

Esperienze internazionali di Pay for Performance in sanità

*DAL RIMBORSO A TARIFFA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE
AL P4P*

ESPERIENZE A CONFRONTO

Milano, Università degli Studi - 9 ottobre 2009

Gilberto Bragonzi

Modelli per l'efficienza

Negli anni '80 e '90, sono state introdotte alcune modalità significative di misurazione dell'attività dei servizi, che hanno consentito di valutare il prodotto delle prestazioni rese e l'adeguatezza delle strutture:

- i DRGs, cioè la classificazione dei ricoveri ospedalieri sulle base di standardizzazioni delle diagnosi;
- l'ACCREDITAMENTO, cioè la verifica del possesso da parte delle strutture di requisiti strutturali e organizzativi predeterminati.

Il metodo DRGs

- si è sviluppato grazie ad un fondamentale prerequisito, quello di un sistema informativo omogeneo, sistematico, diffuso e controllato, con la realizzazione per ogni ricovero, da parte di ogni struttura, della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) contenente un Set minimo di dati predefiniti, elaborati poi da un algoritmo specifico, che ne deriva la codifica standardizzata.

Accreditamento

processo di valutazione sistematico e periodico svolto da un'agenzia esterna, con l'obiettivo di verificare il possesso da parte dei servizi sanitari di requisiti predeterminati relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento che si ritiene influiscano sulla qualità dell'assistenza

Controllo di qualità

- Il sistema sanitario richiede sempre più un controllo di qualità che consenta di verificarne l'efficacia nel raggiungimento di obiettivi di salute.
- Le attuali metodologie di misura dell'attività svolta dai servizi sanitari, siano essi pubblici o privati, consentono valutazioni di efficienza e di rispondenza a requisiti standard, ma non danno indicazioni sulle effectiveness, cioè l'efficacia reale (setting right targets to achieve an overall goal - the *effect*).

“accreditamento per l'eccellenza”

- L'esperienza comunque maturata nello sviluppo di sistemi di accreditamento ha portato alla ricerca di misurazioni più attendibili (rispetto al puro e semplice possesso dei requisiti) della qualità delle attività svolte e ha condotto alla definizione di standard sempre più precisi e alla richiesta di uso di indicatori di performance clinica.
- In alcuni casi si è ricercata anche una vera e propria CERTIFICAZIONE di questa qualità, con modelli tipo Joint Commission, che includono specificamente SET di indicatori di Key Performance.

Ospedali e cure primarie

- Non sono più sufficienti indicatori delle attività ospedaliere ma anche elementi di valutazione del sistema delle cure primarie, in particolare per verificare l'efficienza ed efficacia di controllo dei percorsi di cura e assistenza.

Attuali modalità di pagamento

Health facility	metodo di pagamento	criticità
Cure primarie	Budget impostato su dotazione standard di risorse	Tende a far aumentare i fattori di input (letto, personale, ecc) e ad utilizzare sempre l'intero budget
	Pagamento a prestazione	Tende a far incrementare le prestazione per paziente
	Quota capitaria modificata per età e genere	Limita i trattamenti alle disponibilità di bilancio o, nei casi peggiori, fornisce cure di bassa qualità; esclude i pazienti a rischio elevato; indirizza i pazienti verso i centri specialistici e gli ospedali
	Mix fra quota capitaria e pagamento a prestazione	Limita i trattamenti alle disponibilità di bilancio e incrementa le attività codificabili come prestazioni tariffate

Attuali modalità di pagamento

Health facility	metodo di pagamento	criticità
Cure ospedaliere	Budget impostato su dotazione standard di risorse	Tende a far aumentare i fattori di input (letto, personale, ecc); riduce il numero di ricoveri; tende a mantenere basso il tasso di occupazione, ma a prolungare la lunghezza media di degenza del paziente, fa indirizzare i pazienti ad alto rischio di cure intensive verso altri ospedali
	Tariffa a giornata ospedaliera di degenza	Incrementa il numero di ricoveri e incrementa la degenza media
	DRGs	Incrementa il numero di ammissioni, fa diminuire la degenza media, tende a far selezionare il case mix verso pazienti meno critici

Limiti degli attuali modelli di pagamento

- Un sistema che paga a quota capitaria i fornitori di Cure Primarie e con tariffe DRG gli Ospedali porta ad un incentivo nel sottoporre più pazienti agli ospedali rispetto alle strutture territoriali. Per evitare tali conseguenze negative, compresi anche ricoveri inappropriati e di bassa qualità, alcuni sistemi sanitari hanno cominciato a pagare i fornitori per la loro performance.

quali sono le tendenze attuali?

- Si sta sviluppando l'esigenza di **Misure e Valutazioni di efficacia, qualità e appropriatezza dei servizi**, anche in considerazione di una relazione positiva fra miglior qualità dei servizi e appropriatezza delle prestazioni, con conseguente contenimento dei costi.
- Per fare questo occorre individuare:
 - **nuove modalità di misura dei servizi resi**, che vadano oltre i DRGs
 - **nuove modalità di accordo fra richiedenti e strutture di offerta** che vadano oltre l'accreditamento e la certificazione

misurabilità della qualità

- La qualità è un concetto basato su valori quindi astratto (relativo), per cui non esiste una misura diretta.
- Per progredire dalla “misurazione” alla “qualità”, serve un modello di valutazione.



Valutare con indicatori di performance

“Valutare” significa dare un valore a ciò che viene misurato

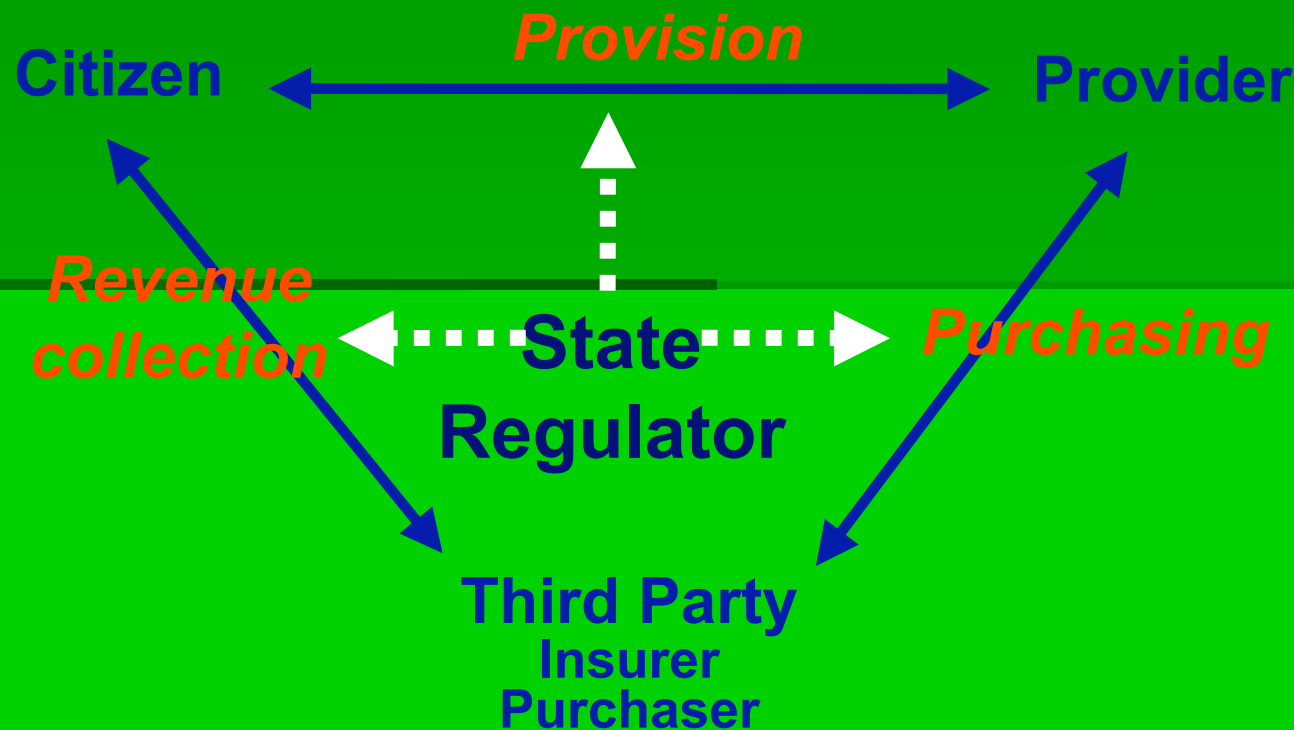
che otteniamo con l'utilizzo di:

- Indicatori (e sistemi di indicatori) che misurano la performance, non la qualità.
- Key Performance è il livello richiesto di risposta ai bisogni e alla relativa domanda di servizio definita dai fruitori

Si deve quindi ricercare un sistema di indicatori di Key performance e con l'uso di questi si può sviluppare una valutazione della qualità (attesa rispetto ai valori della committenza)

La debolezza del purchasing

- Nei sistemi sanitari è ormai generalizzata la situazione di terzo pagante - di un purchaser che si pone in relazione fra provider (fornitori di servizi) e client (utente utilizzatore delle cure)



Regolamentazione del purchasing

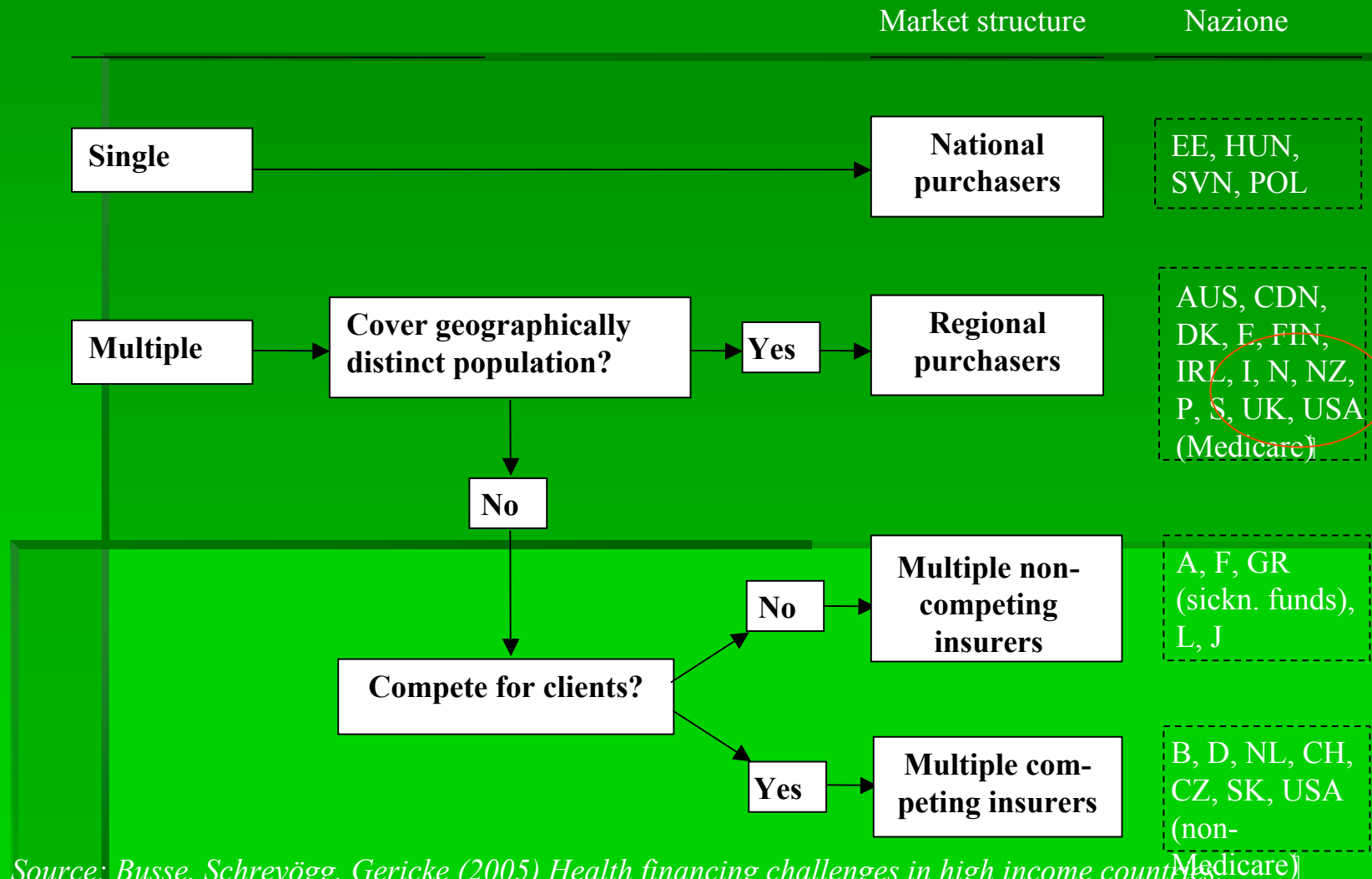
La regolamentazione non deve essere fine a se stessa ma divenire un mezzo per:

- Assicurare gli obiettivi del sistema per la salute
- Prevedere incentivi al fine di migliorare le performance nel sistema

La regolamentazione deve tener conto del contesto specifico e del “setting” in cui il sistema sanitario è organizzato.

	Purchaser	Provider
Social health insurance <i>(Bismarck)</i>	Semi-public actors <i>Functional decentralisation</i> <i>Integrating private insurers</i> <i>User charges</i> <i>Complementary HI</i>	Mainly private actors <i>More selective contracting,</i> <i>performance-based payments, integrated care models</i>
Tax funded <i>(Beveridge)</i>	Public actors <i>More regional and local devolution but also recentralisation</i>	Mainly public actors <i>Autonomisation,</i> <i>contracting in private provision, outsourcing, PPP</i>
CEE and NIS <i>(Shemasko)</i>	Public actors <i>Move to social health insurance and purchasing model (single – multiple)</i> <i>Informal payments</i>	Public actors <i>Private practice</i>

assicuratori sanitari / acquirenti



Source: Busse, Schreyögg, Gericke (2005) Health financing challenges in high income countries. HDP Discussion Paper. The World Bank. Washington.

contratto per la qualità

- L'evidenza di un miglioramento della qualità e anche della appropriatezza nell'utilizzo dei servizi correlato a key performance, sta portando a considerare la necessità di stabilire una stretta relazione fra metodi di pagamento e raggiungimento di adeguate performance nell'erogazione dei servizi e negli outcomes.
- Si stanno sviluppando modelli di contrattualità (strategic purchasing) che prevedono una stretta relazione fra riconoscimento dei costi e qualità (performance) delle attività svolte.

fini del “strategic purchasing”

- Accrescere la qualità delle cure e la sicurezza del paziente
- Incoraggiare modelli di “patient-centered care”
- Abbattere i costi ingiustificati nell'erogazione dell'assistenza
- Realizzare risultati di performance trasparenti e disponibili ai consumatori e ai fornitori
- Responsabilizzare i consumatori nell'assumere decisioni razionali rispetto alla propria salute
- Incoraggiare gli ospedali e i clinici a migliorare la qualità delle cure

Alta qualità con assistenza più efficiente

- Bisogna lavorare in partnerships con i providers
- Misurare la qualità e rendere evidenti i risultati confrontati fra loro
- Migliorare la qualità e abbattere i costi inutili
- Incoraggiare l'adozione di efficaci sistemi di health information technology
- Promuovere l'innovazione e l'uso di modelli "evidence base" per un uso efficace della tecnologia

Source: CMS' Quality Improvement Roadmap

accountability

ACCOUNTABILITY è un contratto fra chi eroga prestazioni e chi ha delle aspettative relative al livello di queste

questo contratto si deve basare su elementi oggettivi e perciò non ci può essere accountability senza misurazione

Perché fare accountability?

- La motivazione di pagare i fornitori in base alla performance deriva dalla ricerca di una risposta all'andamento crescente dei costi sanitari, la crescita dei costi di assistenza per malati cronici e dell'utilizzazione di cure sanitarie, e le richieste da parte degli acquirenti e dei pazienti di un miglioramento della qualità delle cure.

Modelli in uso per promuovere miglior qualità, e abbattere i costi inutili

- **Explicit payment incentives** (per raggiungere standard di qualità e risultati di efficienza)
- **Pay for reporting**
- **Pay for performance**
- **Gain-sharing** (lega la parte variabile della retribuzione ad un indice dell'efficienza complessiva dell'azienda)
- **Competitive bidding** (i servizi vengono dati al provider con il miglior prezzo e migliori condizioni contrattuali)

Source: CMS' Quality Improvement Roadmap

Pay for Performance:

“P4P”

Tendenza emergente negli USA e in Gran Bretagna e in altri Paesi per la quale Ospedali, Professionisti, Providers vengono retribuiti in base al raggiungimento di predeterminati livelli di performance.

Cos'è il P4P

- Il metodo Pay-for-performance (P4P) correla il compenso finanziario con il miglioramento dei risultati finali delle prestazioni e paga importi diversi ai fornitori in base alle loro differenze di performance. Tali incentivi finanziari devono essere legati solo alle misure di performance che possono effettivamente essere influenzate dai cambiamenti nella pratica medica.

Dove si sta sviluppando il metodo P4P

- in UK
- in USA
- in America Latina
- in paesi dell'Est Europa
- in Australia

Esperienza UK

- progetto “Quality and Outcomes Framework” [QOF] è iniziato nel mese di aprile 2004. I medici vengono misurati su 146 indicatori di qualità, con oltre il 50 per cento per la valutazione della qualità clinica. Per ogni punto guadagnato è previsto un bonus finanziario ad esso associato, e i medici di medicina generale [GPs] possono conseguire un compenso supplementare pari al 30 per cento del loro stipendio.

Esperienza USA

- dal 2005 con diversi progetti pilota del CMS - sistema Medicare che ha avviato varie iniziative di pay-for-performance ("P4P") in ambulatori, presso professionisti, in ospedali,
- nel Maryland: progetto in corso da 2 anni
- in California: progetto Family Physicians
 - nell'homecare

P4P negli Stati Uniti

- Il pagamento dell'ospedale o del medico con il modello P4P è applicato principalmente nei piani di managed care. Più della metà degli HMO usano il modello P4P nei loro contratti con i provider. I programmi P4P mostrano differenze sostanziali di progettazione in ragione delle diverse condizioni locali inclusa la capacità della tecnologia dell'informazione, la disponibilità dei dati, la reciproca forza di contrattazione degli acquirenti e dei fornitori, e la volontà dei fornitori a partecipare.

HMO = Health Maintenance Organization Act del 1973

attualità del modello

Pay-for-Performance in the U.S.

- La verifica dei programmi di tutte le modalità di pagamento evidenzia che oltre 100 prevedono modalità pay-for-performance
- In un recente national survey, 52% degli HMOs (che coprono però l'81% dei pazienti assicurati) dichiarano di usare il modello pay-for-performance
- nei piani sanitari con P4P, nel 90% vi sono programmi per i medici e nel 38% per gli ospedali

Esperienza in America Latina

- Alcuni programmi P4P si sono avviati in America Centrale e Latina (Costa Rica, Nicaragua, Haiti), dove i pagamenti “quality-based” utilizzano incentivi finanziari e misurano indicatori di struttura, di processo e di esito.

Eichler, R. (2006): Can "Pay for Performance" Increase Utilization by the Poor and Improve the Quality of Health Services?

McNamara, P (2005): Quality based payment: Six case examples. International Journal for Quality in Health Care;

Esperienza nell'Est Europa

- Nell'Europa sudorientale, un certo grado di P4P è attualmente introdotto nella Repubblica Jugoslava di **Macedonia**, che mira a realizzare anche i DRG. In fase di preparazione, gli ospedali hanno iniziato l'attività di reporting trimestrali, e di performance reporting su: medie di degenza, ricoveri ospedalieri, rinvii, riammissioni e grado di soddisfazione del paziente. Dell'attuale "global hospital budget" storico, lo Stato paga, dall'inizio del 2007, il 60% in base ad un mensile stabilito, il 30% in base al numero di casi, e il restante 10% sulla base di queste 5 indicatori di performance.

Esperienza nell'Est Europa

■ Estonia:

2002 Family Doctors' Association started accreditation

2003 no payment differentiation by accreditation possible

2005 concept for P4P agreed between family doctors and Health Insurance Fund (based on NHS example)

2006 first year of reporting on performance (vedi indicatori)

2007 first payment according to results from 2006 (max 8% of annual revenues); second year of reporting; adjustment of criteria

Altri paesi avviano esperienze

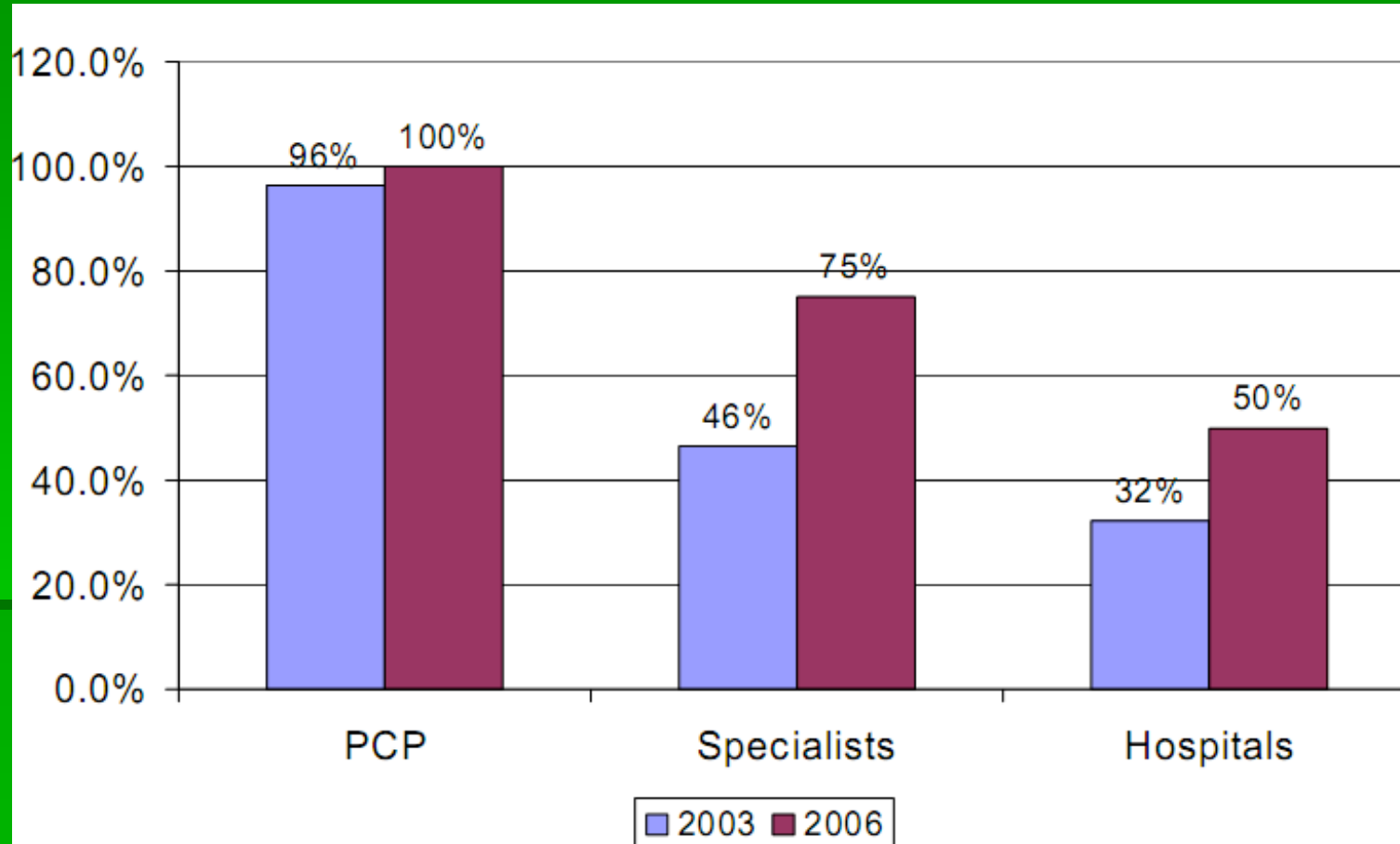
- **Pay for performance in Australia:
Queensland's new Clinical Practice
Improvement Payment - dal 2008**

Stephen Duckett University of Queensland, Brisbane, Australia

In quali settori sono avviati progetti P4P

- Area ospedaliera
 - soprattutto negli USA
- Area delle cure primarie
 - UK con quasi tutti i GPs
 - USA - con 40000 physicians
 - ┆ Estonia
- Area dell'home care
 - ┆ Progetti CMS negli USA

Aumentano Specialists e Hospitals nei programmi P4P



Source: Rosenthal et al., Climbing Up the Pay-for-Performance Learning Curve, Manuscript, Harvard University 2006

P4P in Home care

- Il Centers for Medicare e Medicaid Services (CMS) sta effettuando sperimentazioni di “cure domiciliari” Pay-for-Performance per determinare l'impatto degli incentivi alla Home Aziende Sanitarie (HHAs) per migliorare la qualità delle cure dei beneficiari Medicare che ricevono i servizi sanitari a casa.

Limite alla crescita dei costi

- Un pacchetto economico di incentivazione viene generato dal risparmio accumulato dalla riduzione dell'uso dei più costosi servizi di Medicare. Il pacchetto sarà condiviso con le agenzie sanitarie di cure domiciliari che abbiano prodotto il più alto livello di cura del paziente o prodotto il maggior miglioramento di assistenza del paziente, come misurato dalle sette misure di OASIS.

indicatori di performance

- strumenti di misura che possono essere usati per monitorare e valutare la qualità dell'assistenza, dei servizi di sostegno e delle pratiche organizzative che influenzano gli esiti per gli utenti

Canadian Council (2002)

I limiti e i rischi degli indicatori di performance

- Scarsa validazione degli indicatori per riproducibilità, accuratezza e fondamenti scientifici
- Limitate evidenze sull'efficacia della loro introduzione
- Distorsione dell'attenzione a favore degli aspetti monitorati
- Scelta opportunistica degli indicatori
- Manipolazione dei dati
- Pericolo di modificazione in peggio dei complessi meccanismi di autocontrollo in atto

Pierluigi Morosini 2004, Rapporti ISTISAN

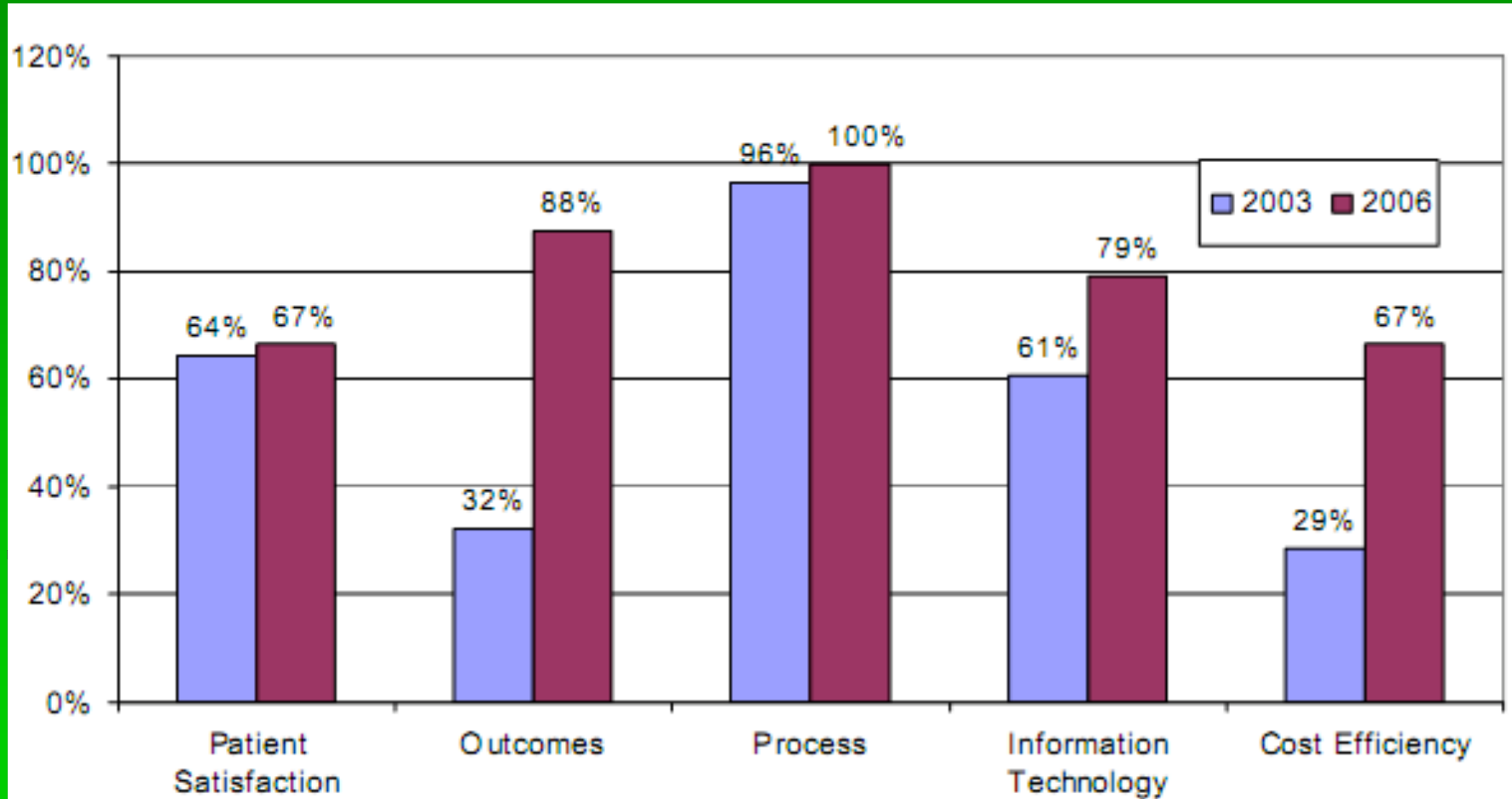
Indicatori di valutazione e miglioramento della qualità professionale

Le misure di performance

possono essere articolate in cinque tipologie:

- soddisfazione del paziente
- processi clinici
- esiti delle cure
- tecnologia dell'informazione ICT
- indicatori di efficienza per identificare le aree di utilizzo inappropriato

Cresce l'uso di indicatori di Outcomes, IT, Cost-Efficiency



Source: Rosenthal et al., Climbing Up the Pay-for-Performance Learning Curve, Manuscript, Harvard University 2006

Si è consolidato un sistema di Indicatori?

- Vi sono notevoli variabilità nell'uso degli indicatori, sia tra le diverse nazioni sia in progetti avviati negli stessi stati

Esempi di Indicatori HEDIS su Access/Availability of Care

- Adults' access to preventive and ambulatory health services
- Children and adolescent's access to primary care practitioners
- Prenatal and postpartum care visits
- Annual dental visit
- Initiation and engagement of alcohol and other drug dependence treatment
- Call answer timeliness

HEDIS è un tool creato dal National Committee for Quality Assurance (NCQA) per la raccolta di dati sulla qualità dell'assistenza dei servizi forniti per gli health plans negli United States. - Source: HEDIS. USA. www.ncqa.org

IHA Measure Set

Domain (Weight)	Measures
Clinical (40%)	Mammography
	Cervical cancer screening
	Childhood immunization
	HbA1c Testing
	LDL Cholesterol Testing
	Asthma medication management
Patient Experience (40%)	Various patient survey composites
IT (20%)	Integration of electronic data sets
	Point of care decision support

IHA = Integrated Healthcare Association - California <http://www.iha.org/>

Indicatori di performance per GPs in Estonia

- % infant vaccination
- % infant check ups
- % preschool check ups
- % CVD (cardiovasc.) prevention
- % PAP screening
- % Mammography screening
- % NIDDM (diabete) follow up
- % Hipertonia follow up

QoF included 146 evidence-based indicators

the clinical domain: 76 indicators in 10
areas (550 points)

the organisational domain: 56 indicators in 5
areas (184 points)

the patient experience domain: 4 indicators in
2 areas (100 points)

the additional services domain: 10 indicators
in 4 areas (36 points).

Esempi di Indicatori in UK

Asthma	% of patients with asthma who have had an asthma review in the previous 15 months
Cancer	% of patients with cancer reviewed within 6 months of confirmed diagnosis
COPD Chronic obstructive pulmonary disease	% of patients with COPD with diagnosis confirmed by spirometry and reversibility testing
CHD Coronary heart disease	% of patients with CHD whose last blood pressure measurement was 150/90 mm Hg or less
Diabetes	% of patients with diabetes whose last blood pressure measurement was 145/85 mm Hg or less
Hypertension	% of patients with hypertension with last blood pressure measurement was 150/90 mm Hg or less
Hypothyroidism	% of patients with hypothyroidism with thyroid function tests recorded in the previous 15 months
Mental health	% of patients with severe long-term mental health problems reviewed in the preceding 15 months

Source: *Doran e al. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom* . NEJM luglio 2006

sette misure di OASIS in home care

- Incidenza di Ricovero per assistenza acuta
- L'incidenza di qualsiasi cura d'Emergenza
- Miglioramento dell'igiene personale
- Miglioramento della deambulazione
- Miglioramento della capacità di spostamento
- Miglioramento della gestione dei farmaci per via orale
- Miglioramento dello stato delle ferite chirurgiche

è in grado il sistema P4P di far crescere la Qualità?

di certo vi è una generalizzata valutazione che:

- l'attuale sistema di pagamento crea problemi di qualità
- è necessaria una riforma dei sistemi di pagamento
- modelli tipo Pay-for-performance possono essere una scelta corretta a patto che si considerino i limiti del modello P4P ^[1]

[1] Meredith B. Rosenthal, Ph.D. Harvard School of Public Health - October 26, 2006

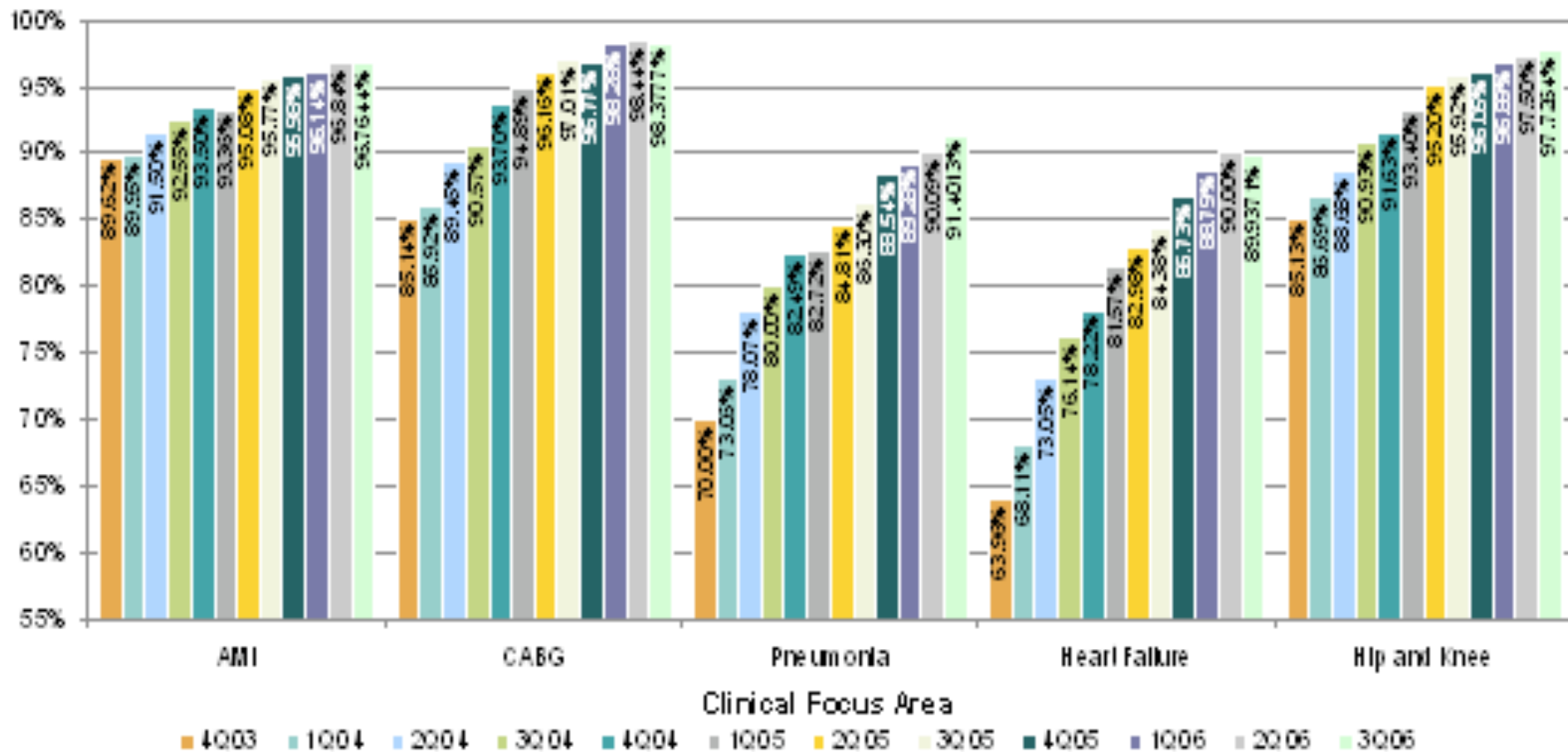
Result of performance payment: Quality improvement in 250 participating hospitals

Source: CMS

CMS/Premier HQID Project Participants Composite Quality Score

Trend of Quarterly Median (5th Decile) by Clinical Focus Area

October 1, 2003 - September 30, 2006 (Year 1 and Year 2 Final Data, and Yr 3 Preliminary)



Rilevanza del Sistema informativo sanitario

- Il tema più significativo nella realizzazione di indicatori di performance è quello di un sistema informativo adeguato.
- Così come il sistema DRGs si è affermato per la realizzazione generalizzata delle SDO, così va perseguito un sistema informativo indipendente capace di raccogliere e validare le informazioni necessarie ad indicatori spesso complessi.
- **Vanno quindi previste agenzie indipendenti che garantiscano la raccolta informativa e ne validino i risultati.**

ICT e dati sanitari sicuri

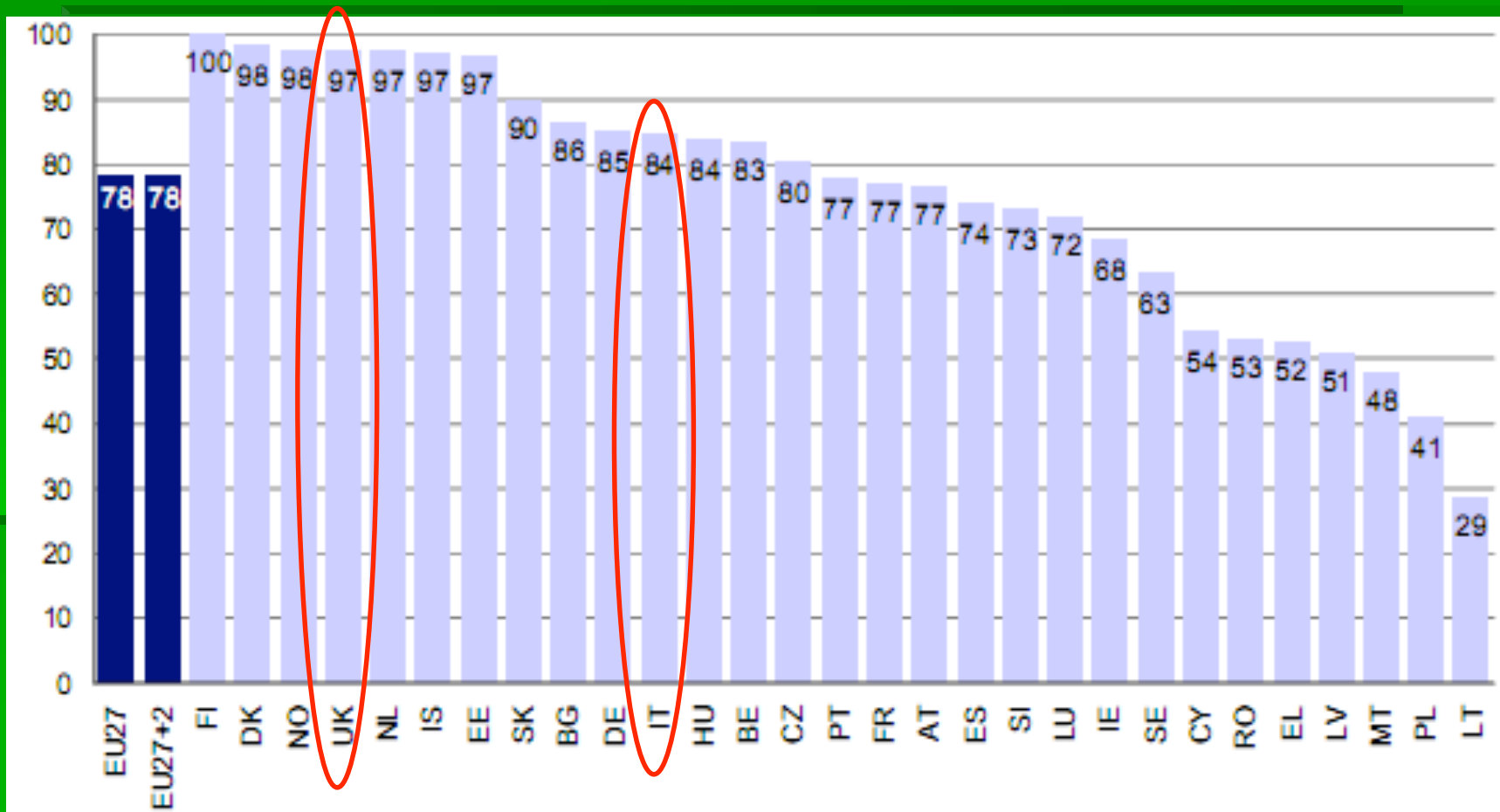
- Va garantita il funzionamento di una rete ICT adeguata e articolata, soprattutto se vengono coinvolte le cure primarie
- Nella prima fase negli USA l'impegno più significativo è stato quello di ottenere una reportistica omogenea e attendibile dai provider
- Vi è una forte enfasi sulla sicurezza dei dati e sulla privacy

I medici usano il computer?

- Today, almost all General Practitioner practices (87%) in the European Union use a computer.

Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe
European Commission - Final Report 2008

il 78% in media ne fa un uso nell'attività clinica



P4P e “public reporting”

- P4P è spesso presentata in combinazione con una rendicontazione pubblica dei risultati di performance, che stimola interesse per la qualità da parte dei fornitori, ma pochi studi hanno individuato l'effetto incrementale di P4P sul “public reporting”

(Dudley et al. 2004)

- I costi della gestione dei programmi P4P sono probabilmente superiori a quelli tradizionali di “public reporting”. Sarà quindi importante, per determinare l'effetto supplementare di P4P per il miglioramento delle prestazioni rispetto ai soli obblighi di comunicazione pubblica, valutare se i benefici supplementari di aggiungere P4P agli obblighi di comunicazione pubblica valgono il costo aggiunto e la complessità.

(Lindenauer, et al. 2007)

Il modello P4P è budget neutral?

- Le esperienze internazionali evidenziano che sono necessari finanziamenti per realizzare le condizioni di sistema per avviare sistemi di P4P, in particolare con miglioramento dei Sistemi Informativi Sanitari
- Bisogna prevedere i costi amministrativi di un sistema di progettazione, di implementazione e di controllo

-
- Le previsioni di premio per chi raggiunge le performance tendono a sottovalutare l'alta percentuale di raggiungimento
- Sono necessari criteri di esclusione dei casi più critici (per evitare una selezione in negativo dei pazienti) che possono spostare significativamente i livelli di performance

-
- Per molti servizi la valutazione di budget si deve orientare sulla percentuale di minor crescita della spesa presunta - non sempre questo approccio è facilmente governabile

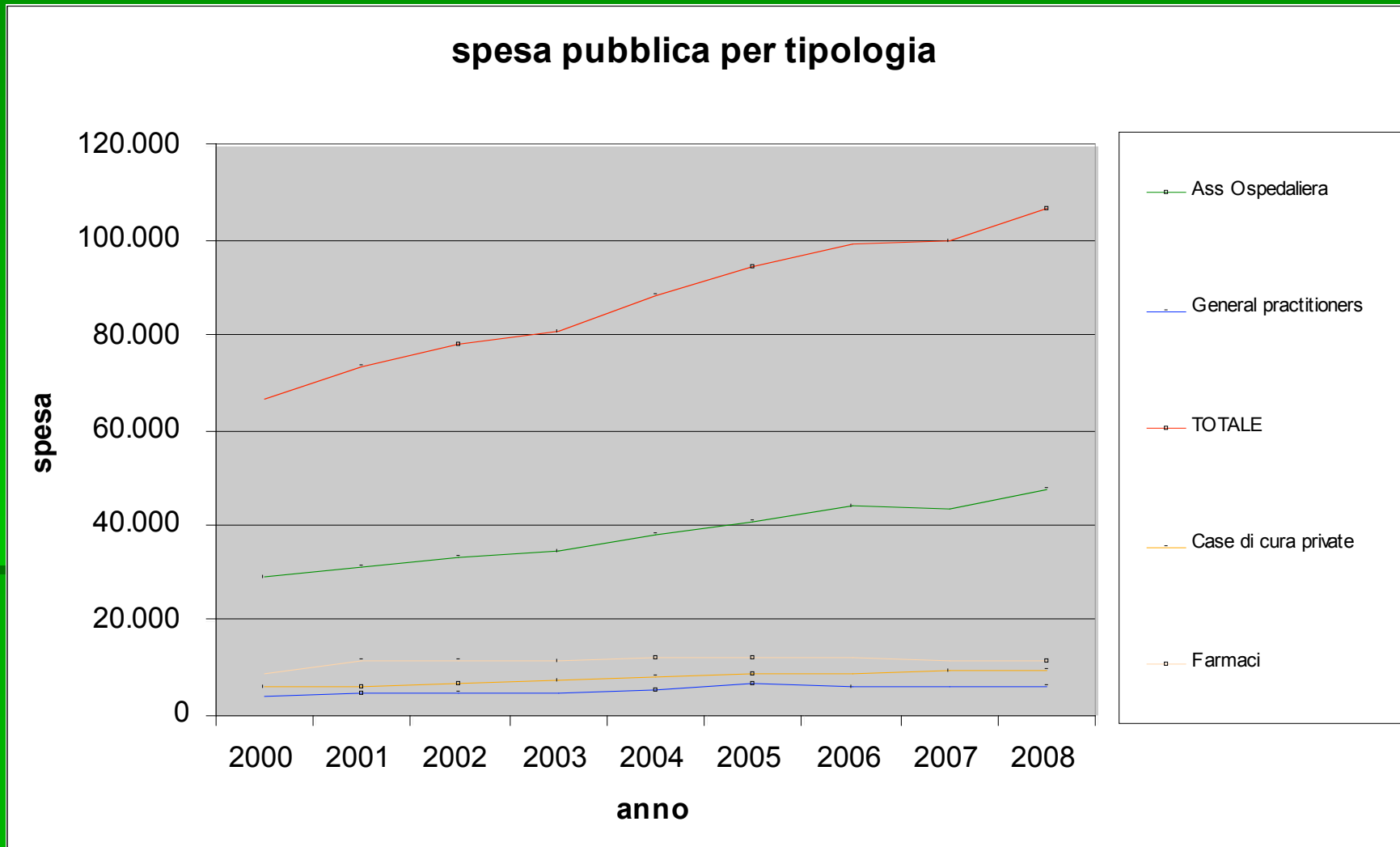
Risultati economici del P4P in UK

- Gli incentivi finanziari influiscono sul comportamento dei medici
 - Ma non c'è un modo per stabilire quanto del cambiamento del comportamento è dovuto al P4P
- I GPs Providers hanno ottenuto una mediana del 96.7% dei punteggi raggiungibili a fronte del 75% previsto
- I programmi P4P hanno aumentato il compenso medio del family practitioner di \$40200 per anno
- Il costo per il “payer” è stato considerevolmente più alto dell'atteso
- Un minor numero di pratiche dei Family Physicians sono state effettuate a causa delle esigenze amministrative dovute al nuovo contratto P4P

Ma la crescita della spesa sanitaria va limitata

- **In USA - Healthcare Costs Could Jump 35% Without Reform Passage**
 - The Urban Institute researchers used their Health Insurance Policy Simulation Model to estimate how coverage and cost trends would change between now and 2019 if the health system was not reformed.

Anche in Italia



Source: Istat, National accounts

Potenenziali effetti negativi del P4P

- Deselection, questione etica
- Eccessiva omogeneizzazione dei comportamenti clinici
- Rischio di bassa assistenza per errata taratura degli incentivi
- “mediocrità” nel trattamento
- Appiattimento dei modelli organizzativi dei provider

Cosa stiamo imparando ?

- Mentre ci sono ancora molte incertezze riguardo al livello di incentivi finanziari necessari e la formula ottimale per migliorare le prestazioni, l'esperienza con P4P nel Regno Unito e negli Stati Uniti mostra sei principali insegnamenti

(Lindenauer, et al. 2007; Doran et al. 2006; Dudley et al. 2004)

sei insegnamenti (1/3)

1 - i programmi P4P possono essere costosi e richiedere notevoli investimenti aggiuntivi, in particolare quando gli obiettivi sono facilmente raggiungibili e quindi è alta la percentuale dei provider premiati, e risultino necessari ulteriori investimenti nei sistemi di tecnologie dell'informazione per monitorare le prestazioni.

2 – si deve porre attenzione nel definire bene i livelli base di riferimento per le performance, svolgere un attento monitoraggio e valutare i progressi, per evitare di pagare per miglioramenti che si siano già verificati e per prevenire gli abusi.

sei insegnamenti (2/3)

- 3 - va prevista una introduzione a crescita graduale e differenziata per area geografica per permettere ai responsabili di politica sanitaria di valutare meglio gli effetti della qualità del programma e ridurre i rischi per i fornitori e gli acquirenti.
- 4 - le informazioni, relative alle performance dei provider devono essere trasparenti e rese disponibile ai consumatori;

sei insegnamenti (3/3)

5 – qualsiasi programma P4P non funziona se non è inserito in una più ampia strategia sanitaria di qualità e di gestione dei costi

6 - l'effetto incrementale di un programma P4P sul “public reporting” è basso e, quindi, il costo e la complessità di sviluppare e attuare un programma P4P è sostanzialmente superiore a quella di un modello di comunicazione pubblica delle performance

Risultati contraddittori delle “P4P Initiative”

- 1. Incentivi economici possono motivare il cambiamento**
- 2. Anche incentivi non finanziari possono fare la differenza**
- 3. Coinvolgere i medici è un'azione difficile e critica**
- 4. Non ci sono chiare immagini del ritorno dell'investimento**
- 5. La pubblica reportistica è un forte catalizzatore per i provider nel migliorare le cure**
- 6. I provider hanno bisogno di un feedback della loro performance**
- 7. I provider devono essere meglio preparati all'utilizzo di modelli P4P**
- 8. La integrità delle informazioni è fondamentale**
- 9. È importante l'esperienza di applicazione nella pratica**
- 0. Il metodo P4P non è una bacchetta magica**



**Grazie per
l'attenzione**