Shin, S.-J., Chiu, H.-C., & Lee, C. T.-C. (2017). A Diabetes Pay-for-Performance Program and Risks of Cancer Incidence and Death in Patients With Type 2 Diabetes in Taiwan. *Preventing Chronic Disease*, 14, 170012. <https://doi.org/10.5888/pcd14.170012>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press.
- Kandpal, E. (2016). *Completed Impact Evaluations and Emerging Lessons from Health Results Innovation Trust Fund Learning Portfolio*. World Bank.
- Khim, K., Jayasuriya, R., & Annear, P. L. (2018). Administrative reform and pay-for-performance methods of primary health service delivery: A comparison of 3 health districts in Cambodia, 2006-2012. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(2), e569–e585. <https://doi.org/10.1002/hpm.2503>
- Kolozsvári, L. R., Orozco-Beltran, D., & Rurik, I. (2014). Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. *Atencion Primaria*, 46(5), 261–266. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.014>
- Kondo, K. K., Damberg, C. L., Mendelson, A., Motu'apuaka, M., Freeman, M., O'Neil, M., Relevo, R., Low, A., & Kansagara, D. (2016). Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 31 Suppl 1, 61–69. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3567-0>
- Korda, H., & Eldridge, G. N. (2011). Payment incentives and integrated care delivery: Levers for health system reform and cost containment. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 48(4), 277–287. https://doi.org/10.5034/inquiryjrnl_48.04.01
- Langdown, C., & Peckham, S. (2014). The use of financial incentives to help improve health outcomes: Is the quality and outcomes framework fit for purpose? A systematic review.

- Journal of Public Health (Oxford, England)*, 36(2), 251–258.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt077>
- Latham, L. P., & Marshall, E. G. (2015). Performance-based financial incentives for diabetes care: An effective strategy? *Canadian Journal of Diabetes*, 39(1), 83–87.
<https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2014.06.002>
- Lin, Y., Yin, S., Huang, J., & Du, L. (2016). Impact of pay for performance on behavior of primary care physicians and patient outcomes. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 9(1), 8–23.
<https://doi.org/10.1111/jebm.12185>
- Mabuchi, S., Sesan, T., & Bennett, S. C. (2018). Pathways to high and low performance: Factors differentiating primary care facilities under performance-based financing in Nigeria. *Health Policy and Planning*, 33(1), 41–58. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx146>
- Markovitz, A. A., & Ryan, A. M. (2017). Pay-for-Performance: Disappointing Results or Masked Heterogeneity? *Medical Care Research and Review*, 74(1), 3–78.
<https://doi.org/10.1177/1077558715619282>
- Mauro, M., Rotundo, G., & Giancotti, M. (2019). Effect of financial incentives on breast, cervical and colorectal cancer screening delivery rates: Results from a systematic literature review. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 123(12), 1210–1220.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.09.012>
- Mayo-Bruinsma, Liesha. (2013). Family-centred care delivery Comparing models of primary care service delivery in Ontario. *Can Fam Physician*, 59(11), 1202–1210.
- McPake, B., & Hanson, K. (2016). Managing the public–private mix to achieve universal health coverage. *The Lancet*, 388(10044), 622–630. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00344-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00344-5)
- Mendelson, A., Kondo, K., Damberg, C., Low, A., Motuapuaka, M., Freeman, M., O’Neil, M., Relevo, R., & Kansagara, D. (2017). The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care. *Annals of Internal Medicine*, 166(5), 341–353.
<https://doi.org/10.7326/M16-1881>
- Morgan, R., Ensor, T., & Waters, H. (2016). Performance of private sector health care: Implications for universal health coverage. *The Lancet*, 388(10044), 606–612.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00343-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00343-3)
- Musgrove P. (2011). *Financial and Other Rewards for Good Performance or Results: A Guided Tour of Concepts and Terms and a Short Glossary*. Washington, D. C.: World Bank.
https://www.rbfhealth.org/sites/rbf/files/RBFglossarylongrevised_0.pdf
- NCDC. (2019). *Health Care. Statistical Yearbook. 2018 Georgia*. National Center for Disease Control and Public Health. <https://www.ncdc.ge/Pages/User/News.aspx?ID=bec659c0-56a2-4190-9c0c-e47a63bcca4f>
- NHS. (2019). *Report of the Review of the Quality and Outcomes Framework in England*.
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/07/05-a-i-pb-04-07-2018-qof-report.pdf>

- Odutolu, O., Ihebuzor, N., Tilley-Gyado, R., Martufi, V., Ajuluchukwu, M., Olubajo, O., Banigbe, B., Fadeyibi, O., Abdullhai, R., & Muhammad, A. J. G. (2016). Putting Institutions at the Center of Primary Health Care Reforms: Experience from Implementation in Three States in Nigeria. *Health Systems and Reform*, 2(4), 290–301. <https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1234863>
- Ogundeji, Y. K., Jackson, C., Sheldon, T., Olubajo, O., & Ihebuzor, N. (2016). Pay for performance in Nigeria: The influence of context and implementation on results. *Health Policy and Planning*, 31(8), 955–963. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw016>
- Pan, Chien-Chou, Kung, Pei-Tseng, & Chiu, Li-Ting. (2017). Patients With Diabetes in Pay-For-Performance Programs Have Better Physician Continuity of Care and Survival. *Am J Manag Care*, 23(2), e57-e66.
- Patel, S. (2018). Structural, institutional and organizational factors associated with successful pay for performance programmes in improving quality of maternal and child health care in low and middle income countries: A systematic literature review. *Journal of Global Health*, 8(2), 021001. <https://doi.org/10.7189/jogh.08.021001>
- Paul, E., & Renmans, D. (2018). Performance-based financing in the health sector in low- and middle-income countries: Is there anything whereof it may be said, see, this is new? *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), 51–66. <https://doi.org/10.1002/hpm.2409>
- Peckham, S., & Wallace, A. (2010). Pay for performance schemes in primary care: What have we learnt? *Quality in Primary Care*, 18(2), 111–116.
- Petrosyan, V., Melkom Melkopian, D., Zoidze, A., & Shroff, Z. C. (2017). National Scale-Up of Results-Based Financing in Primary Health Care: The Case of Armenia. *Health Systems and Reform*, 3(2), 117–128. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1291394>
- Pullicino, G., Sciortino, P., Calleja, N., Schafer, W., Boerma, W., & Groenewegen, P. (2015). Comparison of patients' experiences in public and private primary care clinics in Malta. *The European Journal of Public Health*, 25(3), 399–401. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku188>
- Renmans, D., Holvoet, N., Orach, C. G., & Criel, B. (2016). Opening the 'black box' of performance-based financing in low- and lower middle-income countries: A review of the literature. *Health Policy and Planning*, 31(9), 1297–1309. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw045>
- Roland, M., & Guthrie, B. (2016). Quality and Outcomes Framework: What have we learnt?: *BMJ*, i4060. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4060>
- Rubinstein, A., Rubinstein, F., Botargues, M., Barani, M., & Kopitowski, K. (2009). A multimodal strategy based on pay-per-performance to improve quality of care of family practitioners in Argentina. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 32(2), 103–114. <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e31819940f7>
- Saddi, F. C., & Peckham, S. (2018). Brazilian Payment for Performance (PMAQ) Seen From a Global Health and Public Policy Perspective: What Does It Mean for Research and Policy? *The Journal of Ambulatory Care Management*, 41(1), 25–33. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000220>

- Scott, A., Liu, M., & Yong, J. (2016). Financial Incentives to Encourage Value-Based Health Care: *Medical Care Research and Review*. <https://doi.org/10.1177/1077558716676594>
- Scott, A., Sivey, P., Ait Ouakrim, D., Willenberg, L., Naccarella, L., Furler, J., & Young, D. (2011). The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008451.pub2>
- So, J. P. P., & Wright, J. G. (2012). The use of three strategies to improve quality of care at a national level. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 470(4), 1006–1016. <https://doi.org/10.1007/s11999-011-2083-8>
- Soranz, D., & Pisco, L. A. C. (2017). Primary Health Care Reform in the cities of Lisbon and Rio de Janeiro: Context, strategies, results, learning and challenges. *Ciencia & Saude Coletiva*, 22(3), 679–686. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33722016>
- Sung, N. J., Suh, S.-Y., Lee, D. W., Ahn, H.-Y., Choi, Y.-J., Lee, J. H., & for the Korean Primary Care Research Group. (2010). Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6), 493–499. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq053>
- Tao, W., Agerholm, J., & Burström, B. (2016). The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 16(1), 542. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1805-8>
- Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. B., & Sermeus, W. (2010). Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research*, 10, 247. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-247>
- Vlaanderen, F. P., Tanke, M. A., Bloem, B. R., Faber, M. J., Eijkenaar, F., Schut, F. T., & Jeurissen, P. P. T. (2019). Design and effects of outcome-based payment models in healthcare: A systematic review. *The European Journal of Health Economics*, 20(2), 217–232. <https://doi.org/10.1007/s10198-018-0989-8>
- Wadge, H., Roy, R., Sripathy, A., Fontana, G., Marti, J., & Darzi, A. (2017). How to harness the private sector for universal health coverage. *The Lancet*, 390(10090), e19–e20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31718-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31718-X)
- Wekesah, F. M., Mbada, C. E., Muula, A. S., Kabiru, C. W., Muthuri, S. K., & Izugbara, C. O. (2016). Effective non-drug interventions for improving outcomes and quality of maternal health care in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Systematic Reviews*, 5(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0305-6>
- WHO. (2010). *Strengthening the capacity of governments to constructively engage the private sector in providing essential health-care services* (Provisional Agenda Item A63/25). World Health Organization. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_25-en.pdf
- WHO. (2015). *Building primary care in a changing Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/277940/Building-primary-care-changing-Europe-case-studies.pdf

- WHO. (2018a). *Handbook for national quality policy and strategy – A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2018b). *Private sector engagement for advancing universal health coverage. Regional Committee for the Eastern Mediterranean Sixty-fifth session*. WHO.
https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2018_8_20546_EN.pdf
- WHO. (2018c). *The private sector, universal health coverage and primary health care*. World Health Organization. file:///Users/macbook/Downloads/WHO-HIS-SDS-2018.53-eng.pdf
- WHO Regional Office for Europe. (2018). *Quality of primary health care in Georgia*. Division of Health Systems and Public Health.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/373737/geo-qocphc-eng.pdf
- WHO Regional Office for Europe. (2019). *Can people afford to pay for health care?*
- WHO Regional Office for Europe. (2020). *Health for All Database*. WHO.
<https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>
- Witter, S., Fretheim, A., Kessy, F. L., & Lindahl, A. K. (2012). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007899.pub2>
- Wiysonge, C. S., Paulsen, E., Lewin, S., Ciapponi, A., Herrera, C. A., Opiyo, N., Pantoja, T., Rada, G., & Oxman, A. D. (2017). Financial arrangements for health systems in low-income countries: An overview of systematic reviews. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *9*, CD011084. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011084.pub2>
- Wong, S. Y., Kung, K., Griffiths, S. M., Carthy, T., Wong, M. C., Lo, S. V., Chung, V. C., Goggins, W. B., & Starfield, B. (2010). Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health*, *10*(1), 397. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-397>
- Yu, H.-C., Tsai, W.-C., & Kung, P.-T. (2014). Does the pay-for-performance programme reduce the emergency department visits for hypoglycaemia in type 2 diabetic patients? *Health Policy and Planning*, *29*(6), 732–741. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt056>
- Yuan, B., He, L., Meng, Q., & Jia, L. (2017). Payment methods for outpatient care facilities. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*, CD011153.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011153.pub2>

დანართები

დანართი 1. მიმოხილვაში გამოყენებული კვლევების ზოგადი მახასიათებლები

Reference	Last Search	# of studies	AMSTAR Rating	Income Level	Countries	Public/ Private	PHC areas
Allen et al. (2014)	NA	Not Given	-	High	GBR, USA, DEU	Public	General
Alshamsan et al. (2010)	2009	Unclear		High	GBR	Unclear	NCD
Boeckstaens et al. (2011)	2009	27	-	High	GBR	Unclear	General
Carter et al. (2017)	2015	14	-	High	CAN	Unclear	General
Cattel et al. (2019)	2017	111		High	USA, DEU, ESP, NLD	Both	General
Christianson et al. (2009)	2007	7	3/9	High	AUS, FRA, ISR, NOR, ESP, SWE, GBR, USA,global	Unclear	General
Conrad et al. (2015).	NA	NA	-	High	USA	private	General
Das et al. (2016)	2014	8	7/10	Low Lower-middle	BDI, COD, EGY, PHL, RWA	Both	MCH
Eijkenaar et al. (2013)	2011	22	-	High Upper-Middle Low	USA, GBR, ARG, other	Unclear	General
Forbes et al. (2017).	2016	8	-	High	GBR	Unclear	General
Gertler et al. (2014)	NA	NA	-	Upper-middle	ARG	Unclear	MCH
Gillam et al. (2012)	2011	95	-	High	GBR	Unclear	General
Gillam et al. (2015)	2014	7	-	High	GBR	Unclear	General
Gupta et al. (2019)	2018	10	-	High	AUS, CAN, ITA, SWE, TWN, GBR	Unclear	Diabetes
Houle et al. (2012)	2012	30	9/10	High	CAN, DEU, GBR, USA	Unclear	NCD Diabetes
Kandpal (2016)	NA	7	-	Low Upper-middle	ARG, CMR, COD, AFG, RWA, ZMB, ZWE	Unclear	MCH
Khim et al. (2018)	NA	NA	-	Lower-middle	KHM	Public	General
Kolozsvári et al (2014).	NA	57	-	Upper-middle High	European Union	Unclear	General

Kondo et al. (2016)	2014	41	6/10	High	AUS, CAN FRA,ITA, KOR, NLD, TWN, GBR, USA	Unclear	General
Korda et al. (2011)	2011		-	High	USA	Both	General
Langdown et al. (2014)	2012	11	6/10	High	GBR	Unclear	General
Latham et al. (2015)	NA	NA	-	High	GBR, AUS, TWN, CAN	Unclear	NCD (Diabetes)
Lin et al. (2016)	2013	44	6/10	Upper-middle High	ARG, FRA, IRL, NDL, TWN, GBR, USA	Unclear	General
Mabuchi et al. (2018)	NA	NA	-	Lower-middle	NGA	Public	MCH
Markovitz and Ryan (2019)	2015	58	-	High	USA, UK, CAN	Both	General
Mauro et al. (2019)	2018	18	-	High	USA, TWN, NLD; AUS, CAN, FRA	Unclear	Screening
Mendelson et al. (2017)	2016	69	8/10	High	AUS, CAN FRA,ITA, KOR, NLD, TWN, UK (GBR), USA	Unclear	General
Odutolu et al. (2016)	NA	NA	-	Lower-middle	NGA	Both	MCH
Ogundeji et al. (2016)	NA	NA	-	Lower-middle	NGA	Unclear	MCH
Patel et al. (2018)	2017	13	5/9	Low Lower-middle Upper-middle	AFG, ARG, BGD, BDI, KHM, CMR, COD,EGY, PHL, RWA, ZMB, ZWE	Both	MCH
Paul, E., & Renmans, D. (2018)	NA	NA	-	Low Lower-middle	BEN, BDI, CMR, KHM , COD, RWA,TZA, UGA	Unclear	General
Peckham et al. (2010)	NA	2	-	High	GBR	Unclear	General
Petrosyan et al. (2017)	NA	NA	-	Upper-middle	ARM	Both	MCH NCD
Renmans et al. (2016)	2016	35	-	Low Lower-middle	BEN, BDI, CMR, KHM , COD,	Both	General

						RWA, TZA, UGA		
Saddi, F. C., & Peckham, S. (2018).	NA	NA	-	Upper-middle	BRA	Unclear	General	
Scott et al. (2011) [ref]	2009	6	10/10	High	USA, GBR, DEU	Both	General	
Scott et al. (2018)	2015	80	-	Low Upper-middle High	USA, GBR, CHN, CAN, ITA, AUS, FRA, PHL, RWA	Unclear	General	
So & Wright (2012)	2010	20	1/10	High	CAN	Unclear	General	
Soranz & Pisco (2017)	NA	NA	-	Upper-middle High	BRA, PRT	Unclear	General	
Soranz et al. (2017)	NA	NA	-	Upper-middle	BRA	Unclear	General	
Tao et al. (2016)	2013	27	6/9	High	CAN, GBR, USA	Unclear	NCD, Preventive care	
Van Herck et al. (2010)	2009	128	7/10	Upper-middle High	USA, GBR, AUS, DEU, ARG, ITA	Unclear	General	
Wekesah et al. (2016)	2015	73	6/10	Low Lower-middle	AGO, BFA, BEN, BDI, CIV, ETH, GHA, KEN, MWI, MLI, MOZ, NGA, RWA, SEN, SOM, ZAF, TZA, UGA, ZMB	Unclear	MCH	
Wiysonge et al. (2017).	2016	15	-	High	USA, CAN, AUS, ARE(UAE), TWN, Western Europe	Unclear	General	
Yuan et al. (2017)	2016	21	10/10	High Upper-Middle	AFG, BDI, COD, CHN, RWA, TZA, GBR, USA	Unclear	General	

დანართი 2. მიმოხილვაში გამოყენებული კვლევების ძირითადი მიგნებები

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
Allen et al., 2014	<p>A systematic review of the evidence base for the effects of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians found seven relevant studies. Six of these seven studies showed modest and inconsistent positive effects on quality of care for some primary outcome measures, and one found no effect whatsoever. The systematic review noted that study design led to substantial risk of bias for the majority of these studies (particularly self-selection into schemes by physicians).</p> <p>UK - Quality and Outcome Frameworks (QOF). Performance increased in incentivized areas of quality following the introduction of the QOF, but this appears to have been largely due to a step-increase in quality immediately after the QOF introduction, as performance increases were not found in later years of the QOF.</p> <p>Data from the first year of the QOF showed that practices in less deprived areas delivered a higher quality of care. Practices with lower QOF performance have a greater chance to improve on quality than practices with already high performance. By the third year of the QOF, the performance gap between the most and least deprived had disappeared.</p>	<p>Analyzing a period of time from 2000 to 2006, rates of recording were found to have increased for all the various groups of patients used, suggesting positive spillover effects on quality. The effect sizes did differ, however, and was largest for incentivized indicators for patients with targeted diseases. Increases in recording rates for risk factors that were not incentivized</p>	<p>More positive effects were also found for schemes that adopted absolute and not relative targets, potentially suggesting that “room for improvement” and benchmarking should be an important consideration for the design of P4P schemes. a higher degree of provider engagement and the collaborative design of schemes was found to correlate with better results.</p>
Alshamsan et al., 2010	<p>QOFs has been associated with improvements in the management of diabetes in primary care (for the quality indicators included in the QOF, particularly, in the process aspect of quality). However, these improvements do not appear to have been uniform across all patients’ groups.</p> <p>Not all groups appear to have benefited equally from this policy, including women and people from certain ethnic minority groups, and many people with diabetes are still not meeting established treatment targets.</p>	<p>Not all groups appear to have benefited equally from this policy, including women and people from certain ethnic minority groups, and many people with diabetes are still not meeting established treatment targets.</p> <p>The impact of exception reporting on diabetes management is not clear, however findings from 312 primary care practices in Scotland shows that older patients with stroke and patients with co-</p>	<p>Longer term evaluation and monitoring of QOF is needed to gain a more complete assessment of its impacts.</p> <p>An increase in the threshold for achievement of existing targets may have been more appropriate, as it may lead to greater overall net benefits to patients.</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
		<p>morbidity were more likely to be exception reported.</p>	<p>Impact of exception reporting on diabetes management requires further and ongoing evaluation.</p> <p>Improvements in providing patients with continued, personal and coordinated care, elements that may need to be reflected in QOF in the future.</p>
<p>Boeckxstaens et al., 2011</p>	<p>Equal access to care for all patients is an essential prerequisite to equal health care. However, none of the selected publications compares the profile of users versus non-users of care, making it impossible to assess the impact of QOF on access to care. This is probably influenced by the context of the UK's health system where access to primary care services is almost universal because only a very small minority of patients is not registered. Despite the universality of the system, some specific population groups still find it difficult to register with a GP. For instance, homeless people often do not know that they have to register or are scared off by the complexity of the registration procedure.</p> <p>Financially-driven quality improvement systems using purely biomedical indicators may lead to the loss of important aspects of health care quality such as trust and high-quality empathic communication. It has been suggested that QOF might have changed the nature of the practitioner-patient consultation with, for instance, a decline in personal/relational continuity of care between doctors and patients.</p> <p>We can state that the introduction of QOF has benefited the aged and males. Regarding ethnicity and deprivation, it is almost impossible to draw general conclusions. At the level of total QOF score, ethnicity appeared to be of no influence. For deprivation, small but significant residual differences were observed after the introduction of QOF favoring less deprived groups. However, after correcting for practice characteristics, the influence of deprivation was no longer observed, indicating that the small but existing differences between socio-economic groups are mainly due to differences at the practice level. Practices in affluent areas are possibly better trained and better surrounded.</p>	<p>QOF type drivers may influence the nature of the doctor patient interaction shifting the focus to disease-oriented care especially when mainly disease oriented economic incentives are included in the care process, hereby possibly counteracting patient centered and comprehensive care.</p> <p>It has been suggested that QOF might have changed the nature of the practitioner-patient consultation with, for instance, a decline in personal/relational continuity of care between doctors and patients.</p>	

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>According to the inverse equity hypothesis formulated in 2000 affluent groups in society preferentially benefit from new interventions, leading to an initial increase in inequality. Deprived groups only begin to benefit once affluent groups have extracted maximum benefit. Health inequalities ultimately diminish because deprived groups start with a lower baseline level of health and health care uptake and have higher potential gains.</p>		
Carter et al., 2016	<p>Small and sometimes non-significant improvements in processes of care as measured by the delivery of screening and prevention services and chronic disease management.</p>		<p>Incentive payments should be carefully designed with the overarching payment model in mind.</p>
Cattel et al., 2019	<p>The results from AQC initiatives: Significant, positive effect on pediatric preventive care quality measures tied to P4P (+1.8% for Children with special needs (CSHCN) and +1.2% for non-CSHCN; $p < .001$). No significant changes for measures not tied to P4P.</p> <p>Significant improvements of some measures (e.g., 3.1% for low-density lipoprotein cholesterol testing [$p < .001$] and 2.5% for cardiovascular disease [$p < .001$]), but no differential change for others.</p> <p>After 1 year: Improved quality for chronic conditions in adults ($p < .001$) and pediatric care ($p = .001$) but not for adult preventive care.</p> <p>After 2 years: Improvements in measures for chronic care management (+3.7%; $p < .001$), adult preventive care (+0.3%; $p = .008$), and pediatric care (+0.3%; $p < .001$).</p> <p>Over 4 years period: Measures of chronic disease management increased by 3.9%, and unadjusted performance in adult preventive care and pediatric care increased by 2.7% and 2.4% (p values are unavailable) compared to the healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) national average. The five outcome measures for patients with diabetes, patients with coronary artery disease, and patients with hypertension improved compared to the national and regional HEDIS scores (size of the effect and p values unavailable).</p> <p>Process measures improved +1.2% per year more among individuals living in areas with lower versus higher socioeconomic status ($p < .001$). No significant differences in outcome measures.</p>		<p>Consistent with the recommendation by Roland and Campbell (2014) that P4P needs to be combined with other improvement strategies to produce sustained improvements, implementing VBP while disregarding other relevant factors is unlikely to materially affect value.</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>Significant improvements in 8 of the 14 HEDIS measures for preventive care, chronic care, and acute care primary care services for the group of Nationwide Children Hospital physicians compared to incentivized physicians (“traditional” P4P). ORs favored the intervention group mainly in the immunization measures (range of OR of 0.34 with CI of [0.31, 0.37] for hepatitis vaccine to 0.86 with CI of [0.78, 0.95] for meningococcal vaccine).</p>		
Christianson et al., 2009	<p>The findings from studies on the effect of payer initiatives that reward providers for quality improvements or the attainment of quality benchmarks are mixed. Relatively few significant impacts are reported, and it is often the case that payer programs include quality improvement components in addition to incentive payments, making it difficult to assess the independent effect of the financial incentives.</p> <p>Very little research has been done on the impact of direct payments to hospitals to improve quality. The published research to date in this area is too limited to draw conclusions with confidence.</p> <p>Though relatively more attention has been paid to preventive services, there is limited evidence that targeted interventions employing financial incentives to improve the delivery of preventive services are effective. The few studies in this area with strong research designs find small, if any, effects of payments to providers that are intended to improve quality.</p> <p>The accumulated body of research described in this chapter is not yet sufficient to assess the relative significance of identified barriers to the effective design and implementation of P4P initiatives.</p>		<p>There are large P4P programs underway in the US and the UK with more evaluations likely to appear in the peer-reviewed literature in the near future. Because of the variation in the way these programs have been designed and implemented, synthesizing their findings to provide useful guidance for decision-makers will be challenging. It will be especially important to have comprehensive reporting of results in future studies (not limiting results to a subset of quality measures rewarded by payers), accompanied by complete descriptions of study context and possible confounding factors. In the meantime, policy-makers can support, and learn from, process evaluations of ongoing P4P efforts with particular attention to accurate documentation of costs as well as continued tracking of outcomes.</p>
Conrad et al. 2015	N/A		<p>Facilitating factors: Several factors are facilitating POP: the history of collaboration and innovation in Oregon and particularly in Salem; leadership of Physicians Choice Foundation, Performance Health Technology, and WVP Health</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
			<p>Authority; the legislation's support of CCOs and its mandate to pay providers based on quality and reduction in cost growth; the contributions of local physicians and other providers to the program; and the substantial financial investments in developing the POP software and Performance Health Technology's systems for collecting claims data.</p> <p>Barriers: Competing priorities created with the Oregon legislature's and the federal government's authorization of CCOs, and other local health care reforms; turnover of a POP leader who was instrumental in building and maintaining cohesive relations between the independent practice association and the local medical society; inability of all providers to submit claims electronically; and POP's complexity and consequent difficulty in explaining the program to medical practices.</p>
Das et. al 2016	P4P improved physicians' knowledge to manage under-five diarrhea and pneumonia (coefficient 1.6; $p < 0.001$). There was a small improvement in patient reported health measure for under-five (coefficient 7.37; $p = 0.001$).		
Forbes et al. 2017	QOF may be associated with a modest reduction in emergency admission rates in long-term conditions, a modest increase in consultation rates in severe mental illness, and modest improvements in certain limited aspects of the care of diabetes.		In the context of a demoralized primary care workforce, it is important also to consider ways other than financial incentives to motivate primary care teams to deliver high-quality care.

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>No clear evidence that these changes have led to any effect on mortality. Because of the design of the studies, it is not possible to be sure that any of the positive effects seen are causally related to the QOF.</p> <p>Trend of increasing emergency hospital admission rates (which increased overall by 34% between 2004 and 2010) was modestly lower for conditions incentivized in the QOF compared with conditions that were not incentivised in the QOF, by 3% in the first year rising to 8% in 2010. The difference was mainly driven by relative reductions in emergency admission rates for coronary heart disease.</p> <p>No evidence to suggest that the QOF influences, positively or negatively, other aspects of care, such as integration or coordination of care, holistic or personalized care, or self-care, nor any evidence of its effects on patients' quality of life, experience, or satisfaction.</p>		
Gertler et al., 2014	<p>The results show a significant increase in the number of prenatal care visits and the quality of prenatal care measured by an increase in the share of mothers who receive the tetanus toxoid vaccine and a reduction in the number of births delivered by caesarian. Improved prenatal care appears to be translated into improved birth outcomes as we observe a significant increase in average birth weight and a reduction of the share of low birth weight babies.</p> <p>Plan Nacer (Brazilian P4P scheme) can reduce neonatal mortality both by preventing low birth-weight and by increasing survivorship of risky low-birth-weight babies.</p>	There does seem to be some evidence of negative spillovers in birthweight or in quality of prenatal care (i.e tetanus and cesarean section). However, we do find negative and statistically significant spillover effect for the number of prenatal care visits.	
Gillam et al., 2011	The QOF has helped consolidate evidence-based methods for improving care by increasing the use of computers, decision support, clinician prompts, patient reminders, and recalls. It has resulted in better recorded care, enhanced processes, and improved intermediate outcomes for most conditions, notably diabetes. These improvements decreased after the first year of the QOF, however, and subsequent increases have followed secular trends.		<p>Policy makers draw must, of course, take account of the different historical and organizational contexts in which their health system operates.</p> <p>Some indicators for which performance has reached a ceiling may need to be retired, although performance may not be maintained,</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>Performance improvements for those conditions that were not included in the QOF were significantly lower than for incentivized indicators, and these differences increased over time.</p> <p>Efficiency. There is limited evidence that increasing the quality of ambulatory care may reduce admission rates and hence costs for some conditions.</p> <p>Equity. inequalities in processes of care comparing the most and least deprived areas have narrowed. The QOF has encouraged greater consistency of care irrespective of deprivation, but the practitioners' option to exclude (exception report) hard-to-reach patients from the population used to determine payment may limit its impact on health inequalities.</p> <p>Conflicting findings, but some consistent themes have emerged. It has been associated with an increased rate of improvement of quality of care during the first year of implementation, returning to preintervention rates of improvement in subsequent years. There have been modest reductions in mortality and hospital admissions in some areas, and where they have been assessed, these modest improvements appear cost-effective. The QOF has led to narrowing of differences in performance in deprived areas compared with areas not deprived. It has strengthened team working.</p> <p>The effect of the QOF in unincentivized areas has been disappointing.</p> <p>The costs of administering the scheme are substantial, and some staff are concerned that primary care has become more biomedical in focus and less patient centered.</p> <p>The QOF has strengthened team working and promoted a diversity of new roles, especially for nurses. Indeed, the QOF may have diminished the workload of general practitioners, enabled them to concentrate on more complex care. The QOF has been described as scientific bureaucratic medicine, where indicators and guidelines are perceived as threatening professionalism in various ways.</p> <p>The fear expressed by some that adherence to single disease-based guidelines might override respect for patient autonomy, lead clinicians to ignore comorbidities, promote a mechanistic approach to chronic disease management, or reduce clinical practice to a series of dichotomized decisions</p>		<p>and new indicators should be introduced after piloting.</p> <p>Consideration should be given to improving different dimensions of quality, including user experience and equity.</p> <p>Costs should be monitored and balanced against benefits.</p> <p>Wherever possible, schemes should be designed in collaboration with health service researchers to evaluate the benefits of minor differences in system design.</p> <p>Payment for performance is still an imperfect approach to improving primary care, and should be considered as only one option alongside alternative quality improvement methods.</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	at the expense of personal aspects of care, has not been borne out by the research to date.		
Gillam et al., 2015	<p>Evidence for the effectiveness of financial incentives is inconsistent. A recent Cochrane review of seven studies in primary care found that financial incentives were effective for some outcomes in some settings but concluded that there was “insufficient evidence to support or not support the use of financial incentives to improve the quality of primary health care”. Similarly, previous systematic reviews have concluded that P4P contracts do affect physician behavior and increase the range of primary care services provided but that their impact is often limited.</p> <p>The modest effects of financial incentives tend to be measured in terms of improvements in the processes of chronic disease management.</p> <p>Review of the QOF (UK) found that quality of care for incentivized conditions during the 1st year of the framework improved at a faster rate than the preintervention trend but subsequently returned to prior rates of improvement.</p> <p>One study in the UK found that an externally imposed system of incentives did not appear to damage the internal motivation of GPs. The authors attributed this to the fact that the indicators within the QOF aligned with what GPs themselves considered good clinical care objectives.</p> <p>Another study found that GPs felt that, while professional autonomy had decreased and workload increased, they were paid more and their job satisfaction levels had increased under the QOF. Nurses also report that their specialist skills have been enhanced.</p> <p>There is some evidence that P4P can reduce health inequalities resulting from socioeconomic disadvantage: the gap in median achievement comparing practices from the most deprived and least deprived quintiles in the UK narrowed from 4.0% to 0.8% between 2004 and 2007. On the other hand, achievements incentivized under the QOF have not reduced premature death in the population and inequalities have persisted.</p> <p>There is some evidence that P4P can reduce health inequalities resulting from socioeconomic disadvantage: the gap in median achievement comparing practices from the most deprived and least deprived quintiles in the UK</p>		<p>The actual effect of financial incentives appears to depend on factors such as the age and sex of physicians, previous experience of financial incentives, the uptake of continuing professional education, the payment method, the type and severity of the conditions targeted through incentives, the volume of activity, and the location and type of organization.</p> <p>Research conducted in the USA found that the size and structure of incentives do seem to be important in promoting effective physician activity. Incentives have to be large enough to influence behavior and designed in such a way that they cannot be “gamed”. The size of incentive may be less important in improving care processes than giving public recognition for scoring well on quality measures.</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>narrowed from 4.0% to 0.8% between 2004 and 2007. On the other hand, achievements incentivized under the QOF have not reduced premature death in the population and inequalities have persisted.</p>		
<p>Gupta et al., 2019</p>	<p>P4P schemes aimed at optimizing the delivery of primary care medical services among patients with diabetes, when tied to physician performance metrics, can have important effects in limiting disease progression and severity for multiple morbidities over the long term. This may be attributed to enhanced clinical practices and counselling for patient self-management.</p> <p>High powered incentives. In Taiwan in the study of 396,838 patients found that P4P increased physician continuity of care among patients with diabetes, and in turn was associated with lower risk of mortality, other author reported significantly lower risks of cancer-specific mortality in newly diagnosed cancer patients. Another study found that the national diabetes P4P scheme reduced the 5-year risk of all-cause mortality and diabetes-related mortality among patients having survived cancer. (propensity score- matching used to control for selection bias in both studies)</p> <p>In UK, also a context of high-powered incentives, did not show a reduction in premature mortality rates associated with P4P in primary care, the authors acknowledged the limitation of their spatial analysis in terms of a lack of accounting for the quality of local secondary care services.</p> <p>In Sweden, the introduction of high-powered incentives in one county was associated with significantly greater target achievement for patients' hemoglobin A1c, blood pressure, and LDL cholesterol compared to a reference county.</p> <p>In low powered: Little evidence of improved primary care access or continuity, and mixed associations with the risk of diabetes-related hospitalization (Italy, Canada). Limited uptake of a low-powered P4P scheme in Denmark was attributed to the weak incentive structure to effectively promote behavior change among physicians</p>		<p>Cautiously treat P4P programs to incentivize NCD care while implementing and sustaining universal health coverage.</p> <p>The first issue should be how to measure and monitor from the onset quality of care and patient outcomes against specific targets and goals. These performance metrics need to be transparent, valid, and consensus-driven but not overly cumbersome.</p> <p>The second issue should be the size of extra payments. Studies to date, albeit limited, show that modest physician incentives yield limited to negligible health gains in patients. However, evidence on effects of larger payments for disease-specific P4P remains inconclusive, notably in terms of unintended diversion of resources from other public health concerns.</p>
<p>Houle et al., 2012</p>	<p>A recent Cochrane review on the effect of financial incentives for primary care physicians included 7 studies and concluded that “there is insufficient evidence to support or not support the use of financial incentives to improve the quality of primary health care.”</p>	<p>Patient perception of continuity of care declined after P4P implementation in the UK (where rapid access to care rather than continuity with the same physician was incentivized), which raises concerns</p>	<p>Although P4P seems to be useful in business settings and may serve as a means to signal which elements of care are valued within a participating health care organization, the current</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>Studies on the Effect of P4P on Preventive Care or Screening (n 10) Randomized, Controlled Trials: Statistically significant improvements were found in immunization rates with P4P versus fee-for-service (FFS), the absolute effect sizes in both trials were small. In contrast, Grady and coworkers found no improvement in mammography referral or performance rates for women seeing P4P physicians.</p> <p>Although uncontrolled before–after studies suggested that P4P improves adherence to quality-of-care indicators for chronic illnesses (such as the ordering of laboratory tests in patients with diabetes, measurement and achievement of target blood pressure, adherence to prescribing guidelines for patients with heart failure), higher-quality studies with contemporaneous control groups or analyses that considered secular trends failed to confirm these benefits.</p> <p>Vamos and colleagues reported statistically significant improvements in achievement of blood pressure and total cholesterol targets in individuals with diabetes but reduced achievement of glycosylated hemoglobin targets in the year after P4P introduction versus trends before P4P.</p>	<p>given the known negative effect of care fragmentation on patient satisfaction and outcomes.</p> <p>In addition, the potential negative effect of P4P remuneration schemes on the job satisfaction of clinicians should be considered; at least 1 study has documented reduced satisfaction among physicians in a P4P program as a result of increased administrative responsibilities.</p> <p>The potential to change health care provider focus from quality of care to quality of record-keeping, and the potential for gaming through such methods as exception reporting (that is, exclusion of patients from denominators to improve percentage target achievement), falsifying of data, and measurement fixation has also been raised. Exception reporting was not widespread in the UK after implementation of their primary care P4P program (median, 6%), they did find that the rate of exception reporting was the strongest predictor of target achievement and that 1% of all practices excluded more than 15% of their patients from target calculation denominators. Furthermore, as P4P schemas emphasize selected target indicators, it is unknown whether P4P-remunerated clinicians may preferentially avoid caring for patients with complex multisystem disease in whom hitting a target for one of their</p>	<p>evidence for P4P targeting individual practitioners is insufficient to recommend wholesale adoption in health care systems at this time.</p> <p>Performance incentives arose from the principal agent theory in economics and have been shown in some instances to affect behavior (for example, annual bonuses tied to sales or cost-savings in the business sector, although the benefits tend to be specific to the remuneration scheme and the setting.</p> <p>The optimal P4P scheme for health care remains an unresolved question, although our review provides some insights. For example, the targets chosen for incentive payments should not be too narrow because even the studies with positive results have shown improvement only for incentivized targets, with no spillover effect for non-incentivized targets. In addition, careful consideration must be taken in deciding whether to base incentives on process or outcome measures because process measures are more easily modifiable by the professional and may therefore be more achievable, but they may not always translate into improvements in clinical outcomes.</p> <p>The size of the financial incentive relative to the effort required is another consideration, although we</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
		<p>conditions would be more difficult than in patients with single-system disease</p>	<p>found evidence that even small incentives (worth less than 5% of annual income) seemed sufficient to modify practice in some settings and that much larger incentives were ineffective in other settings. Furthermore, programs must consider whether to reward absolute or relative changes in performance and whether comparisons are made against one's peers or an individual's past performance.</p> <p>The potential to change health care provider focus from quality of care to quality of record-keeping, and the potential for gaming through such methods as exception reporting (that is, exclusion of patients from denominators to improve percentage target achievement), falsifying of data, and measurement fixation has also been raised.</p>
Kandpal 2016	<p>The first impact evaluation of the Plan Nacer (see Gertler et al.,2014).</p> <p>The second impact evaluation focuses on the Misiones province and uses a randomized field experiment to provide key evidence on the sustainability of effects of RBF incentives. The evaluation estimates the effect of large (three-fold) but temporary increase in financial incentives for health care providers on the initiation of prenatal care in the first trimester of pregnancy. Results show the rate of early initiation of prenatal care was 34% higher in the treatment group than in the comparison group while the incentives were being paid, and that this effect persisted 12 months after the incentives ended. Results, however, also suggest that the quality of care may have remained a constraint to improving health outcomes as the increase in early initiation of prenatal care did not have any effect on birth outcomes. Nonetheless, the study also finds that large-but-temporary incentives can be more cost-</p>		

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	effective at motivating provider performance and changing clinical practice than permanent incentives when providers face fixed costs to changing clinical practice routines		
Khim et al., 2018	<p>There was observed a significant improvement in service delivery in P4P districts for 3 important primary care indicators - monthly number of new cases visited outpatient facilities, proportion of 2nd ANC visits attended, children under 1 immunized - following Special Operating Agencies (SOA) introduction, with some notable exceptions.</p> <p>Although, the results must be interpreted as being associated with a broader public administration reform in the health sector focusing particularly on the management of provincial and district health service delivery and not simply as a P4P or PBF intervention. Nonetheless, salary supplements and/or performance-based incentives played a significant role in the Special Operating Agencies (SOA)-contracting outcomes.</p> <p>We conclude that much of the improvement in service delivery outcomes was not the result of the P4P contracting intervention alone but was also influenced by context and circumstances nationally and in the 3 study districts.</p> <p>In addition to routine monthly fluctuations, interruption in critical management functions (local and provincial) may possibly be the cause of an otherwise unusual drop in service delivery in many cases during the inaugural month of SOA implementation in 2009 (outpatient consultations, immunization, and ANC in Chamkaleu and ANC and newborn deliveries in Cheungprey).</p>		<p>Best practice in contracting requires that monitoring be implemented by an independent agent, but under the SOA reform, all 3 monitoring teams (central MOH, PHD, and SOA) were internal to the MOH and there is evidence of partisan behavior and inherent difficulties in applying penalties for poor performance within the bureaucratic system and a lack of autonomy of district officials.</p> <p>Contextual factors, such as public sector governance and regulation, are integral to success of the reform. The SOA model of internal contracting could be further strengthened by improved monitoring, linking incentive payment to performance, improving the governance arrangements, and providing a clearer purchaser-provider split under the MOH.</p>
Koložsvári et al., 2014			<p>Ten countries were found and listed where primary care quality indicators are used and combined with financial incentives. The number of quality indicators varies from 1 to 134, the highest in the UK, the lowest in Italy. In 8 countries QI can influence the finances/salary of family physicians with a bonus of 1-25% of their total income. Besides the nation-wide</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
			<p>systems, there were local experiments and different regional systems mentioned in the Netherlands and in Italy, respectively.</p> <p>Are quality indicators needed for a better primary care? What indicators? The quality of the incentivized fields might improve; the non-incentivized activities could be neglected. How many indicators? Implementation of too many indicators can lead to increased bureaucracy and box ticking instead of spending time with patients. In the UK (134 indicators), there are opinions, that the indicator system should be simplified to decrease the GPs administrative workload.</p> <p>P4P schemes have become increasingly popular innovations in primary care and have generated questions about their effect on improving quality of care, although in some countries were not linked to QIs. There is no sufficient evidence that contradicts or supports the quality improvement effect of financial incentives.</p> <p>The effectiveness of P4P is inconclusive, though some reviews reported significant effects. A participatory P4P program might stimulate quality improvement in clinical care and improve patient</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
			<p>experiences with GP's functioning and the organization of care. P4P schemes need to take more account of broader definitions of quality, as whilst they can have a positive impact on incentivized clinical processes, it is not clear that this translates into improving the experience and outcome of care. Too low incentives are not likely to be effective, too high incentives can cause unintended consequences (e.g. data manipulation, "gaming"/cheating).</p>
Kondo et al., 2016	<p>The heterogeneity across health systems and organizations and the challenges related to the evaluation of complex interventions such as P4P preclude from drawing firm conclusions.</p> <p>Measures linked to quality and patient care were positively related to improvements in quality and greater provider confidence in the ability to provide quality care, while measures tied to efficiency were negatively associated.</p> <p>Perceptions of program effectiveness were related to the perception that measures are aligned with organizational goals.</p> <p>More statistically stringent methods of creating composite quality scores was more reliable than raw sum scores.</p> <p>The cost effectiveness of P4P varies widely by measure.</p> <p>Under both the QOF and in the VHA, removing an incentive from a measure had little impact on performance once a high-performance level had been achieved.</p> <p>Increasing maximum thresholds resulted in greater increases by poorer-performing practices.</p>		<p>Measures targeting process-of-care or clinical outcomes that are transparently evidence-based and viewed as clinically important may inspire more positive change than programs using measures targeted to efficiency or productivity, or that do not explicitly engage providers from the outset.</p> <p>Incentive structure needs to carefully consider several factors, including incentive size, frequency, and target. Incentivized measures must be congruent with institutional priorities, must address the needs of the institution at the local level, and must be designed to best serve the local patient population.</p> <p>P4P programs should have the capacity to change over time in response to ongoing measurement of data and provider input, should be</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
			<p>flexible and should be evaluated on an ongoing and regular basis.</p> <p>Improvements associated with measures achieving high performance can be sustained after the measure has been de-incentivized.</p> <p>Consistent evaluation of the performance of and adjustments to incentivized measures will allow institutions to shift focus and attention to areas in greatest need of improvement.</p>
Korda et al., 2011	<p>Endorsed by the Institute of Medicine (2007). here have been questions about the lack of standard measures used to reward providers and concern that financial incentives may widen health disparities as providers seek to maximize patient care revenue by selecting “easier,” less complex and less socioeconomically diverse patients. P4P does not encourage integration across providers.</p> <p>Possible shortcomings and unintended program consequences include inappropriate measures and objectives, competing or uncoordinated efforts, insufficient or inappropriate incentives, and excessive focus on the reward. MedPAC recommends that the P4P system be budget neutral, with the incentive pool funded by setting aside 1% or 2% of budgeted payments.</p> <p>The evidence on performance-based incentives, such as pay-for-performance arrangements, is less convincing. There is little demonstrable return on investment (i.e., evidence of net savings) from such programs. Because the U.S. health care system is characterized by a large number of overlapping contracts among payers (i.e., health plans and government programs) and providers, financial incentives introduced by any one payer must account for a relatively large percentage of total reimbursement to justify any quality improvement effort with substantial fixed costs. There is no empirical evidence suggesting how large a payment gradient needs to be to stimulate quality improvement.</p>	<p>Possible unintended consequences of P4P arrangements include gaming, where participants find ways to maximize measurable results without actually accomplishing the desired objective; skimming of healthier patients for treatment by physicians; and the multi-tasking problem, where compensation based on available measures may distort effort away from unmeasured objectives. Among other limitations of pay-for-performance are: defining and unifying measures across the vast number of reporting initiatives, risk adjustment for clinical outcome measures, resource burdens on smaller versus larger hospitals, and the need for data on the effectiveness of pay-for-performance in improving care processes and outcome.</p> <p>There is no empirical evidence suggesting how large a payment gradient needs to be to stimulate quality improvement.</p>	<p>MedPAC recommends that the P4P system be budget neutral, with the incentive pool funded by setting aside 1% or 2% of budgeted payments.</p> <p>Incentives also must be clearly communicated, understood, and transparent to physicians and other providers.</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>Successful incentive arrangements for integrated care models address care coordination and recognize the contributions of all members of the interdisciplinary care team. Rewarding members of the team equitably encourages smooth communication and collaboration to share the effort required for high value care.</p>		
Langdown et al., 2014	<p>QOF has led to an improvement in health outcomes for some conditions including Diabetes, although the results are mixed for others such as CHD. Also, despite a surge of improvement during its introductory period for some conditions, levels of achievement reached a plateau in later years which may be due to a ceiling effect caused by the maximum threshold levels set for each indicator as practices were not incentivized to improve health outcomes beyond the various clinical target threshold levels (e.g. 85% of practice population).</p> <p>The studies highlight that the QOF is currently limited in what it measures in terms of health outcomes. Only one indicator is solely focused on the achievement of an actual health outcome (i.e. the number of Epilepsy patients which have been seizure free in the last 15 months), whereas the remaining intermediate outcomes relate to targets which are an indirect measure of one's health, e.g. cholesterol, 5 mmol/l. The QOF points available are also weighted towards particular conditions such as Diabetes (88 points), and CHD- secondary prevention (69 points); compared to scores available for COPD (30 points) and Depression (31 points).</p>	<p>Non-incentivized activities did decline over the longer term in comparison to the temporal trend which existed following the introduction of the QOF, with the exception of Diabetes for which there was no significant change from the trend.</p> <p>The size of the incentive must be large enough to influence the clinician's behavior. This may imply that the relationship between improved health outcomes and incentivized activities under the QOF may be closer related to the number of QOF points available rather than whether a clinical activity is incentivized or not, particularly given that the scheme is voluntary.</p>	<p>The scheme can be used to inform practices of their population's health needs; however, the incentives operate in a way that rewards practices for 'high-workload activities' rather than influencing practices to proactively address health needs and provide preventative services. The evidence also demonstrates that although more practices are achieving higher or maximum QOF points, the ceiling placed on indicator thresholds do not incentivize practices to address the needs of all their population.</p>
Latham et al., 2015	<p>Nationally implemented incentive program coupled with integration of pay-for-performance elements into primary care physicians' salaries may be effective in improving the quality of diabetes care. However, even broadly implemented incentive programs such as QOF have demonstrated mainly the effects on process and intermediate clinical diabetes outcomes. More evidence is required to understand whether these improvements are sustained and translate into better long-term outcomes such as reduced hospitalizations for diabetes-related complications.</p> <p>In the UK, incentive models have spurred some improvements in process outcomes and achievement of cholesterol, blood pressure and A1C targets. Still, the evidence is mixed, and its interpretation is hampered by methodologic challenges and confounders. Broad implementation and uptake of QOF means there is no adequate control group. Interpreting trends in</p>	<p>Based on the studies conducted in 2009, 2011 concerns have also emerged that patients from disadvantaged and vulnerable populations may be disproportionately excepted from QOF because their diabetes may be more challenging to manage. Patients with longstanding diabetes or multiple comorbidities were also more likely to be excluded from the A1C indicator. The same study of 2011 and other earlier studies found that QOF does not address</p>	

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>quality improvement is also complicated by the fact that the quality of diabetes care was improving prior to the introduction of QOF in 2004. quality of care improved over and above the pre-incentive trend in the first year after the introduction of QOF by about 14.2%. However, during the second and third years, this difference diminished, and there was increasing variability according to patient demographic characteristics.</p> <p>An interrupted, time series analysis of a subset of family practices found that the introduction of QOF accelerated improvements in diabetes quality of care between 2003 and 2005, but this trend had slowed by 2007. The same study found that continuity of care was reduced after the introduction of QOF, while no changes in reported access to care were observed.</p> <p>Australia. physician encounters with patients with diabetes concluded that participation in PIP increased the likelihood of a physician's ordering an A1C test.</p> <p>Taiwan. Several cross-sectional studies have indicated that patients enrolled in Taiwan's incentive program were more likely to receive guideline-recommended tests and examinations. A longitudinal study of the effect of the Taiwanese program on hospitalization rates found that patients enrolled in the incentive program were less likely to be hospitalized after 3 years of care compared with non-enrolled patients. demonstrated that older patients and those with higher comorbidity and severity of disease are more likely to be excluded from this program.</p> <p>In Ontario, researchers studying completion of recommended diabetes management practices before and after the introduction of the incentive billing code found minimal improvements to monitoring practices.</p> <p>Selectively rewarding primary care physicians may discourage teamwork and coordinated care with other members of the healthcare team.</p>	<p>ethnic disparities in diabetes care adequately.</p>	
<p>Lin et al., 2016</p>	<p>clinical effects of P4P for most diseases has a certain improvement, medical costs will also increase.</p> <p>Thirty-six studies identified have showed the impact on the management of diseases. Thirteen focused on the preventive care 10 of which reported the positive results in vaccine injection or screening of diseases such as cervical cancer screen. Twelve focused on the hypertension of which 11 presented positive results. All from 14 related to coronary heart disease showed positive</p>	<p>Medical unfairness is still rather serious, patient satisfaction has no significant improvement.</p> <p>In Taiwan confirmed the results that primary practices with lower baseline level of medical quality tended to exclude patients with severe condition, so as to</p>	<p>Small practices demonstrated better results compared to bigger practices: when related to the process indicators of P4P, such as physicians prescriptions of examination (P < 0.001) or drugs (P = 0.001), the quality of primary care in smaller</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>results. All of the 26 studies about the management of diabetes reported significant improvement. mostly on process clinical outcomes. In addition, if the medical indicators of P4P are categorized into process indicators (clinical behavior of physicians, like ordering a test) and endpoint indicators (biochemical test/physical examination/history taking result of patients, like blood pressure level), positive results were not reported in both.</p> <p>It was found (five studies) that patients recruited in the practices with lower health baseline level and poorer compliance can benefit more from the new improved primary care. In addition, the practice with better quality of service before improved less than the practices with worse baseline before ($P > 0.05$). only one RCT drew the conclusion that the baseline level was unrelated to the improvement of the quality of primary care ($P = 0.22$).</p> <p>Related to process indicators quality of care in smaller practices improved more, although one study showed no difference and one study showed opposite results.</p> <p>A total of 20 studies reported various impacts on equity. Factors which influenced the equity of the health care included genders of patients or physicians, ages of patients and physicians, socioeconomic status of patients, ethnic of patients, comorbidity or severity.</p> <p>What is worse, doctors preferred to treat patients with milder disease condition or better socioeconomic status, which not only intensifies the inequity, but also is likely to exaggerate the improvement of clinical performance.</p>	<p>show great promotion in clinical performance apparently.</p>	<p>practices improved more. In addition to this, another study found that except the management of chronic obstructive pulmonary disease ($P = 0.1$), the management of diabetes ($P = 0.004$), hypertension ($P < 0.001$), and coronary heart disease ($P = 0.01$) all improved more in smaller practice.</p> <p>Studies demonstrated that patients recruited in the practices with lower health baseline level and poorer compliance can benefit more from the new improved primary care. In addition, the practice with better quality of service before improved less than the practices with worse baseline before ($P > 0.05$).</p> <p>Ceiling effect. After practitioners and medical institutions had achieved the upper limit of P4P indicators, their improvement for medical care quality would soon reach a plateau, which was called the ceiling effect. Earlier UK experience showed that when ceiling effect happened, not only did the quality of medical service cease to improve, but also other medical indicators, unrelated to payment, saw a drop to a certain degree.</p>
Mabuchi et al., 2018	<p>During the pre-pilot phase in 33 PHCCs in Adamawa, Nasarawa and Ondo states which started in December 2011, the PBF created large variations in performance among the participating PHCCs. For example, coverage of institutional delivery was around 10% of catchment population before the PBF in all target PHCCs, high-performers achieved 80–90% coverage while low-performers struggled with 20–30% coverage.</p>		<p>(i) Contextual and health system factors particularly staffing, access and competition with other providers; (ii) health center management including community engagement, performance management and staff</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>The examples of high-performing PHCCs in Nigeria provide a clear picture of how primary health centers can improve their performance with sufficient levels of autonomy and support. It should be noted that the performance of high-performing PHCCs was equally very low and the difference with low performers was negligible before the PBF scheme.</p>		<p>management (proactive engagement by PHCCs to recruit patients, and community leaders' support to encourage PHCC use and regulate unauthorized providers thus reducing competition); and (iii) community leader support (involving local authorities and communities and adapting approaches to the local situation) interacted and drove performance improvement among the PHCCs.</p> <p>The performance and staff management activities (system of accountability, various measures to improve staff motivation and team work) were interlinked and mutually reinforcing as strong staff awareness of plans and targets motivated staff, and motivated collaborative teams appear to improve performance management and community engagement activities.</p>
<p>Markovitz and Ryan, 2017</p>	<p>Heterogeneity in the effects of P4P does not fundamentally alter current assessments about its effectiveness (that P4P has largely failed to realize substantial quality improvements).</p> <p>Discussion around heterogeneity and treating them as modifying or direct effects is important as there are important explanations of success or failure of P4P programs.</p>		<p>Serving poor patients and patients of color was associated with lower performance at baseline and over time under P4P.</p> <p>In the US larger practices outperformed independent practice associations and smaller ones, opposite was found under the QOF.</p> <p>Evidence of the direct and modifying effects of patient age, gender and</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
			<p>health status is mixed and inconclusive.</p> <p>Several organizational factors such as quality improvement engagement, higher staffing level and greater financial strengths yielded conflicting results.</p> <p>Low performing practices do not appear to give up, even when they are unrealistically far from reaching high performance targets.</p>
Mauro et al., 2019	<p>The studies discussed have demonstrated the heterogeneous effects of financial incentives on improving the delivery rates of health preventive services - cancer screening services.</p> <p>In particular, for breast cancer screening, most of the studies showed partial or no effects; one explanation could be that women may take a proactive role in breast cancer screening, making physician incentives less important.</p> <p>For cervical cancer screening, 6 studies showed positive effects, 3 partial effects, 5 no effect, and 1 negative effects. Wee et al. examined the proportion of Pap smears carried out among women 20 to 75 years old and found that patients cared by physicians with financial productivity incentives were significantly less likely than those cared by physicians without this incentive to receive Pap smears (74.6% vs 86.3%). Thus, it is important to note that even if cervical cancer screening is mostly performed during gynecologist consultations, GPs' roles are essential: most GPs declare that they routinely perform cervical cancer screening and that performing this act is part of their job.</p> <p>Few positive or irrelevant effects were found regarding colorectal cancer screening. In this context, many guidelines have a positive position on the effectiveness of screening. However, screening rates are still low in some countries, and many barriers are present. Overall, many factors influence the impact of financial incentives on cancer screening delivery rates. Among these</p>		<p>Breast cancer screening rates in France French P4P program (CAPI) has not changed significantly since the P4P program implementation. According to the authors' conclusions, this result may reflect the fact that the low-powered incentives implemented in France through the CAPI might not provide sufficient leverage to generate better practices in the field of prevention and screening.</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	factors, the low-powered incentives might not provide sufficient leverage to generate better practices in the field of prevention.		
Mendelson et. al., 2017	<p>Low-strength contradictory evidence that P4P programs may improve process-of-care outcomes over the short term (2 to 3 years). Most evidence from QOF programs. Evidence on the longer-term effects was limited. Biggest improvements seen in areas with poor baseline performance. No clear evidence that P4P improves patient health outcomes. Stronger study designs showed no effect on utilization outcomes (hospitalizations, emergency or ambulatory care-sensitive visits). No clear evidence on intermediate health (such as a laboratory value or blood pressure, etc.) outcomes.</p> <p>Eight of the studies (most of which found positive results) were conducted in Taiwan and should be interpreted with caution due to selection bias (patients enrollment in the scheme).</p>	<p>Very limited evidence assessing the extent of gaming, no consistent evidence of a negative effect on health disparities, and a small amount of evidence suggesting the potential for both positive and negative effects on unincentivized measures. Qualitative studies reporting that P4P programs are imposing a considerable burden and threatening clinical autonomy.</p>	<p>Importance of designing P4P programs using the principles of behavioral economics, in which such factors as payment size, timing, and frequency of payment have effect on behavior.</p> <p>Careful consideration of number of measures, use of incentives in the most needed areas, review measures regularly and discontinue after achieving sustained improvements.</p>
Odotolu et al., 2016	<p>PHC accountability varies significantly between the three NSHIP states, and its pattern is mirrored in differences in service utilization performance. Between 2013 and 2015, all three states recorded very significant increases in service utilization for the three focus indicators. Average coverage for institutional normal deliveries in the project states increased from 2% in 2013 to 33.1% in 2015. In the same period, the average coverage for utilization of modern family planning methods increased from 1.04% to 21.3%, and the average coverage for completely vaccinated children increased from 1.4% to 49.2%.</p> <p>PBF implementation contributed to the success recorded: On the one hand, that may be true because of an injection of much-needed funds at every level of the health system and because of the autonomy that comes with PBF, which allows institutions, all the way down to the PHC facilities, to take managerial decisions, including how to allocate funds, thus avoiding the inefficiencies of central bureaucracy.</p> <p>The Primary Health Care Under One Roof (PHCUOR) and PBF reforms have therefore mutually reinforced each other, jointly strengthening the (Nigeria State Health Investment Project - NSHIP states') health system as a whole</p>		<p>In order to ensure sustainability, however, political commitment will still need to be reinforced.</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
Ogundeji et al 2016	<p>P4P scheme did not result in health facility performance improvement as its implementation considerations e.g. delay in payment, ineffective communication, incomplete incentive payment, and skepticism in the division of bonuses (individual assessment tool) generally led to distrust and uncertainty in payment, possibly led to decreased health worker motivation.</p> <p>Findings are consistent with that of the review by Eijkenaar et al. (2013) which found that P4P schemes in which health service providers were not knowledgeable about the schemes were mostly ineffective or unsuccessful.</p>		<p>Poor motivation of health workers results from a combination of factors such as poor salaries, poor working conditions, inadequate infrastructure and limited opportunity for career development or training, lack of government ownership of this health financing mechanism, lack of understanding of the P4P scheme; delayed incentive payments.</p> <p>Factors that should be considered for scheme successful implementation are the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Make timely quarterly payments to each health facility for delivery of services as agreed in the P4P contract. • Ensure clear communication strategies about changes and difficulties encountered in the scheme to stakeholders, particularly to inform and keep the health workers up to date. • Include a criterion/a set of criteria that captures individual contribution of health workers in the individual assessment tool (basis by which individual health workers earn bonuses). For example, a criterion on outreaches or home visits could be included. • Provide clear and short guidelines to encourage the use of the individual assessment tool to allocate bonuses to the health workers. • Provide training and regular workshops for health workers and

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
			<p>equip health facility managers with materials to help improve their managerial skills, with a focus on setting priorities, and recognizing and meeting the needs of the health facility or how to motivate the health workers (whether it is infrastructure or hiring additional staff).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Make one-off investments in the poorer facilities by either the scheme implementers or the State governments, so as to bring the concerned health facilities to an acceptable standard for a more effective program.
<p>Patel, S. et. al 2018</p>	<p>In Cambodia, P4P did not have a significant effect on antenatal care (3 percentage point increase) or vaccination (2.3 percentage point increase).</p> <p>The Plan Nacer in Argentina demonstrated a significant positive effect on increasing prenatal visits (6.8 percentage point increase) and provision of tetanus toxoid (5.6 percentage point increase), as well as a very significant reduction in neonatal mortality (74%) in the beneficiary group.</p> <p>There was also a positive spillover effect with an Overall 22% reduction in neonatal mortality (beneficiaries and non-beneficiaries) using the same clinics. In Misiones province of Argentina the strongest evidence for sustained impact from P4P was seen with a substantial 3-fold increase in incentives.</p> <p>Demonstrated a 7%-9% improvement in General Self-reported Health and age adjusted wasting over time in the P4P group.</p> <p>Provider clinical Mean Vignette score for child health increased by 9.7% points.</p> <p>Clinical outcomes for under-five children improved by 9% (Children underweight for height following discharge from hospital for diarrhea and pneumonia).</p>	<p>Interesting, there was also a positive spillover effect with an overall 22% reduction in neonatal mortality (beneficiaries and non-beneficiaries) using the same clinics.</p>	<p>The extent to which the P4P scheme actually had on the improved quality of care has to be viewed within the economic, policy and overall context of the country.</p> <p>The perception and acceptance of P4P programs by health workers needs careful consideration during planning and implementation. Lack of understanding can undermine the potential impact of P4P program by limiting the behavioral response of health workers.</p> <p>The overall number of indicators measured needs to be carefully considered and should cover all aspects of quality and not focus on structural quality.</p> <p>In addition, clear communication about the structure of P4P programs</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>Authors estimated the large impact of higher quality care with 294 cases of wasting averted and 229 more children reporting at least good health. Positive effect of measuring quality without incentives was found, whereby the act of measurement and feedback in itself led to improvement from awareness and consequent motivation to perform better.</p> <p>Quality effects seen with incentives provided to individuals may also be possible through indirect financial incentives that operate at the system level. These effects on quality affected performance earlier and to a greater degree than measurement and feedback of performance alone.</p>		<p>to health workers will likely improve the acceptance of them. In this regard, careful thought should be given to select indicators that will be acceptable to providers but can also maximize the efficiency of spending. Adequate levels of incentives as health workers may not feel the added effort is worth the reward.</p> <p>Monitoring and verification is essential to ensure quantity and quality objectives are being met. Feeding performance data back to providers facilitates performance improvement. It is suggested that the 'easier' structural quality indicators are addressed first and then programs can move onto introducing process measures of clinical care. This will allow health providers to address less complex quality of care issues first, develop better understanding of RBF and quality of care, and then shift gradually toward more demanding measures of care under the RBF programs.</p>
Paul et al., 2018	-		<p>Context nature of incentive in Cambodia: PBF is more likely to succeed when income, training needs, and the desire for a sense of community service are addressed and institutionalized within the health system.</p> <p>Basic salary and the bonus amount affect the motivation:</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
			In Cambodia financial incentives accounted to 42% of the average total income of a health worker and was associated with higher job motivation.
Peckham et al., 2011	<p>In the UK, the evidence of whether the QOF rewards outputs that are expected to lead to good outcomes is contradictory, demonstrating both that meeting certain QOF indicators might improve health outcomes in some areas and a weak causal relationship between key clinical indicators and outcomes.</p> <p>Recent systematic reviews have concluded that P4P contracts do affect physician behavior and increase the number of primary care services provided – although often in complex and limited ways.</p> <p>The actual effect depends on factors such as the age and sex of physicians, previous experience of financial incentives, the uptake of continuing professional education, the type of payment method, the type and severity of the conditions targeted through incentives, the volume of activity and the location and type of organization.</p> <p>The size of incentive has also been found to be less of a factor in the use of care management processes for patients with chronic illnesses by physician organizations (POs) than are schemes that give public recognition for scoring well on quality of care measures, schemes which require POs to provide quality of care or outcomes data to outside organizations or those that reward high-quality scores with better contracts that assist in developing better organized quality provision.</p>	<p>A key concern that recurs in the literature is whether financial incentives generate dysfunctional physician behavior or negatively affect motivation, particularly in the light of well-established inverse care patterns at primary care level.</p> <p>Impact of externally structured incentives such as financial inducements is that they might ‘crowd out’ professional self-esteem and a sense of self-determination. This might have implications for the quality of care offered by practitioners. However, it has been noted that there is an equal chance of a ‘crowding in’ effect if practitioners feel like they have some ownership of incentives.</p> <p>Another potential problem created by external financial incentive schemes is that they could lead to the neglect of those non-incentivized areas of care which will continue to rely on the professionalism or moral motivation of GPs. There is some evidence of concern amongst GPs that non-incentivized areas like acute care, preventive care, care for specific groups such as children or older people and care for patients with multiple comorbidities would suffer as GPs chased targets.</p> <p>There is some concern that the QOF may lead to an exacerbation of health</p>	<p>The size and structure of incentives seems to be important in incentivizing effective physician activity. Incentives have to be large enough to influence behavior and designed in such a way that they cannot be played off so as to reward both process and improved outcomes.</p> <p>It is technically challenging to connect performance targets with health gain and most P4P schemes adopt a pragmatic approach and focus on processes (such as measuring blood pressure) and intermediate outcomes (controlled blood pressure) for which there is either evidence or professional consensus and which can be easily measured and rewarded. This means that treatment and secondary prevention is favored over primary prevention and can lead to the marginalization of some conditions.</p> <p>The actual effect depends on factors such as the age and sex of physicians, previous experience of financial incentives, the uptake of continuing professional education, the type of payment method, the type and severity of the conditions targeted through incentives, the volume of</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
		<p>inequalities by allowing GPs to use the exception reporting system to exclude high-risk patients , or by not sufficiently rewarding the extra work required in delivering equal treatment to disadvantaged populations, maintaining inverse care patterns.</p> <p>Incentive payments may skew physician activity towards high-reward labor-intensive activities with relatively low health benefits, thereby marginalizing non-incentivized areas. This potential for ‘gaming’ may create a conflict of interest for physicians between maximizing revenue and ensuring good quality care. Financial incentives may also distort care by encouraging a focus on individual measures for care management instead of a more integrated approach which might be appropriate, particularly in areas of comorbidity. In addition, the use of targets and financial incentives can have unintended consequences on practitioner behavior, such as goal displacement and rule following, leading to the ‘crowding out’ of and reduction in focus on non-incentivized tasks.</p>	<p>activity and the location and type of organization.</p>
<p>Petrosyan et al., 2017</p>	<p>Introduction of RBF contributed to the improvement PHC service utilization: average number of visits to PHC facilities per person per year had increased from 2.0 in 2000 to 4.0 in 2013.</p> <p>RBF scheme played a role to improve the maternal and child health and NCD services in PHC facilities to meet annual targets.</p>		<p>Stable economic growth enabled the government to begin implementing much needed reforms of its social system, spending significant resources of its own in the process and building a sense of national ownership for programs such as the RBF program.</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
			<p>An important enabler was a well-sequenced reform process that included the most politically important stakeholders. The pilot project was designed and implemented over a three-year period, with indicators added progressively, a practice that persisted even after the nationwide implementation and scale-up.</p> <p>Another enabler was the embedding of RBF in national regulatory frameworks and the provision of funds from the national budget. Both the piloting and subsequent scale-up of the OE (open enrolment) mechanism were brought about through legal decrees and the amendments of earlier rules and regulations. With respect to funding, not only did the State Health Agency provide funds for the initial piloting of the program but there was also a medium-term budgetary commitment for the RBF program through the MTEF, reflecting a degree of national ownership of the program.</p> <p>Finally, an important enabler to the subsequent scale-up and integration of RBF into the PHC system, as opposed to it remaining a vertical program, was its introduction as part of a larger reform of the primary care system. This reform included efforts to enhance financing for primary care, to introduce OE, to introduce</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
			measures for improving quality of care, to strengthen family medicine, to renovate facilities and provide equipment, to develop a health information system as well as to prepare policies and procedures for nationwide extension of all aspects of PHC reforms.
Renmans et al., 2016	PBF scheme had no effect on neonatal mortality in Cambodia despite the rise in institutional deliveries.	Misreporting had decreased in Cambodia thanks to regular monitoring, random verification and web-based reporting.	In Cambodia, the M&E arrangements helped to limit rent seeking behavior and reduce absenteeism. Administrative burden was reported in Cambodia caused by time spent by health workers and managers on PBF activities, verification system, etc.
Saddi et al., 2018			Themes such as organizational capacity, staff engagement, professional stress, and work overload are also extensively considered. Organizational capacity issues have also been considered important to highlight the need for capacity building in African countries, for instance, and foster the successful delivery of performance programs. Researchers have taken into account the cognitive/ subjective aspects (“alternative logics”) in performance measurement and claimed that focusing on what is measured induces potentially dysfunctional effort substitution and gaming behaviors. Moreover, performance indicators have been considered political instruments and used in diverse and complementary ways in the

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
			<p>construction of improvement frameworks and tools to measure and monitor policies. Undesired effects of P4P will often be a result of diminished intrinsic motivation. It is therefore important that providers are actively involved in designing the program, especially in developing and maintaining the aspects of performance to be measured. This increases the likelihood of provider support and alignment with their professional norms and values . . . In this respect, it is also important that program evaluations include qualitative studies to monitor the impact on providers' intrinsic motivations.</p> <p>Findings have also revealed, in this case related (possibly) more to middle- and low-income countries, that workers and managers were not fully aware of performance indicators and standards. Furthermore, frontline professionals have limited prospects for career progression, and there have been inadequate performance feedback and poor reward mechanisms</p>
Scott et al., 2011	<p>Six of the seven studies included in this review showed positive but modest effect on a minority of the measures of quality of care included in the study.</p> <p>There is insufficient evidence to support or not support the use of financial incentives to improve the quality of primary health care.</p>		<p>Implementation of financial incentive schemes should proceed with caution and should be more carefully designed before implementation.</p> <p>Studies should more consistently describe</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>Although six out of the seven studies found a statistically significant and positive effect the majority of these were across only one out of a range of quality measures used in each study.</p> <p>There was significant heterogeneity across the studies in terms of the types of financial incentives used, the contexts in which they were implemented, and the types of outcome measures (also in uncertainty).</p>		<p>i) the type of payment scheme at baseline or in the control group, ii) how payments to medical groups were used and distributed, and iii) the size of the new payments as a percentage of total revenue.</p>
<p>Scott et al., 2018</p>	<p>Of all 44 schemes 46% of outcome measures were positive (these include wide range of outcome measures including expenditures and quality of care).</p> <p>Weaker study designs were more likely to show positive effects, suggesting that as study designs improve the likelihood of finding stronger effects will be lower.</p> <p>Schemes from the US had the same probability of finding an effect as non-US studies. The key innovation in the US has been the combination of rewards for P4P with rewards for reducing costs such as one- and two-sided risk sharing models, yet this seems no better than P4P alone in terms of the proportion of positive outcomes. Many shared savings models are in their early stages, and so more evidence is required to examine if this persists over time.</p> <p>A key finding is that schemes that reward for improvements in performance over time have a lower probability of being effective than those that do not. This is important to understand further as the dynamics of incentive schemes are complex. Schemes that did not reward for performance improvement included single threshold schemes but also other types of scheme such as value-based pricing of DRGs. The behavioral effects also depend on a range of more specific factors that could not be easily captured due to heterogeneity and small sample sizes, including the distance between measures/thresholds (i.e., the number of thresholds), whether payments are nonlinear (e.g., increasing) at each time point/threshold, and whether the thresholds are set high or low in the distribution of performance.</p> <p>We find weak evidence that schemes allowing incentive funding to be used for specific (but non-physician income) purposes leads to a higher probability of an effect compared with physicians being allowed to use incentive funding as income.</p>	<p>Evidence suggests that there was a reduction in expenditure growth for Medicare patients who were not covered, but who were enrolled with the same provider organizations participating in the Alternative Quality Contract</p>	<p>Schemes need to build rigorous evaluation into the implementation and roll out of schemes if knowledge is to improve.</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>The size of the incentives as a percentage of revenue was not associated with the probability of an effect, contrary to expectations. Though the sample size was small (22 schemes), the scatterplot did not show a clear relationship between incentive size and effect and so increasing the sample size may not make a difference if future studies are similar.</p> <p>Each of the 80 empirical studies reported an average of 16.3 outcome measures, of which 7.4 were positive and statistically significant. The mean percentage of positive outcomes per study was 54%.</p> <p>Of the 25 schemes in the US, an average of 56% of outcomes was positive and statistically significant. This compares with 91% for the P4P schemes in Taiwan, 75% in Canada and Italy, and 48% in the UK.</p> <p>In US Six out of eight studies of the Alternative Quality Contract (two sided ran by private insurance) showed an impact of the scheme on both reducing spending and improvements in quality after 4 years of the scheme.</p> <p>The nine studies of the three schemes conducted in Taiwan of the National Health Insurance P4P scheme, eight showed a positive effect. Six studies evaluated the impact of the scheme on diabetes care.</p> <p>The study that showed a negative effect showed an increase in emergency admissions for diabetes patients. Further study found that patients in the program were more likely to receive guideline-recommended tests and examinations, and that this was also the case for patients not enrolled in the program but seeing the same physicians.</p> <p>Two studies examined tuberculosis treatment and found that the cure rate, length of treatment, and default rates improved. Finally, one study examined breast cancer screening and found patients had improved quality of care, higher 5-year survival rates, and lower rates of reoccurrence.</p> <p>Other studies of the Taiwan schemes have shown that there may have been substantial selection bias of patients enrolled in the program, such that any positive effects were likely to have been due to selection rather than the impact of the program.</p> <p>Thirteen of the 44 schemes (37/80 studies) reported using a design that provided incentives for performance improvement. The results from the regression show that the percentage of positive outcomes from these schemes</p>		

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>was just over 20 percentage points lower compared with schemes that did not P4P improvement (attainment schemes with single threshold), and this is statistically significant.</p> <p>The schemes conducted in the US had around an 8 % lower percentage of positive outcomes compared with other countries, but this was not statistically significant.</p> <p>Serumaga 2011 evaluated the effects of P4P incentive on quality of care and outcomes among patients in the UK with hypertension in primary care. This study included patient utilization and patient health outcomes: the percentage of patients with blood pressure measured, the proportion of patients with controlled blood pressure, and the percentage of patients with hypertension-related adverse outcomes (myocardial infarction, stroke, renal failure, heart failure). It found that there was little or no change in levels and change trends of these outcome measures.</p>		
So and Wright 2012	<p>P4P can improve quality, the type, amount, and timeliness of the incentives all affected the magnitude of the behavioral change and the potential benefit of the strategy.</p> <p>Only three studies did not report improvement.</p> <p>Improvement may be sustained even after intervention, but at least one study suggested not only reduction in continuity in care once targets were achieved, but decline in the rate of quality of care improvement with time.</p>	<p>A potential unintended consequence of pay-for-performance was the increase in health inequalities with an incentive to select healthier patients and avoiding reducing income by serving minority populations. However, at least in the UK, minimal reductions in chronic disease management were observed.</p> <p>Sustainability of gains was another issue. Improvement may be sustained even after intervention, but at least one study suggested not only reduction in continuity in care once targets were achieved, but decline in the rate of quality of care improvement with time.</p>	<p>P4P, to be effective, needs to consider all aspects of quality of care, including reduction in disparities and improvement in access to care with a consideration of anticipated and potential unanticipated outcomes.</p>
Soranz et al., 2017	<p>Longitudinality and of access in PHC - increasing trend, but always below the upper limit of the targeted 90%. The lowest point observed in the first quarter of 2013 can be explained by the increased entry and arrival of new medical residents to the health units, generating redeployment of physicians among teams and units.</p>		<p>P4P indicators are reviewed every 2-3 years in order to avoid the gaming behavior described in the literature. Monitoring process indicators are a key step towards ensuring good outcomes. In PHC, it is fundamental</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>It showed an average score of 6.1 for users and 7.5 for health professionals (previous study in 2012), with significant differences between the evaluated units but with an average close to that expected by the management baseline. These scores are close to the recommended minimum of 6.6 to have a strong and quality PHC measured in the subject tool.</p> <p>In Brazil the proportion of hypertensive patients with a blood pressure record in the last 6 months remained between 60 and below 70% throughout 2012 and 2016, and greater investments are still required to improve this basic indicator. In Portugal, this goal is established as interval between 38 - 80%.</p> <p>Primary health care patients' referrals to other health system levels - good process of coordination of care was observed in Rio de Janeiro's PHC, since the upper limit of the goal has never been achieved.</p>		<p>to use information systems that allow the association of health indicators (structure, process and results) with the primary healthcare attributes.</p>
Soranz et al., 2017 (2)	<p>P4P has a relevant influence on clinical practice. With this payment, quality and quantity go hand in hand. It is about rewarding good practices and the associated workload.</p> <p>Brazil: Hospitalizations for PHC-sensitive conditions are an indirect measure of the clinical efficacy of primary healthcare for certain health problems. Compared with other capitals of the Brazilian Southeast and South, there was a significant decline in the proportion of sensitive conditions, placing Rio de Janeiro at the second lowest proportion of hospitalizations (10.5%) for sensitive conditions in 2014, behind Curitiba with 8.8% of sensitive conditions against total hospitalizations.</p> <p>Portugal: In the indicators of preventive health care (indicators of oncology surveillance, screening and vaccination plan) and disease prevalence, "B model" Family Health Units (USFs) evidenced a better performance, followed by "A model" USFs.</p>		<p>From the political standpoint, mixed payment models, with well-explained quantitative and qualitative objectives and increased desirability of group incentives are recommended as long as these indicators are updated and revised every one or two years. Pay-for-performance is a payment method and not an absolute guarantee of health gains.</p> <p>Teamwork with motivation of the professionals: motivated workers are the true engines of reform and change. A good leadership of a primary healthcare facility perceives its culture and uniqueness, creates a participatory climate with autonomy and responsibility, delegation, objective identification of action areas, monitoring, good working environment, promoting a good relationship between people.</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
			<p>Investing in the information system and computerization - the development of interoperability and individual electronic records of patients allowed monthly monitoring of teams and their indicators.</p> <p>Technical leadership – it requires a clinical governance policy that is viewed as a set of quality-based policies, strategies and processes that can ensure continuous improvement in the way the health facility unit cares and treats its patients, in the way it is accountable to the community and to the tutelage and efficiency in managing resources entrusted to it. The effective exercise of clinical governance is not achieved by decree. It is not a matter of achieving a goal, but of going a long way, which requires from the genuine start the will to change and openness to new models of thinking, managing and providing health care.</p> <p>Political leadership - clear and unequivocal support from the highest political officials, in particular the Minister of Health of Portugal and the Mayor of Rio de Janeiro.</p>
Tao et al., 2016	Little scientific evidence supporting an association between reimbursement system and socioeconomic or racial inequity in access, utilization and quality of primary care.		
Van Herck et al., 2012	Clinical effectiveness The effects of P4P ranged from negative or absent to positive (1 to 10%) or very positive (above 10%), depending on the target and program. Negative	Negative effects, in terms of less quality improvement compared to non P4P use, which were first reported in the review	Our review has further contributed to the contextual framework from a health system, payer, provider and

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>results were found only in a minority of cases: in three studies on one target, each of which also reported positive results on other targets. It is noteworthy that ‘negative’ in this context means less quality improvement compared to non P4P use and not a quality decline. In general, there was about 5% improvement due to P4P use, but with a lot of variation, depending on the measure and program.</p> <p>For preventive care, we found more conflicting results for screening targets than immunization targets. Across the studies, P4P most frequently failed to affect acute care. In chronic care, diabetes was the condition with the highest rates of quality improvement due to P4P implementation. Positive results were also reported for asthma and smoking cessation. This contrasts with finding no effect with regard to coronary heart disease (CHD) care. The effect of P4P on non-incentivized quality measures varied from none to positive. However, one study reported a declining trend in improvement rate for non-incentivized measures of asthma and CHD after a performance plateau was reached. Finally, one study found positive effects on P4P targets concerning coronary heart disease, COPD, hypertension and stroke when applied to non-incentivized medical conditions (10.9% effect size), suggesting a spillover effect. This implies a better performance on the same measures as included in a P4P program, but applied on patient groups outside off the program.</p> <p>Access and equity of care (mainly UK)</p> <p>In general, P4P did not have negative effects on patients of certain age groups, ethnicity, or socio-economic status, or patients with different comorbid conditions. This finding is supported by 28 studies with a balanced utilization of cross sectional, before after, time series and concurrent comparison research designs.</p> <p>Equity has not suffered under P4P implementation and is improving in the UK.</p> <p>Coordination and continuity of care</p> <p>directing P4P toward the coordination of care might have positive effects. One time-series study reported no effect on non-incentivized access and communication measures. This study, however, did observe a patient self-reported decrease in timely access to patients’ regular doctors, which might be a negative spillover effect.</p>	<p>paper by Petersen et al (2006), are rarely encountered within the 128 studies, but do occur exceptionally. Previous authors also questioned the level of gaming, and possible neglecting effects on non-incentivized quality aspects. The presence of limited gaming is confirmed in this review, although it is only addressed in a minority of studies. Its assessment is obscured by uncertainty of the level of gaming in a non P4P context as a comparison point. As the results show, a few studies included non-incentivized measures as control variables for possible neglecting effects on non P4P quality targets. Such effects were absent in almost all of these studies. The results of one study suggest the need to monitor unintended consequences further and to refine the program more swiftly and fundamentally when the target potential becomes saturated. It is too early to draw firm conclusions about gaming and unintended consequences. However, based on the evidence, there may be some indications of the limited occurrence of gaming and a limited neglecting effect on non-incentivized measures. Positive spillover effects on non-incentivized medical conditions are observed in some cases, but need to be explored further.</p> <p>One study found positive effects on P4P targets concerning coronary heart disease, COPD, hypertension and stroke when applied to non-incentivized medical</p>	<p>patient perspective. Program development and context findings, which related P4P effects to its design and implementation within a cyclical approach, enable us to identify preliminary P4P program recommendations. Incentive forms are dependent on its objectives and contextual characteristics. However, considering the context and goals of a P4P program, six recommendations are supported by evidence throughout the 128 studies:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Select and define P4P targets based on baseline room for improvement. This important condition has been overlooked in many programs, with a clear effect on results. 2. Make use of process and (intermediary) outcome indicators as target measures. See also Petersen et al (2006) and Conrad and Perry (2009), who stress that some important preconditions, including adequate risk adjustment, must be fulfilled if outcome indicators are used. 3. Involve stakeholders and communicate the program thoroughly and directly throughout development, implementation, and evaluation. The importance of awareness was already stated previously. 4. Implement a uniform P4P design across payers. If not, program effects risk to be diluted. However, one

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>Patient Centeredness</p> <p>With regard to patient-centeredness, two studies—one Spanish before-and-after study without a control group and one cross-sectional study in the US—found no and positive P4P effects, respectively, on patient experience. Another before-and-after study, this one from Argentina, reported that P4P had no significant effect on patient satisfaction, due to a ceiling effect.</p>	<p>conditions (10.9% effect size), suggesting a spillover effect.</p> <p>This study, however, did observe a patient self-reported decrease in timely access to patients’ regular doctors, which might be a negative spillover effect.</p>	<p>should be cautious for anti-trust issues.</p> <p>5. Focus on quality improvement and achievement, as also recommended by Petersen et al (2006). The evidence shows that both may be effective when developed appropriately. A combination of both is most likely to support acceptance and to direct the incentive to both low and high performing providers.</p> <p>6. Distribute incentives at the individual level and/or at the team level. Previous reviews disagreed on the P4P target level. As in our review, some authors listed evidence on the importance of incentivizing providers individually. Others questioned this, because of two arguments: First, the enabling role at a higher (institutional) level which controls the level of support and resources provided to the individual. Secondly, having a sufficiently large patient panel as a sample size per target to ensure measurement reliability. Our review confirms that targeting the individual has generally better effects than not to do so. A similar observation was made for incentives provided at a team level. Statistical objections become obsolete when following a uniform approach (see recommendation 4). The following recommendations are theory based but at present show absent evidence (no. 1) or conflicting evidence (no. 2</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
			<p>and 3):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timely refocus the programs when goals are fulfilled, but keep monitoring scores on old targets to see if achieved results are preserved. 2. Support participation and program effectiveness by means of a sufficient incentive size. As noted by other authors, there is an urgent need for further research on the dose-response relationship in P4P programs. This is especially important, because although no clear cut relation of incentive size and effect has been established, many P4P programs in the US make use of a remarkably low incentive size (mostly 1 to 2% of income). Conflicting evidence does not justify the use of any incentive size, while still expecting P4P programs to deliver results. 3. Provide quality improvement support to participants through staff, infrastructure, team functioning, and use of quality improvement tools.
Wekesah et al., 2016	<p>Nigeria: A co-financing program for maternal health between the government and the community resulted in a 60% increase in the utilization of maternal health services (from 26.7 to 85.6 %).</p>		
Yuan et al., 2017	<p>Two comparisons related to P4P: 1) P4P plus some existing payment method (capitation or input-based payment) compared to the existing payment method; (12 of 14 studies)</p>	<p>Four studies reported some unintended or adverse effects. Petersen 2013 found that after the P4P intervention had ended, there was a significant reduction in blood pressure control and appropriate</p>	<p>Carefully consider each component of their P4P design, including the choice of performance measures, the performance target, payment frequency, if there will be additional</p>

Reference	Effectiveness	Unintended consequences & spillover effect	Implementation consideration
	<p>2) P4P combined with capitation compared to FFS. (1 RCT study on antibiotic prescription)</p> <p>Thirteen studies (included in the effects analysis) found that adding P4P to an existing payment method probably slightly improved the care provided by health professionals (moderate-certainty evidence) and may have little or no effect on utilization of health services (immunization, ANC) or patient outcomes (low-certainty evidence)</p>	<p>response to uncontrolled blood pressure in the intervention group compared with the control group (low-certainty evidence).</p>	<p>funding, whether the payment level is sufficient to change the behaviors of health providers, and whether the payment to facilities will be allocated to individual professionals. Unfortunately, the studies included in this review did not help to inform those considerations. Electronic information system or resources to support the administrative cost of P4P was used by P4P programs in developed countries.</p>