

Plata în funcție de performanță în sănătate

Un pod prea îndepărtat?



Plata în funcție de performanță în sănătate – Un pod prea îndepărtat?

Autor: Adrian Gheorghe

Observatorul Român de Sănătate este o organizație non-guvernamentală a cărei misiune este aceea de a contribui la îmbunătățirea serviciilor de sănătate din România. Observatorul desfășoară studii de cercetare privind activitatea acestor servicii, integrând evidențele disponibile privind teme de interes pentru a informa elaborarea unor politici de sănătate coerente și eficiente.

www.ors.org.ro

Seria „**Policy reports**” cuprinde studii care colectează, analizează, sintetizează și interpretează rațional evidențele din literatura de specialitate cu relevanță pentru o temă specifică.

Conflicte de interese: niciunul.

Citare recomandată: Gheorghe, A. (2013) Plata în funcție de performanță în sănătate – Un pod prea îndepărtat? Policy report no. 3. București: Observatorul Român de Sănătate.

Cuprins

1. Introducere	1
2. Dimensiuni relevante pentru implementarea P4P	3
2.1. Cum pot fi definite <i>calitatea și performanța</i> actului medical?	3
2.2. Cum se obțin datele care conduc la construcția indicatorilor de calitate?	7
2.3. Cum se face legătura dintre remunerație și atingerea indicatorilor de calitate?	8
3. Rezultatele implementării plății în funcție de performanță	9
3.1. Care sunt efectele P4P asupra performanțelor clinice?	9
3.2. Cum variază în timp efectele P4P asupra performanțelor clinice?	9
3.3. Care sunt efectele P4P asupra veniturilor furnizorilor de servicii medicale?	10
3.4. Care sunt efectele P4P asupra echității?	10
3.5. Cum percep medicii implementarea P4P?	11
3.6. Cum percep pacienții implementarea P4P?	11
4. Perspectiva implementării plății în funcție de performanță în România	12
5. Concluzii și recomandări	15

Sumar executiv

Plata în funcție de performanță în sănătate (pay for performance, P4P) a fost adusă în discuție recent în România, fiind prezentată drept o posibilă soluție pentru ameliorarea inechităților profesionale actuale. Deși atractiv la prima vedere, conceptul P4P este dificil de implementat și dovezile care îl susțin sunt controversate.

Obiectivul studiului este acela de a prezenta principalele aspecte metodologice și practice pe care le presupune implementarea P4P. În plus, documentul trece în revistă dovezile disponibile privind consecințele unei scheme de tip P4P pe baza experiențelor țărilor în care acestea au fost implementate.

Elementele fundamentale pentru implementarea P4P sunt următoarele:

Definiții de lucru ale *calității și performanței*: majoritatea conceptualizărilor curente cuprind cel puțin două dimensiuni - performanța clinică și experiența subiectivă a pacientului. Este esențial ca definițiile adoptate să reflecte prioritățile sistemului de sănătate în care urmează a fi aplicate și să includă componente specifice, precum echitate, capacitate organizațională sau acces geografic. P4P are coerență doar în prezența unor obiective specifice, asumate la nivelul întregului sistem de sănătate.

Infrastructură de date: evaluarea performanței este posibilă numai în prezența unui volum corespunzător de date valide și relevante care să permită construcția indicatorilor de performanță. Experiența internațională sugerează că instalarea și întreținerea infrastructurii informaționale reprezintă un cost major al implementării P4P.

Mecanisme financiare corelate cu performanța: majoritatea schemelor P4P acordă bonusuri și recurg la penalități pentru situații excepționale, adesea erori evitabile. P4P este rareori metoda principală de plată a furnizorilor de servicii medicale, ci reprezintă doar un mecanism complementar. Cele mai ambițioase programe P4P pot conduce la variații de +/- 20% ale veniturilor furnizorilor de servicii medicale.

Dovezile privind consecințele implementării P4P conturează un mesaj echivoc:

- P4P poate conduce la îmbunătățiri moderate ale parametrilor clinici la nivel populațional. Aceste rezultate nu pot fi reproduse în toate ariile terapeutice și au un impact maxim în primii 2-3 ani de la implementarea schemei, estompându-se lent ulterior.
- P4P pare să aibă, în medie, un impact minor asupra veniturilor furnizorilor de servicii medicale. Acest impact pare să fie nesemnificativ la nivel organizațional (spitale) și scăzut-moderat, în funcție de factori contextuali, la nivel individual (medici). Observația trebuie moderată de faptul că P4P a fost până în prezent asociată cu bonusuri relativ mici, reflectând necunoscutele asociate consecințelor schemei.

- P4P are un impact etic prin faptul că tinde să subaprecieze eforturile de îndeplinire a criteriilor de performanță pe care le fac grupurile clinice cu casemix mai dificil. Cu toate acestea, nu există indicații că P4P discriminează la nivelul caracteristicilor pacienților.
- P4P este, în general, considerată de către medici și pacienți ca fiind acceptabilă, deși modul în care schema funcționează este rareori înțeles pe deplin.
- P4P poate avea consecințe neplanificate, dorite și nedorite. Principala consecință pozitivă este colectarea unui volum semnificativ de date, care poate contribui la îmbunătățirea culturii și practicii clinice dincolo de acordarea bonusurilor de performanță. Consecințele negative importante cuprind creșterea birocrăției, supraspecializarea, remodelarea imprevedibilă a traseelor clinice și a relațiilor profesionale.

Punctele cheie evidențiate de analiza noastră privind potențialul implementării P4P în România sunt următoarele:

- P4P este, fundamental, un concept care pune în centru interesul pacientului. Prezentarea P4P drept soluție pentru salarizarea necorespunzătoare a medicilor este nerealistă, nesusținută de nicio dovadă și deturneză înțelegerea consecințelor schemei.
- Infrastructura informațională disponibilă la nivelul spitalelor și al sectorului de medicină primară din România este încă tânără, în plin curs de optimizare. Volumul datelor colectate este insuficient și calitatea lor nu a fost încă demonstrată.
- P4P este un mecanism eminent corectiv, al cărui design pleacă de la obiective asumate la nivel de sistem. P4P nu are sens în absența unei evaluări preliminare a performanței care să permită stabilirea și asumarea acestor obiective. Un cadru metodologic al evaluării performanței și o evaluare preliminară a acesteia lipsesc în prezent.

În concluzie, implementarea P4P este prematură în România deoarece funcțiile necesare desfășurării P4P nu pot fi, deocamdată, îndeplinite cu succes. P4P este încă un concept experimental, cu potențial, însă insuficient studiat. Drept dovadă, el a fost aplicat cu prudență de către decidenți, exclusiv ca și mecanism complementar.

Dezbaterea privind definirea și monitorizarea performanței actului medical în România este absolut necesară. Aceasta trebuie continuată în sensul includerii treptate și concrete a măsurării performanței în cultura planificării și livrării serviciilor de sănătate.

1. Introducere

Decidenții politici din orice sistem de sănătate sunt interesați permanent de optimizarea raportului cost-beneficiu al îngrijirilor oferite de către furnizorii de servicii medicale. Deși, în teorie, cele două categorii de actori au în comun faptul că acționează în calitate de agenți ai pacienților în sensul că iau decizii în numele și în interesul acestora, fiecare urmărește și obiective specifice, precum încadrarea în limitele constrângerilor bugetare, creșterea veniturilor proprii, prestigiul profesional și altele. Această realitate face improbabilă atingerea unui echilibru optim al pieței de servicii medicale în absența reglementării.

Decidenții au la dispoziție două categorii largi de instrumente pentru atingerea obiectivului de eficiență: ajustarea *tarifelor* de rambursare a furnizorilor pentru serviciile oferite; și ajustarea *mecanismelor* de rambursare a costului acestora. Conceptul de plată în funcție de performanță (pay for performance, în continuare P4P) se înscrie în a doua categorie de instrumente și reprezintă un curent relativ recent în arhitectura sistemelor de sănătate, fiind implementată la o scară semnificativă începând cu finalul anilor 1990 în țări precum Australia, Marea Britanie și Statele Unite.

P4P urmărește să maximizeze valoarea adăugată a actului medical prin controlul costurilor, creșterea beneficiului pentru pacient și creșterea, în general, a calității actului medical. Principiul presupune condiționarea unui procent din veniturile furnizorilor de servicii medicale cu atingerea unor ținte impuse de către decidenți. Mecanismul vizat este orientarea comportamentului furnizorilor în sensul limitării livrării de proceduri cu valoare clinică scăzută sau nedemonstrată pentru pacient și, în același timp, al stimulării acordării îngrijirilor care maximizează beneficiul pacientului.

Conceptul de P4P se bazează pe un set clar de premise [1]:

- Motivația financiară facilitează modificarea comportamentului;
- Modificarea comportamentului va conduce la ameliorările vizate în termeni de calitate și performanță;
- Decidenții pot face distincția între aspectele activității clinice care pot beneficia de motivații financiare și cele care pot fi afectate în sens nedorit; și
- Beneficiile unei astfel de politici contrabalansează efectele adverse ale implementării sale.

Primele două dintre cele patru premise de mai sus reprezintă cheia de boltă a întregului mecanism P4P. Există modele teoretice, susținute de experimente punctuale, care sugerează că medicii pot răspunde la (respectiv își pot ajusta practica în funcție de) stimulente financiare și factori ce țin de prestigiul profesional [2]. Cu toate acestea, dovezile privind măsura în care acest comportament conduce în practică la creșterea calității actului medical sunt limitate. O revizie recentă a

grupului Cochrane referitoare la medicina primară a concluzionat că „sunt încă insuficiente dovezi care să susțină sau nu folosirea stimulentei financiare pentru a îmbunătăți calitatea îngrijirilor de medicină primară. Implementarea unor astfel de stimulente trebuie efectuată cu precauție și schemele aferente trebuie gândite cu mai mare atenție decât până în prezent înaintea implementării”[3]. O evaluare similară cu accent pe rezultatele P4P aplicate în țările în curs de dezvoltare a formulat concluzii similare, subliniind importanța pentru succesul schemei a elementelor de context, precum designul stimulentei și cadrul organizațional[4].

Astfel, cele două premise de plecare ale P4P se arată a fi insuficient susținute de dovezi încă înainte de a începe o discuție informată pe marginea implementării conceptului. În cele ce urmează, raportul își propune să identifice și să discute succint considerentele metodologice și practice asociate implementării P4P, precum și dovezile privind impactul acestui tip de politică. Structura raportului este următoarea: secțiunea 2 prezintă principalele dimensiuni metodologice și practice relevante pentru P4P; secțiunea 3 discută dovezile privind efectele implementării P4P; secțiunea 4 oferă observații privind perspectiva implementării P4P în România, urmate de concluzii și recomandări.

2. Dimensiuni relevante pentru implementarea P4P

Discuția pe marginea implementării în practică a P4P conduce imediat la o serie de întrebări esențiale:

2.1. Cum pot fi definite *calitatea și performanța* actului medical?

Literatura de specialitate cuprinde un spectru larg de operaționalizări ale conceptului de *calitate* a serviciilor de sănătate. Fundamental este modelul *structure-process-outcome* propus de Donabedian[5, 6], care a inspirat taxonomii mai recente precum cele ale Organizației Mondiale a Sănătății[7] și Institute of Medicine[8]. Intersecția definițiilor propuse conturează un concept multi-dimensional care poate fi formulat la mai multe niveluri -individual, organizațional și sistemic- în care perspectiva centrală este aceea a pacientului. Amintim aici, cu titlu ilustrativ, rezultatele sintezelor lui Arah *et al* [9] (Tabelul 1) și, pentru o viziune mai amplă a performanței în sectorul public, Klassen *et al*[10] (Tabelul 2).

Tabelul 1. Modelul conceptual Health Care Quality Indicator (HCQI) Project, propus de Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD). Adaptat după [9]

Tipuri de nevoi pentru îngrijiri medicale	Dimensiuni ale calității		
	Eficiență	Siguranță	Sensibilitate la nevoile pacientului
Mentținerea stării de sănătate			
Ameliorarea stării de sănătate			
Traicul cu dizabilități/boli cronice			
Îngrijiri terminale			

Tabelul 2. Modelul conceptual de evaluare a performanței serviciilor publice sintetizat de Klassen *et al*[10]

Dimensiuni ale calității	Componente individuale
Colaborare	Colaborare
Învățare și inovare	Generarea și utilizarea cunoștințelor Procese de îmbunătățire a calității Dezvoltarea resurselor umane
Management	Leadership/guvernare Infrastructură Management financiar
Livrare de servicii	Echitate Disponibilitate/Accesibilitate Grad de cuprindere Relevanță Coordonare Siguranța utilizatorilor
Rezultate	Eficiență Perspectiva utilizatorului

Adoptarea unei definiții de lucru a calității actului medical este esențială pentru definirea *performanței*: selecția dimensiunilor considerate relevante este urmată de *măsurarea* realizărilor acestora, în sensul că stabilirea unui standard de performanță presupune cuantificarea și specificarea unui nivel dezirabil al dimensiunilor componente ale calității. Se disting câteva dificultăți fundamentale:

Cum se aleg indicatorii care să reflecte adecvat fiecare dimensiune?

Orice indicator trebuie să întrunească o serie de atribute generice, care includ: să fie măsurabil; să fie relevant; să fie valid; să fie robust; să fie cost-eficient și altele. Existența unui indicator măsurabil condiționează în mare măsura includerea dimensiunii pe care o reprezintă în definiția performanței. Din acest punct de vedere, parametrii clinici (precum colesterolemie, tensiune arterială, număr de episoade gripale) se pretează cel mai ușor evaluării deoarece sunt direct corelați cu starea de sănătate a pacientului și, mai ales, pot fi măsuși direct. De exemplu, programul Quality Outcomes Framework (QOF) din Marea Britanie cuprinde 142 indicatori, dintre care 87 de indicatori clinici din 20 de arii terapeutice (Tabelul 3); cel mai bine reprezentate sunt diabetul zaharat (15 indicatori) și boala coronariană (8 indicatori).

Tabelul 3. Indicatorii de calitate evaluați în programul Quality Outcomes Framework (QOF) din Marea Britanie

Domeniu	Arie specifică	Numărul indicatorilor
Clinic	Astm	4
	Fibrilație atrială	3
	Cancer	2
	Insuficiență renală cronică	5
	Prevenția bolilor cardiovasculare	2
	BPCO	5
	Prevenția secundară a bolii coronariene	8
	Demență	3
	Depresie	3
	Diabet zaharat	15
	Epilepsie	4
	Insuficiență cardiacă	4
	Hipertensiune	3
	Hipotiroidism	2
	Dizabilități cognitive	2
	Sănătate mintală	10
	Obezitate	1
	Îngrijire paliativă	2
Fumat	2	
AVC sau accident ischemic tranzitor	7	
Organizațional	Educație și training	7
	Managementul medicației	8
	Informarea pacientului	1
	Managementul cabinetului	7
	Calitate și productivitate	11
	Informații asupra pacienților	11
Experiența pacienților	Durata consultațiilor	1
Servicii suplimentare	Screening pentru cancer cervical	4
	Monitorizarea sănătății copilului	1
	Servicii contraceptive	3
	Servicii de maternitate	1

Sursa: [11]

Pe de altă parte, concepte precum potențialul de leadership și adoptarea de practici inovative, deși relevante, sunt mult mai fluide și greu susceptibile măsurătorii. Aceasta face ca impactul unor astfel de practici asupra stării de sănătate, deși intuitiv posibil, să fie dificil de demonstrat și evaluat în mod curent.

În prezent, majoritatea schemelor P4P se concentrează pe două dimensiuni: performanța clinică și experiența subiectivă a pacientului. Acestea li se pot adăuga alte dimensiuni, în funcție de obiectivele generice ale programului. De exemplu, programul QOF din Marea Britanie evaluează și performanța organizațională și serviciile adiționale oferite de medicii de familie; programul Practice Incentives Program (PIP) din Australia evaluează și gradul de includere a pacienților din mediul rural[12]; și Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) din Franța evaluează comportamentul prescriptoriu al medicilor în sensul încurajării prescrierii medicamentelor generice[13].

Cum poate fi stabilită valoarea-prag a indicatorilor în sensul definirii performanței?

Una dintre discuțiile centrale pe această temă este dacă performanța ar trebui definită în termeni absoluți (de exemplu, mai puțin de 20% din totalul pacienților din listă cu TA sistolică <140 mmHg) sau în termeni relativi (de exemplu, procentul de pacienți din listă cu TA sistolică <140 mmHg peste percentila 50 la nivelul sistemului i.e. performanță superioară față de cel puțin 50% din totalul celorlalți medici). Importanța alegerii schemei este strâns legată de distribuția performanței la nivelul întregului sistem de sănătate anterior introducerii P4P și de obiectivele programului P4P asumate de către decidenți:

- O schemă bazată pe *ținte absolute* răsplătește proponderent furnizorii de servicii care deja le îndeplinesc la momentul introducerii sale și nu îi încurajează să își îmbunătățească permanent practicile; în același timp, furnizorii care se află departe de o astfel de țintă pot considera că nu au nicio șansă de a o atinge și vor pierde motivația de a își îmbunătăți practica.
- O schemă bazată pe *ținte relative* presupune evaluarea performanței fie în raport cu un grup de control care nu participă la schemă, fie cu un clasament de tip „ligă” în care sunt răsplătiți/penalizați furnizorii de servicii care au performanțe superioare/inferioare celorlalți. Această variantă diluează într-o oarecare măsură tendința de autosuficiență, respectiv abandon, de care sunt susceptibile schemele bazate pe ținte absolute, însă descurajează cooperarea între furnizori, ceea ce poate afecta îngrijirea pacientului prin distorsionarea traseelor clinice.
- O schemă bazată pe *îmbunătățiri relative* răsplătește furnizorii de servicii după măsura în care își ameliorează performanțele în timp. Acest tip de schemă îi favorizează pe low-performerii în detrimentul high-performerilor, deoarece creșterile marginale sunt mai ușor de efectuat la un nivel de performanță redus și mai dificil de atins dincolo de un anumit prag. Meritul acestei scheme este că stimulează convergența performanței furnizorilor într-o perioadă concentrată de timp; odată atins nivelul de uniformitate specificat, schema își pierde conținutul motivațional și poate fi abandonată în favoarea alteia mai complexe.

Generic vorbind, soluțiile complexe adoptă un mix al acestor abordări.

Programul Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (PHQID) din Statele Unite rambursează suplimentar spitalele care demonstrează că ating sau depășesc anumite ținte de performanță [14]. PHQID oferă patru tipuri de bonusuri care combină ținte relative și îmbunătățiri relative:

- Un bonus de bază pentru spitalele care au depășit mediana performanței agregate;
- Un bonus adițional pentru top-performeri i.e. spitalele cu performanța în top 20% la nivelul programului;
- Un bonus de progres pentru spitalele cu creșteri ale performanței în top 20% la nivelul programului;
- O penalitate de 1% (2%) pentru spitalele care nu s-au încadrat în top 20% (10%) la niciuna dintre ariile clinice evaluate.

2.2. Cum se obțin datele care conduc la construcția indicatorilor de calitate?

Măsurarea performanței presupune accesul la informațiile care permit calcularea indicatorilor relevanți. Cum performanța clinică și satisfacția pacientului sunt domeniile predilecte, sursele de date cele mai relevante sunt fișele pacienților, raportările furnizorilor către autoritatea care efectuează plățile și sondajele care măsoară satisfacția pacienților. Implementarea P4P este imposibilă fără o infrastructură informațională adecvată, care să permită colectarea, procesarea și circulația armonioasă între instituții a acestor date.

De altfel, există date conform cărora spitalele care implementează soluții electronice de monitorizare a traseelor clinice ale pacienților își îmbunătățesc performanțele clinice medii independent de prezenta unor stimulente financiare[15]. Acoperirea furnizorilor de servicii medicale cu tehnologie IT este insuficientă dacă aceasta nu este și armonizată, astfel încât agregarea datelor și evaluarea comparativă a performanței să devină posibilă[16].

Infrastructura IT despre care vorbim are propriile sale costuri de instalare și întreținere. În Marea Britanie, programul QOF a alocat 30 milioane GBP doar în primul an al programului (2004) pentru suport în instalarea tehnologiei necesare în cabinetele medicilor de familie [17], deși acestea dispuneau deja, la acel moment, de o infrastructură informatică apreciabilă. În plus, medicii de familie au raportat că au fost nevoiți să suplimenteze personalul administrativ pentru a face față cerințelor de management al datelor impuse de program [18]. În Australia se estimează că bonusurile primite din programul P4P sunt direcționate de către medicii de familie în principal către salarii și apoi către menținerea sau dezvoltarea tehnologiei IT necesare desfășurării programului [12].

2.3. Cum se face legătura dintre remunerație și atingerea indicatorilor de calitate?

Principial, și aici se poate vorbi despre două tipuri de atitudini: răsplătirea high-performerilor prin acordarea de bonusuri; sau amendarea low-performerilor prin aplicarea de penalități. Majoritatea programelor P4P acordă bonusuri. Schemele care aplică penalități, atunci când sunt introduse, sunt rezervate în principal așa-numitelor „erori evitabile”[19] sau, precum în exemplul anterior, sub-performanțelor extreme.

Există un procent optim din veniturile furnizorilor de servicii medicale care ar trebui asigurat din bonusuri de performanță?

Răspunsul ține de un vector de factori, care include: tipul de furnizor la nivelul căruia se face evaluarea (medic, grup de practica sau spital), constrângerile bugetare, obiectivele generale ale schemei P4P (convergența performantei sau atingerea unui nivel absolut de performanță), celelalte aranjamente de plată existente (nivelul salariilor, alte bonusuri) șamd. În plus, este necesară o distincție între indivizi și organizații: puținele dovezi din afara sectorului medical arată că, în general, organizațiile răspund la stimulente financiare mai mici (în termeni relativi) decât operatorii individuali.

În majoritatea țărilor bonusurile pentru spitale reprezintă adesea un procent foarte mic din totalul veniturilor, sub 5%: de exemplu, procentul este sub 1% pentru spitalele din programul Medicare din Statele Unite și 0.5% la introducerea schemei în spitalele din NHS-ul britanic (cu creștere ulterioară). Cel mai ambițios program este de departe QOF din Marea Britanie, unde medicii de familie își pot crește veniturile cu până la 25% în funcție de atingerea indicatorilor. Aceasta este, însă, o excepție întrucât alte scheme sunt mult mai modeste. De exemplu, programul CAPI din Franța, implementat în 2009, oferă bonusuri medii de sub 2% din totalul veniturilor.

Cum se pot aplica mecanismele financiare ale P4P?

Bonusurile pentru furnizori pot fi operaționalizate divers. De exemplu:

- Bonus-bloc de participare la schemă: de exemplu, grupurile de practică de medicină primară din Noua Zeelandă primesc \$20,000 atunci când se alătură schemei P4P [20].
- Bonus per pacient: de exemplu, medicii de familie din Germania primesc echivalentul a \$35 pentru fiecare pacient pe care îl enrolează spre evaluare în P4P [21].
- Bonus per punct: de exemplu, în Marea Britanie performanța este evaluată prin cumularea unui număr de puncte asociate fiecărui indicator. Quantumul bonusului de performanță este stabilit prin multiplicarea numărului de puncte totalizate cu valoarea monetară a fiecărui punct (157 GBP în 2013/2014).
- Bonus per tarif DRG: de exemplu, spitalele Medicare din Statele Unite (vezi exemplul de mai sus) sunt rambursate cu tarife DRG mai mari cu 1-2% pentru ariile terapeutice în care au atins nivelurile de performanță necesare. Similar, programul Blue Cross Blue Shield of Michigan oferă bonusuri de 5% per tarif DRG.

3. Rezultatele implementării plății în funcție de performanță

Dincolo de considerentele teoretice și practice ale implementării P4P, interesează dovezile disponibile privind impactul introducerii acestui tip de schemă.

3.1. Care sunt efectele P4P asupra performanțelor clinice?

Revizii sistematice ale rezultatelor programelor P4P sugerează un efect controversat: în unele contexte și arii terapeutice au fost puse în evidență îmbunătățiri ale performanței, iar în altele nu [22-24]. De exemplu, în cadrul programului QOF în Marea Britanie au fost observate ameliorări¹ ale indicatorilor pentru diabet și astm bronșic, dar nu și pentru afecțiuni cardiovasculare [25]. Și programul echivalent din Germania (Disease Management Programme), care include doar boli cronice (diabet, boli cardiovasculare, cancer de sân, astm bronșic și BPCO) a fost asociat cu îmbunătățiri ale controlului diabetului [21] și insuficienței cardiace [26]. În Olanda un program similar de medicină primară a obținut după un an de la implementare îmbunătățiri semnificative în performanța managementului afecțiunilor cardiovasculare și astmului, dar niciun efect în rata vaccinării antigripale sau a screeningului pentru cancer de col uterin [27]. Rezultatele din Noua Zeelandă au fost, de asemenea, modeste [20].

Programele P4P din spitalele din Statele Unite au demonstrat atât tendința de convergență a performanței furnizorilor de servicii, cât și îmbunătățiri ale performanței, deși de o magnitudine modestă. Ca ordin de mărime, într-un interval de doi ani high-performerii au avut creșteri medii ale performanței globale de 1.9%, în timp ce low-performerii au crescut în medie cu 16.9% [28, 29].

Ce se întâmplă cu performanța în ariile nemonitorizate? Și aici rezultatele sunt contradictorii: unele studii au arătat că performanța rămâne constantă, la nivele anterioare introducerii P4P [30], în timp ce altele au demonstrat performanțe comparativ inferioare față de indicatorii monitorizați [31]. Dovezile din programul QOF sugerează că îmbunătățirea performanței asociate ariilor terapeutice nemonitorizate a fost permanent inferioară celor monitorizate, pentru ca la câțiva ani de la introducerea P4P să intre în declin [32].

3.2. Cum variază în timp efectele P4P asupra performanțelor clinice?

Analize ale programului QOF au arătat că ritmul de creștere a performanței este mai ridicat în primii ani de la implementarea P4P, pentru ca apoi să scadă treptat [32, 33]. Cele mai accentuate îmbunătățiri s-au înregistrat în primul an de la implementarea schemei, urmând o fază de platou de aproximativ 2 ani și apoi o scădere ușoară a performanței adăugate, rămânând, însă, la niveluri superioare celor anterioare introducerii schemei. Analize similare din Statele Unite au arătat că spitalele care au implementat P4P au avut performanțe superioare grupului de control în primii 3 ani, pentru ca după 5 ani diferențele să fie nesemnificative [34].

¹ În absența unui grup de control, analiza citată a comparat scorurile obținute de cabintele participante cu scorurile previzionate pe baza extraopolării trendului identificat în anii anteriori introducerii programului QOF.

3.3. Care sunt efectele P4P asupra veniturilor furnizorilor de servicii medicale?

Proporția bonusului P4P adus veniturilor curente ale medicilor variază foarte mult în funcție de detaliile de implementare ale schemei, însă estimările sunt adesea conservatoare: 2% în Franța[13]; aproximativ 10% pentru medicii de spital în China[35]; între 5 și 15% în Statele Unite, în funcție de compania de asigurări. Cea mai mare creștere medie au avut-o medicii din Marea Britanie – până la 25% i.e. până la £20,000 anual.

Impactul P4P asupra performanței financiare a spitalelor nu pare să fie semnificativ². Un studiu ilustrativ este cel desfășurat de Kruse *et al*[36], care au comparat rezultatele financiare a 260 spitale P4P din Statele Unite cu 780 spitale dintr-un grup de control. Autorii au concluzionat că nu există diferențe semnificative între cele două grupuri în ceea ce privește costurile, veniturile și marja de profit, ceea ce sugerează că P4P a avut un efect neutru asupra structurii rezultatelor financiare ale spitalelor. Cu toate acestea, atât costurile cât și veniturile au crescut în ambele grupuri în intervalul studiat, ceea ce poate indica două fenomene: pe de o parte, spitalele investesc în infrastructură pentru a răspunde cerințelor P4P; pe de altă parte, spitalele care nu implementează P4P pot emula acest tip de comportament în perspectiva adoptării mecanismului în viitor.

3.4. Care sunt efectele P4P asupra echității?

De la început trebuie spus că strategia P4P nu a fost proiectată specific astfel încât să influențeze echitatea accesului la servicii medicale³. Cu toate acestea, chiar și un program P4P care nu are o componentă explicită de echitate poate avea efecte adverse de această natură, care pot fi formulate sub forma 'legii îngrijirii inverse': pacienții din medii defavorizate, respectiv cei care au cea mai mare nevoie de îngrijiri medicale, dar și pronosticul cel mai nefavorabil, tind să fie evitați în mod explicit de către furnizorii de servicii medicale pentru a nu își periclita atingerea indicatorilor de performanță [37].

Efecte de acest tip au fost observate în practică, însă la nivelul furnizorilor, nu la nivelul pacienților. În urma implementării programului QOF în Marea Britanie, cabinetele de medicină de familie care deserveau populații mai puțin afluate au avut dificultăți în a atinge țintele de performanță în primii ani [32] și au primit bonusuri semnificativ mai reduse decât celelalte cabinete [38]. Astfel, programul P4P răspundea corect în sensul că nu penaliza practicile cu casemix mai dificil, însă nici nu le răsplătea suficient [39]. Cu toate acestea, după câțiva ani a fost atinsă o convergență ridicată a performanței furnizorilor de-a lungul percentilelor socio-economice – un succes al programului. De altfel, o evaluare sistematică recentă a studiilor P4P nu a pus în evidență efecte discriminatorii asupra pacienților în funcție de sex, etnicitate sau mediu socio-economic [22].

² Acest rezultat trebuie interpretat în lumina valorii oricum reduse a bonusurilor pentru spitalele Medicare din Statele Unite.

³ Includerea unei dimensiuni etice este, însă, posibilă - vezi cazul australian (Secțiunea 2.1, p.6).

3.5. Cum apreciază medicii implementarea P4P?

Studiile care au evaluat experiența personalului medical asupra implementării P4P conturează un curent de opinie în general favorabil. De exemplu, un chestionar aplicat unui eșantion de 1200 de medici din statele California și Massachusetts a evidențiat că aceștia apreciază potentialul schemei de a îmbunătăți calitatea actului medical și se declară încrezători în beneficiul net al acestuia (raport avantaje-dezavantaje). În același timp, însă, admit că nu o înțeleg foarte bine și că nu se pot pronunța cu certitudine dacă P4P are într-adevăr efectele dorite sau nu [40].

O evaluare a experiențelor programului QOF din Marea Britanie a evidențiat o îmbunătățire a lucrului în echipă în cadrul cabinetelor de medicină de familie, dar și un sentiment de frustrare legat de faptul că beneficiile financiare nu se reflectă întotdeauna în veniturile curente individuale; în plus, a devenit clar că P4P contribuie la stratificare și supraspecializare în cadrul echipelor de lucru, în sensul ca asistentele medicale (*nurses*) preiau tot mai multe atribuții clinice (în special cazurile mai ușoare), ceea ce duce la potențialul de pierdere a unor competențe din partea medicilor [18, 31]. Aceste rezultate sunt complementare celor ale lui Whalley *et al*, al căror sondaj în rândul medicilor de familie din Marea Britanie a pus în evidență că aceștia sunt în general mulțumiți de implementarea P4P, dar și că își percep activitatea ca fiind mai intensă, deși petrec mai puțin timp fizic în cabinet [41].

3.6. Cum apreciază pacienții implementarea P4P?

Puținele studii existente indică un răspuns neutru sau favorabil al pacienților față de implementarea P4P [22]. Una dintre cele mai ample evaluări de acest gen a fost efectuată în Marea Britanie în a doua jumătate a anului 2008: peste 2 milioane de pacienți au fost incluși într-un sondaj asupra experienței individuale a îngrijirilor de medicină primară, comandat de Department of Health. Deși rezultatele au fost în general pozitive⁴, rezultatele sondajului au fost incluse în formula de acordare a bonusurilor din programul QOF, ceea ce a făcut ca multe cabinete individuale să primească venituri mai scăzute decât s-ar fi așteptat. Acuzațiile privind lipsa de validitate și reprezentativitate a sondajului au fost ulterior infirmate [42].

În rezumat, deși rezultatele studiilor prezentate sunt în mod obligatoriu eterogene deoarece sunt afectate de obiectivele și detaliile tehnice ale fiecărei adaptări, concluziile nu sunt lipsite de consistență. Parametrii clinici par să se îmbunătățească în urma implementării P4P, însă efectele sunt inconstante de-a lungul timpului și ariilor terapeutice. Impactul asupra veniturilor furnizorilor de servicii medicale este, în general, redus. Mai important, programele de tip P4P afectează continuitatea îngrijirii pacientului și redefinesc într-o pluralitate de sensuri relațiile profesionale dintre clinicieni.

⁴ Peste 85% dintre respondenți s-au declarat mulțumiți sau foarte mulțumiți de calitatea serviciilor oferite de medicul de familie.

4. Perspectiva implementării plății în funcție de performanță în România

P4P și-a făcut apariția în discursul public din România în prima parte a anului 2013. Una dintre declarațiile Ministrului Sănătății pe această temă a sunat astfel: „Putem să gândim un alt sistem de plată a medicilor, să schimbăm salarizarea, să nu-i mai lăsăm pe medici și asistenți să fie bugetari, să nu mai fie în grila de salarizare bugetară. Eu nu cred că locul lor este acolo. Să facem un sistem prin care competența și profesionalismul medicilor să fie criteriile fundamentale prin care ei să fie plătiți”. Intervenții ulterioare au proiectat posibilele venituri ale medicilor de spital în perspectiva noilor reforme, printre care și P4P. Astfel, P4P a fost invocată în contextul ameliorării condițiilor de lucru ale personalului medical.

Se impun câteva observații pe marginea acestui context:

1. P4P pune în centru interesul clinic al pacientului. Dacă există dovezi privind rezultatele pozitive ale unor astfel de programe, ele se referă la ameliorarea unor parametri clinici la nivelul populației. Experiența pacientului a fost menționată până acum în cel mai bun caz ca un beneficiu colateral. Orice discuție pe marginea P4P trebuie să își asume primordial perspectiva experienței clinice și subiective a pacientului deoarece în acest sens conceptul a fost gândit și (până la un punct) demonstrat.

Este mai simplu de evaluat performanța și de atribuit bonusul P4P la nivelul unității de analiză care este responsabilă pentru un pacient/episod complet de îngrijire decât la nivelul uneia a cărei contribuție este dificil de stabilit.

2. P4P nu a fost gândită pentru a redresa dezechilibre în remunerarea personalului medical. În plus, nu există niciun fel de dovadă că ar avea un astfel de efect i.e. îi răsplătește substanțial mai mult pe 'cei vrednici și competenți' decât pe 'cei leneși și slab pregătiți'. Salariul medicilor este doar un vehicul adecvat utilizat pentru a orienta deciziile acestora. Prezentarea P4P drept soluție pentru salarizarea necorespunzătoare a medicilor este nerealistă și

deturneză înțelegerea consecințelor schemei.

3. P4P a fost propusă în România pentru salarizarea directă a medicilor de spital. Astfel de programe P4P sunt relativ rare la nivel internațional. Majoritatea schemelor P4P se concentrează pe medici de familie sau organizații (spitale, grupuri de practică) dintr-un motiv simplu: dificultatea majoră a atribuirii contribuției fiecărui medic la evoluția clinică a pacientului. Într-un spital, un pacient este adesea plimbat printr-o serie de secții și 'văzut' de mai mulți specialiști. Deși unul singur își asumă răspunderea asupra cazului, contribuțiile celorlalți pot fi infime sau substanțiale, însă greu de cuantificat. Este mai simplu de evaluat performanța și de atribuit bonusul P4P la nivelul unității de analiză care este responsabilă pentru un pacient/episod

complet de îngrijire decât la nivelul uneia a cărei contribuție este dificil de stabilit. Subiectul este controversat; abordări detaliate se pot citi la Fisher *et al* [43] și Mehrotra *et al* [44].

4. P4P poate funcționa numai pe baza unui flux substanțial de informații relevante care să alimenteze algoritmi responsabili de stabilirea cuantumului bonurilor/penalităților. Aceste informații se referă la volumul și natura pacienților, parametrii clinici ai acestora, conținutul protocoalelor clinice care stabilesc cele mai bune practici și respectarea acestora.

Infrastructura informațională care să permită colectarea și prelucrarea acestor date este abia la început în România:

- Sistemul Informatic Unic Integrat (SIUI) a devenit operațional în toate spitalele din țară abia în 2011.
- Sistemul românesc de clasificare a cazurilor RO.vi.DRG a fost lansat relativ recent, în 2010, fiind updatat în 2011 și 2012 la versiunea curentă RO DRG v1. Grupul este încă 'tânăr' privind măsura în care reflectă realitatea clinică din spitale. Oficialii din sănătate au admis în mod repetat că eficiența monitorizării și calitatea raportării spitalelor pot fi mult îmbunătățite, deși exercițiul raportării s-a desfășurat (pe alte clasificări) încă din 2004 [45, 46].
- Protocoalele clinice, care ar trebui să ofere măsura practicilor recomandate pe baza dovezilor disponibile, acoperă tot mai multe arii terapeutice. Cu toate acestea, monitorizarea implementării lor este încă inexistentă și, în plus, conținutul unei bune părți a acestora are puțină relevanță pentru contextul clinic românesc deoarece unele au fost pur și simplu traduse din protocoale similare internaționale.
- Rețeta electronică a fost implementată începând cu 2012 și a devenit obligatorie din 2013. Fișa electronică a pacientului va fi implementată abia în 2014.

Acest tablou conturează o infrastructură informațională încă tânără, în plin curs de optimizare. Volumul datelor pe care le colectează este insuficient și calitatea lor nu a fost încă demonstrată. Și-ar dori cineva să plătească sau să fie plătit pe baza unor informații în a căror validitate nu are încredere?

5. Există dovezi care sugerează că simpla raportare, monitorizare și publicare a indicatorilor de performanță poate conduce la ameliorarea în timp a acestora, în absența oricăror mecanisme financiare asociate [47, 48].

6. P4P este un mecanism eminent corectiv, al cărui design pleacă de la obiective asumate la nivel de sistem. P4P nu are sens în absența unei evaluări preliminare a performanței care să permită stabilirea și asumarea acestor obiective. Practic, ce ne propunem: să ameliorăm disparitățile privind accesul la servicii în plan urban-rural? Sau în plan socio-economic (în România, sărăcia este un factor discriminant mai puternic decât urbanizarea!)? Sau să atingem convergența practicilor clinice în plan geo-spațial (avem vreo estimare a variabilității în prezent)? Sau să eliminăm serviciile medicale inutile (dar dacă nu monitorizăm implementarea

Și-ar dori cineva să plătească sau să fie plătit pe baza unor informații în a căror validitate nu are încredere?

protocoalelor, de unde știm că asta este cu adevărat o problemă?)? Lista întrebărilor poate continua.

7. Este ușor de realizat un program P4P în pripă. Experții internaționali au atras adesea atenția în ultimii ani ca țările care au în vedere un astfel de mecanism să se gândească de două ori, cu maximă atenție la designul stimulentei și, mai ales, moderație privind așteptările de la rezultatele programului [1, 23, 49, 50].

Macedonia a implementat P4P la nivelul medicilor specialiști din spitalele publice începând cu luna iulie 2012 [51]. Unul dintre obiectivele declarate ale schemei a fost, similar cu România, schimbarea fundamentală a salarizării medicilor de spital. Programul permite variații ale remunerației de +/- 20% din salariu și compară activitatea medicilor în interiorul secțiilor în care lucrează fără nicio altă comparație sau ajustare. În practică, algoritmul ajustează bonusurile doar în funcție de volumul intervențiilor prestate, fără niciun criteriu de performanță. Efectul nedorit al absenței ajustării face ca medicii care văd pur și simplu mai mulți pacienți să primească automat bonusuri mai mari decât cei care văd mai puțini pacienți, indiferent de casemix sau de tipul instituției în care lucrează. Sondaje preliminare arată că medicii percep sistemul ca fiind nedrept și de natură să afecteze relația medic-pacient.

Este esențială dezbaterea pe marginea definirii și măsurării performanței în sănătate în România în vederea atingerii unui consens asumat.

8. P4P a fost adusă în discuție și de către consultanții externi care au asistat Ministerul Sănătății în formularea strategiei de dezvoltare a serviciilor de medicină primară [52]. A fost sugerată introducerea unor elemente de P4P în salarizarea medicilor de familie alături de mixul actual capitație-plată per serviciu.

Respectivul raport a formulat recomandări prudente: este sugerată inițial investigarea elementelor de performanță care pot fi introduse în Contractul Cadru, urmată de un studiu de fezabilitate și de implementarea *treptată* a schemei, în funcție de rezultatele studiului de fezabilitate. Doar etapa de documentare și studiul de fezabilitate au fost planificate pentru doi ani calendaristici. În condițiile în care acestea nu s-au desfășurat deja, implementarea P4P apare din nou ca prematură.

9. P4P poate avea consecințe neplanificate, dorite și nedorite. Principala consecință pozitivă este colectarea unui volum semnificativ de date, care poate contribui la îmbunătățirea culturii și practicii clinice dincolo de acordarea bonusurilor de performanță. Consecințele negative importante cuprind creșterea birocrăției, supraspecializarea, remodelarea impredictibilă a traseelor clinice și a relațiilor profesionale.

10. Este esențială dezbaterea pe marginea definirii și măsurării performanței în sănătate în România în vederea atingerii unui consens asumat. Așa cum demonstrează cazul macedonean prezentat mai sus, fără înțelegerea și susținerea reformelor din partea celor mențiți să le implementeze, și anume medicii, nicio inițiativă nu poate reuși.

5. Concluzii și recomandări

1. P4P poate conduce la îmbunătățiri cel mult moderate ale parametrilor clinici la nivel populațional. Aceste rezultate nu pot fi reproduse în toate ariile terapeutice și au un impact maxim în primii 2-3 ani de la implementarea schemei, estompându-se lent ulterior. P4P are un conținut motivațional limitat în timp, care trebuie asociat unor obiective foarte clare la nivel de sistem, precum ameliorări în arii terapeutice și/sau grupuri vulnerabile cheie.
2. P4P este un concept complex, cu dovezi controversate și care este încă în stadiu experimental. În prezent P4P nu este recomandat ferm la nivel internațional și majoritatea experților invită la prudență maximă în design și implementare.
3. P4P nu este nici mecanism de justiție profesională, nici modalitate de îmbogățire a furnizorilor de servicii medicale - cu atât mai puțin în absența unei creșteri bugetare previzibile. P4P nu poate acționa drept antidot pentru subfinanțare, corupție, neglijență și lipsă de transparență.
4. Funcționarea P4P se bazează pe elemente premergătoare care se implementează incremental: protocoale clinice relevante și bazate pe dovezi; infrastructură informațională; un cadru metodologic al evaluării performanței; și o cultură a practicii clinice orientate pe măsurarea curentă a performanței.
5. Dezbaterile privind definirea și monitorizarea performanței actului medical în România este absolut necesară și trebuie continuată în sensul includerii treptate și concrete a măsurării performanței în planificarea și livrarea serviciilor de sănătate.
6. Cadrul organizațional, informațional și bugetar din România nu permite, în acest moment, desfășurarea adecvată a funcțiilor P4P. Constatarea este valabilă atât pentru medicina primară, cât și pentru sectorul spitalicesc. Designul oricărei scheme P4P trebuie informat de o evaluare prealabilă a performanței, care în prezent lipsește. Un obiectiv rezonabil și rațional pentru următorii ani devine, astfel, formularea și diseminarea criteriilor de performanță, urmate de o analiză diagnostic pe baza acestor criterii în vederea stabilirii oportunității introducerii P4P.

Recomandările noastre cuprind următoarele puncte:

- Formularea P4P având drept punct central pacientul, și nu furnizorii de servicii medicale
- Folosirea momentumului creat în jurul introducerii P4P pentru o dezbatere în sensul definirii conceptului de performanță în practica medicală din România, în strânsă legătură cu obiectivele Strategiei Naționale de Sănătate
- Introducerea treptată a criteriilor de performanță în Contractul Cadru exclusiv cu scop de monitorizare pentru o perioadă de minim 3 ani
- Evaluarea multianuală a performanței pe baza indicatorilor colectați și formularea la nivel de sistem a obiectivelor specifice în ceea ce privește ameliorarea performanței
- Asigurarea transparenței privind activitatea furnizorilor de servicii medicale prin raportarea publică a indicatorilor de performanță la nivel de furnizor

References

1. Mannion, R. și H.T.O. Davies. 2008. *Payment for performance in health care*. BMJ. **336**(7639): p. 306-308.doi 10.1136/bmj.39463.454815.94
2. Frølich, A., J.A. Talavera, P. Broadhead, și R.A. Dudley. 2007. *A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality*. Health Policy. **80**(1): p. 179-193.doi <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.03.001>
3. Scott, A., P. Sivey, D. Ait Ouakrim, și colab. 2011. *The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians*. Cochrane Database of Systematic Reviews. (9).doi 10.1002/14651858.CD008451.pub2
4. Witter, S., A. Fretheim, L. Kessy Flora, și K. Lindahl Anne. 2012. *Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries* Cochrane Database of Systematic Reviews. (2).doi 10.1002/14651858.CD007899.pub2
5. Donabedian, A. 1966. *Evaluating the Quality of Medical Care*. Milbank Memorial Fund Quarterly. **44**: p. 166-203.doi, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
6. Donabedian, A., J.R.C. Wheeler, și W. Leon. 1982. *Quality, Cost, and Health: An Integrative Model*. Medical Care. **20**(10): p. 975-992.doi 10.2307/3764709
7. Evans, D.B., T. Tan-Torres Edejer, J. Lauer, și colab. 2001. *Measuring quality: from the system to the provider*. International Journal for Quality in Health Care. **13**(6): p. 439-446.doi,
8. Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare, ed. *Medicare: a strategy for quality assurance, Vol. 1*. 1990, National Academy Press: Washington, DC.
9. Arah, O.A., G.P. Westert, J. Hurst, și N.S. Klazinga. 2006. *A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project*. International Journal for Quality in Health Care. **September**: p. 5-13.doi,
10. Klassen, A., A. Miller, N. Anderson, și colab. 2010. *Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a systematic review*. International Journal for Quality in Health Care. **22**(1): p. 44-69.doi,
11. NHS Employers. 2012. *Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2011/12*. Disponibil la adresa http://www.nhsemployers.org/SiteCollectionDocuments/QOFguidanceGMScontract_2011_12_FL%2013042011.pdf. Accesat 24/04/2013.
12. Cashin, C. și Y.-L. Chi. 2011. *Australia: The Practice Incentives Program (PIP)*. Disponibil la adresa <http://www.rbfhealth.org/system/files/Case%20study%20Australia%20Practice%20Incentive%20Program.pdf>. Accesat 23/04/2013.
13. La Commission des Comptes de la Securite Sociale. 2011. *LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE* Disponibil la adresa http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss2011_sept_tome1.pdf. Accesat 23/04/2013.
14. Centers for Medicare and Medicaid. 2011. *Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Fact Sheet*. Disponibil la adresa

- <http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/Downloads/HospitalPremierPressRelease-FactSheet.pdf>. Accesat 07/05/2013.
15. Brand, C.A., A.L. Barker, R.T. Morello, și colab. 2012. *A review of hospital characteristics associated with improved performance*. International Journal for Quality in Health Care. **24**(5): p. 483-494.doi 10.1093/intqhc/mzs044
 16. Kellermann, A.L. și S.S. Jones. 2013. *What It Will Take To Achieve The As-Yet-Unfulfilled Promises Of Health Information Technology*. Health Affairs. **32**(1): p. 63-68.doi 10.1377/hlthaff.2012.0693
 17. NHS National Programme for Information Technology. 2004. *GMS IT - Quality Management and Analysis System (QMAS) Bulletin*. Disponibil la adresa <http://www.blmc.co.uk/docs/docs/04081924.pdf>. Accesat 23/04/2013.
 18. Roland, M., S. Campbell, N. Bailey, și colab. 2006. *Financial incentives to improve the quality of primary care in the UK: predicting the consequences of change*. Primary Health Care Research and Development **7**: p. 18-26.doi,
 19. National Quality Forum. 2011. *Serious Reportable Events*. Disponibil la adresa http://www.qualityforum.org/Topics/SREs/Serious_Reportable_Events.aspx. Accesat 07/05/2013.
 20. Cashin, C. 2011. *New Zealand: Primary Health Organization (PHO) Performance Program*. Disponibil la adresa <http://www.rbfhealth.org/system/files/Case%20study%20New%20Zealand%20PHO.pdf>. Accesat 23/04/2013.
 21. Stock, S., A. Drabik, G. Büscher, și colab. 2010. *German Diabetes Management Programs Improve Quality Of Care And Curb Costs*. Health Affairs. **29**(12): p. 2197-2205.doi 10.1377/hlthaff.2009.0799
 22. Van Herck, P., D. De Smedt, L. Annemans, și colab. 2010. *Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care*. BMC Health Services Research. **10**(1): p. 247.doi, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/247>
 23. Christianson, J.B., S. Leatherman, și K. Sutherland. 2008. *Lessons from evaluations of purchaser pay-for-performance programs: A review of the evidence*. Med Care Res Rev. **65**: p. 5S-35S.doi,
 24. Petersen, L.A., L.D. Woodard, T. Urech, și colab. 2006. *Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care?* Annals of Internal Medicine. **145**(4): p. 265-272.doi 10.7326/0003-4819-145-4-200608150-00006
 25. Campbell, S., D. Reeves, E. Kontopantelis, și colab. 2007. *Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance*. New England Journal of Medicine. **357**(2): p. 181-190.doi doi:10.1056/NEJMSr065990
 26. Kottmair, S., C. Frye, și D.J. Ziegenhagen. 2005. *Germany's Disease Management Program: Improving Outcomes in Congestive Heart Failure*. Health Care Financing Review. **27**(1): p. 79-87.doi,
 27. Kirschner, K., J. Braspenning, R.P. Akkermans, și colab. 2013. *Assessment of a pay-for-performance program in primary care designed by target users*. Family Practice. **30**(2): p. 161-171.doi 10.1093/fampra/cms055
 28. Grossbart, S.R. 2006. *What's the Return? Assessing the Effect of "Pay-for-Performance" Initiatives on the Quality of Care Delivery*. Medical Care Research and Review. **63**(1 suppl): p. 29S-48S.doi 10.1177/1077558705283643

29. Lindenauer, P.K., D. Remus, S. Roman, și colab. 2007. *Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement*. New England Journal of Medicine. **356**(5): p. 486-496.doi doi:10.1056/NEJMs064964
30. Ganz, D.A., N.S. Wenger, C.P. Roth, și colab. 2007. *The Effect of a Quality Improvement Initiative on the Quality of Other Aspects of Health Care: The Law of Unintended Consequences?* Medical Care. **45**(1): p. 8-18.doi 10.2307/40221371
31. Gillam, S.J., A.N. Siriwardena, și N. Steel. 2012. *Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework—A Systematic Review*. The Annals of Family Medicine. **10**(5): p. 461-468.doi 10.1370/afm.1377
32. Doran, T., E. Kontopantelis, J.M. Valderas, și colab. 2011. *Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework*. BMJ. **342**.doi 10.1136/bmj.d3590
33. Campbell, S.M., D. Reeves, E. Kontopantelis, și colab. 2009. *Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England*. New England Journal of Medicine. **361**(4): p. 368-378.doi doi:10.1056/NEJMs0807651
34. Werner, R.M., J.T. Kolstad, E.A. Stuart, și D. Polsky. 2011. *The Effect Of Pay-For-Performance In Hospitals: Lessons For Quality Improvement*. Health Affairs. **30**(4): p. 690-698.doi 10.1377/hlthaff.2010.1277
35. Liu, X. și A. Mills. 2005. *The effect of performance-related pay of hospital doctors on hospital behaviour: a case study from Shandong, China*. Human Resources for Health. **3**(1): p. 11.doi, <http://www.human-resources-health.com/content/3/1/11>
36. Kruse, G.B., D. Polsky, E.A. Stuart, și R.M. Werner. 2012. *The Impact of Hospital Pay-for-Performance on Hospital and Medicare Costs*. Health Services Research. **47**(6): p. 2118-2136.doi 10.1111/1475-6773.12003
37. Casalino, L. și A. Elster. 2007. *Will Pay-For-Performance And Quality Reporting Affect Health Care Disparities?* Health Affairs. **26**(3): p. w405-w414.doi,
38. Guthrie, B., G. McLean, și M. Sutton. 2006. *Workload and reward in the Quality and Outcomes Framework of the 2004 general practice contract*. British Journal of General Practice. **56**(532): p. 836-841.doi,
39. McLean, G., M. Sutton, și B. Guthrie. 2006. *Deprivation and quality of primary care services: evidence for persistence of the inverse care law from the UK Quality and Outcomes Framework*. Journal of Epidemiology and Community Health. **60**(11): p. 917-922.doi 10.1136/jech.2005.044628
40. Young, G.J., M. Meterko, B. White, și colab. 2007. *Physician Attitudes toward Pay-for-Quality Programs: Perspectives from the Front Line*. Medical Care Research and Review. **64**(3): p. 331-343.doi 10.1177/1077558707300091
41. Whalley, D., H. Gravelle, și B. Sibbald. 2008. *Effect of the new contract on GPs' working lives and perceptions of quality of care: a longitudinal survey*. British Journal of General Practice. **58**(546): p. 8-14.doi,
42. Roland, M., M. Elliott, G. Lyratzopoulos, și colab. 2009. *Reliability of patient responses in pay for performance schemes: analysis of national General Practitioner Patient Survey data in England*. BMJ. **339**.doi 10.1136/bmj.b3851
43. Fisher, E.S., D.O. Staiger, J.P.W. Bynum, și D.J. Gottlieb. 2007. *Creating Accountable Care Organizations: The Extended Hospital Medical Staff*. Health Affairs. **26**(1): p. w44-w57.doi 10.1377/hlthaff.26.1.w44

44. Mehrotra, A., J.L. Adams, J.W. Thomas, și E.A. McGlynn. 2010. *The Effect of Different Attribution Rules on Individual Physician Cost Profiles*. *Annals of Internal Medicine*. **152**(10): p. 649-654.doi 10.7326/0003-4819-152-10-201005180-00005
45. Chiriac, D.N., S.N. Musat, J. Shah, și C. Vladescu. 2011. *Romania – experience and new steps in the context of the international patient classification system*. *BMC Health Services Research*. **11**(Suppl 1): p. A12.doi,
46. Radu, C.-P., D.N. Chiriac, și C. Vladescu. 2010. *Changing Patient Classification System for Hospital Reimbursement in Romania*. *Croatian Medical Journal*. **51**(3): p. 250-258.doi,
47. Fung, C.H., Y.-W. Lim, S. Mattke, și colab. 2008. *Systematic Review: The Evidence That Publishing Patient Care Performance Data Improves Quality of Care*. *Annals of Internal Medicine*. **148**(2): p. 111-123.doi 10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00006
48. Hafner, J.M., S.C. Williams, R.G. Koss, și colab. 2011. *The perceived impact of public reporting hospital performance data: interviews with hospital staff*. *International Journal for Quality in Health Care*. **23**(6): p. 697-704.doi 10.1093/intqhc/mzr056
49. Campbell, S., A. Scott, R. Parker, și colab. 2010. *Implementing pay-for-performance in Australian primary care: lessons from the United Kingdom and the United States*. *Medical Journal of Australia*. **193**(7): p. 408-411.doi,
50. Hutchinson, B. 2008. *Pay for Performance in Primary Care: Proceed with Caution, Pitfalls Ahead*. *Health Policy*. **4**(1): p. 10-15.doi,
51. Lazarevik, V. și B. Kasapinov. 2013. *Pay-for-performance in the Former Yugoslav Republic of Macedonia: Between a good title and a bad reform*. *Eurohealth*. **19**(1): p. 29-32.doi,
52. Chanturidze, T. 2012. *Asistență tehnică pentru Unitatea de Management a Proiectului – APL 2 din cadrul Ministerului Sănătății din România, în vederea dezvoltării unei Strategii pentru asistența medicală primară din zonele slab deservite și a Planului de Acțiune aferent*.