

Takondwa Lucious Mwase

Dr. sc hum

Title: The Equity Impact of Performance-Based Financing on Utilization of Maternal Health Services in Burkina Faso

Fach/Einrichtung: Public Health/ Heidelberg Institute of Public Health

Doktomuter: Prof. Dr. Manuela De Allegri

Einleitung: Ergebnisorientierte Finanzierung (Performance-Based Financing, PBF) wird in vielen Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen (Low- and middle-income countries, LMICs) und insbesondere in Subsahara-Afrika zur Stärkung schwacher Gesundheitssysteme eingesetzt. Bis dato gibt es allerdings keine eindeutigen Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit von PBF, obwohl die Evidenzbasis wächst. Besonders selten sind bislang Studien, die den Einfluss von PBF auf die Verteilungsgerechtigkeit in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen insbesondere für Mütter untersuchen. Die wenigen existierenden Studien zeigen zudem gemischte und in einigen Fällen widersprüchliche Ergebnisse. Ein tieferes Verständnis dafür, ob PBF gleichermassen bedarfsgerecht für alle relevanten Begünstigten wirkt, ist dringend vonnöten da PBF Risiken birgt dem Gesundheitspersonal unbeabsichtigte Anreize zur gezielten Selektion solcher Patienten zu setzen, die das Erreichen der Zielvorgaben und damit der in Aussicht gestellten Boni erleichtern und dadurch die ungerechte Verteilung zwischen den Wohlhabendsten und den Ärmsten verschärft wird. Aus einigen Studien in LMICs geht außerdem hervor, dass selbst im Falle von Verbesserung in der Gesamtleistung durch PBFs, PBF tendenziell nicht zur Verringerung ungerechter Verteilungen beiträgt. Dies legt nahe PBF mit nachfrageseitigen Maßnahmen zu komplementieren, die explizit auf eine Verringerung solcher Gerechtigkeitsdefizite abzielen. Die vorliegende Arbeit stellt einen neuen und wichtigen Beitrag zur wachsenden Evidenzgrundlage bezüglich des Einflusses von PBF auf die Verteilungsgerechtigkeit in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Mütter dar. Die Studie wurde in Burkina Faso durchgeführt, wo PBF sowohl in seiner Standardform (PBF1) als auch in Kombination mit drei Maßnahmen zur Verringerung von Gerechtigkeitsdefiziten getestet wurde: PBF mit systematischer Selektion und Subventionierung für extrem arme Menschen (PBF2); PBF mit systematischer Selektion und Subventionierung für extrem arme Menschen, aber mit höheren Subventionen als in PBF2, um Anreize zur Behandlung extrem armer Patienten zu schaffen (PBF3); und PBF in Kombination mit gemeindebasierter Krankenversicherung (PBF4). Die Studie vergleicht die Wirkung von PBF (gepoolt über alle Interventionsgruppen) mit dem Status Quo, und vergleicht erstmalig die Wirkung der verschiedenen Verteilungsmaßnahmen über PBF in Standardform hinaus.

Forschungsziele: Die Studie verfolgte drei Hauptziele:

1. Untersuchung des Effekts von PBF auf die Verringerung von Gerechtigkeitsdefiziten in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten für Mütter zwischen den ärmsten und wohlhabenderen Frauen;
2. Untersuchen, ob PBF in Verbindung mit zusätzlichen Maßnahmen die Defizite in der Verteilungsgerechtigkeit stärker verringert als PBF alleine; und
3. Untersuchung von Gerechtigkeitsdefiziten in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten für Mütter sowie deren Determinanten vor der Einführung von PBF.

Methoden: Um das erste und zweite Ziel zu erreichen, verwendete die Studie ein einzigartiges Design - ein quasi-experimentelles (kontrolliertes Vorher-Nachher) mit einem verschachtelten experimentellen (cluster-randomisiertes kontrolliertes experimente). Dies war dazu genutzt Haushaltsdaten von Frauen in gebärfähigem Alter (15–49 Jahre) aus den Einzugsgebieten von Gesundheitszentren in Interventions- und Kontrolldistrikten zu analysieren, insbesondere jener die zum Erhebungszeitpunkt schwanger waren oder innerhalb der vorhergehenden 24 Monaten eine Schwangerschaft beendet hatten. Zur Analyse wurde ein Difference-in-Differences-Ansatz mit linearen Wahrscheinlichkeitsregressionen für zwei Wohlstands-Gruppen (Untere 20% - am ärmsten, und Obere 80% - am wenigsten arm) verwendet, und für Kovariaten kontrolliert. Zur Untersuchung der dritten Forschungsfrage wurden Baseline-Daten aus Interventions- und Kontrolldistrikten verwendet und mit absoluten und relativen Maße der Verteilungsgerechtigkeit, Konzentrationsindizes und hierarchischen Regressionsmodellen mit zufälligen Effekten analysiert.

Ergebnisse: Bezüglich des populationsweiten Effektes von PBF auf alle Mütter in der Stichprobe zeigte die Studie, dass PBF (gepoolt über alle Studienarme) nur auf zwei Indikatoren einen kleinen positiven Effekt hatte (Entbindungen in Gesundheitseinrichtungen; mindestens drei Nachsorgeuntersuchungen nach der Schwangerschaft). Diese Effekte zeigten sich zudem nur in der Gruppe der Weniger Arme (Forschungsziel 1). Bezüglich PBF in Kombination mit Verteilungswirkung auf die gesamte weibliche Bevoelkerung hatten PBF2 und PBF3 die Inanspruchnahme von einigen ausgewählten Gesundheitsdiensten für Mütter deutlich verringert, während PBF4 die Inanspruchnahme von einigen wenigen Gesundheitsdiensten für Mütter stark erhöhte. PBF mit zusätzlichen Maßnahmen führte nicht zu höherer Gerechtigkeit als Standard-PBF (Forschungsziel 2). PBF2 und PBF3 hatten signifikant geringere Effekte auf Entbindungen in Gesundheitseinrichtungen in der Gruppe der Ärmste als PBF1. PBF3 hatte signifikant geringere Effekte auf die Zugabe von Eisen und auf das Nutzen moderner Familienplanungsmethoden als PBF1. PBF4 hatte signifikant geringeren Effekt auf das Nutzen mindestens dreier Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft in der Gruppe der Ärmste als PBF1. In der Gruppe der Weniger Arme führte PBF3 zu signifikant größerem Effekt auf die Inanspruchnahme von mindestens zwei Tetanusimpfungen als PBF1 und PBF4 führte zu signifikant größerem Effekt auf die Inanspruchnahme von mindestens zwei Tetanusimpfungen und die Zugabe von Eisen in der Schwangerschaft als PBF1. Vor Einführung von PBF existierten signifikante Verteilungsdefizite bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für Mütter entlang des Betreuungskontinuums (vier Vorsorgeuntersuchungen, Entbindung in einer Gesundheitseinrichtung, eine Nachsorgeuntersuchung). Diese Ungleichheiten waren durch Haushaltswohlstand und Entfernung zur Gesundheitseinrichtung bedingt sowie durch Alphabetisierung im Falle von Entbindung in einer Gesundheitseinrichtung (Forschungsziel 3). Die Studie fand auch zusätzliche Faktoren, die die Inanspruchnahme von mindestens vier Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (Parität, Religion und Familienstand), Entbindung in Gesundheitseinrichtungen (Parität und Religion) und mindestens eine Nachsorgeuntersuchung (Alter und Religion) beeinflussten.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich PBF (gepoolt über all Interventionsarme) hauptsächlich positiv auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten für Mütter aus Haushalten der Weniger Arme auswirkt, und dass PBF in Verbindung mit Maßnahmen zur Verringerung von Verteilungsdefiziten negative Effekte für Frauen aus den Ärmste der Haushalte und einige positive Effekte für die weniger Armen hatte, wodurch die Ungleichheit zwischen den beiden Gruppen verstärkt wurden. Dies

steht im Gegensatz zu den Ergebnissen früherer Studien, die nahelegten PBF könne die Ärmsten effektiv erreichen wenn sie von nachfrageseitigen Maßnahmen zur Verbesserung der Gerechtigkeit begleitet würden, wie sie in Burkina Faso getestet wurden. Teilweise lassen sich die Ergebnisse durch kontextbezogene Probleme erklären, wie z. B. wesentliche Änderungen an den Design-Komponenten von PBF2 und PBF3 während der Implementierung, und unzureichende Implementierung der Befreiung der Ärmsten von Gebühren für Dienstleistungen durch das Gesundheitspersonal, bedingt durch unzureichendes Verständnis der sehr komplexen Intervention, Verzögerungen in der Zahlung der Boni, und weiterbestehende nicht-finanzielle Hürden.

Fazit: Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung sorgfältiger Messung und Kontrolle der Bedarfsgerechtigkeitseffekte von PBF, welches weiterhin einen wesentlichen Bestandteil der Bemühungen zur Erreichung der Nachhaltige Entwicklungsziele in den Ländern Subsahara-Afrikas darstellt. Selbst gut-designte PBF-Programme können Ungleichheiten verstärken, wenn Kontext und Art der finanzielle Anreize nicht genau berücksichtigt werden und bestimmte Kernkomponenten der PBF-Wirkungsketten nicht plangemäß umgesetzt werden. Auch sollten komplementäre Maßnahmen und Richtlinien in Betracht gezogen werden, die Synergien zwischen Nachfrage und Angebot schaffen, um so Verteilungsdefizite bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienste für Mütter zu verringern.