

Non-Payment for Non-Performance

Eine Einführung (NP4NP)

Sitzung: Entgelte nach Qualität

Berlin, 27.11.2017

M. Schrappe

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Qualität und Sicherheit

- Übergang zu Quality Improvement
- Qualität regionaler Versorgungskonzepte
- Komplexe Mehrfachinterventionen
- Vergütung: Qualität statt allein Menge
- Aktive Patienten

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

P4P und VBP* in den USA

- Balanced Budget Act 1997
- Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act (MMA) 2003
 - ➔ Hospital Inpatient Quality Reporting (IQR)-Program
- Deficit Reduction Act (2005)
- Tax Relief and Health Care Act (2006)
- Patient Protection and Affordable Care Act (2010)
 - ➔ Value Based Purchasing Program
 - ➔ Hospital Readmission Reduction Program
 - ➔ Hospital-Acquired Condition Reduction Program

P4P und VBP* in den USA

- Balanced Budget Act 1997
- Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act (MMA) 2004
- Deficit Reduction Act (2005)
- Tax Relief and Health Care Act (2006)
- Patient Protection and Affordable Care Act (2010)

Deficit Reduction Act 8.2.2006

Seit dem 1.10.2008

durch CMS* keine Finanzierung nosokomialer

- ➔ Kath.-assoziierter Harnwegsinfektionen
- ➔ iv-Kath.-assoziierter Sepsis
- ➔ Wundinfektionen bei def. elektiven Eingriffen

Graves et al. JAMA 300, 2008, 1577
Pronovost et al. 299, 2008, 2197

*Centers of Medicare and
Medicaid Services

Prof. Dr. M. Schrappe

Fifteen years after *To Err is Human*: a success story to learn from

Peter J Pronovost,¹ James I Cleeman,² Donald Wright,³ Arjun Srinivasan⁴

Preventable harm is a major cause of preventable death worldwide. In late 1999, the Institute of Medicine (IOM) released *To Err is Human*,¹ a report that riveted the world's attention to between 44 000 and 98 000 patient deaths annually in the USA from medical errors. Progress towards reducing these harms has proven

Over the last decade, ICU CLABSI rates have dropped throughout the USA (table 1) and today these infections are considered largely preventable. The attitude change, spurred by examples of preventable infections and experiences at the frontlines of care in substantially reducing CLABSIs, contributed to the drop in

BMJ Qual. Saf. 25, 2016, 396-9

Table 1 Central line-associated bloodstream infection rates in intensive care units*

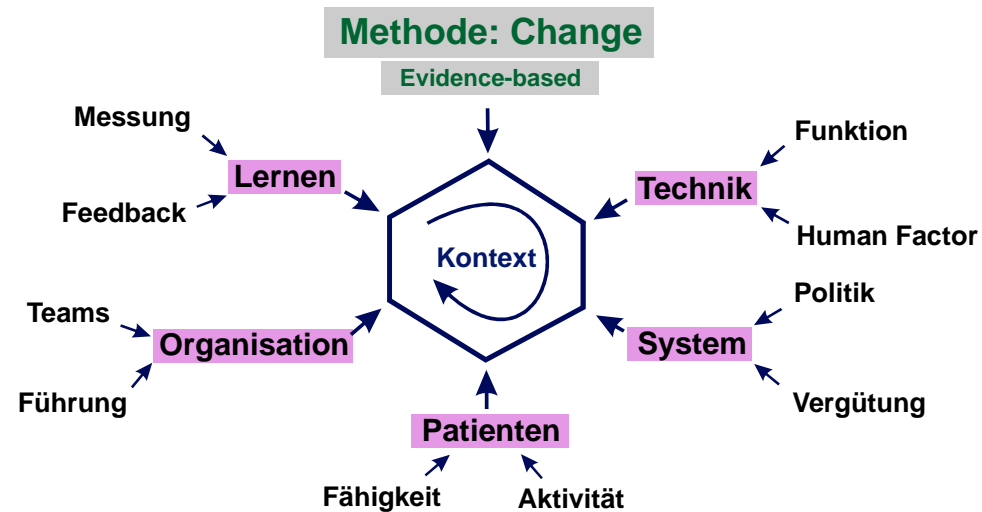
Unit type	NNIS system 1992–1999	NHSN system 2013
Medical	6.1†	1.1 (not major teaching) 1.2 (major teaching)
Medical/surgical (major teaching)	6.0	1.1
Medical/surgical (not major teaching)	4.1	0.8
Paediatric	7.9†	0.8 (medical) 1.2 (medical/surgical)
Surgical	5.6†	0.9 (not major teaching) 1.1 (major teaching)

*Data are from intensive care units reporting to the Centers for Disease Control and Prevention databases: NNIS for 1991–1999 and NHSN for 2013; rate reported is number of infections per 1000 central line days.

†Stratified data are not available for this time period.

BMJ Qual. Saf. 25, 2016, 396-9

Innovationen als CMCI's*



Schrappe 2017

Prof. Dr. M. Schrappe

*Complex MultiComponent Interventions
s. Berwick 2008, s. Schrappe und Pfaff 2017

Qualitätswettbewerb

- **Public Disclosure/Reporting**
 - Transparenz I: Veröffentlichung mit Nennung Institution (evtl. mit Arzt)
- **Pay for Reporting**
 - Transparenz II: Zusätzlich Vergütung der Dokumentation
- **Pay for Performance**
 - Qualitäts-bezogene Vergütung
- **Non-Payment for Non-Performance (Never-Events)**
 - Sonderfall von P4P
- **Value-Based Purchasing**
 - Effizienz-bezogene Vergütung (Qualität zu Kosten)

Pay for Performance (P4P)

Definition:

Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen basiert auf einem

- Qualitätsmonitoring durch definierte Indikatoren und
- koppelt die Qualität der Versorgung an Vergütungsbestandteile mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

P4P kann sich auch auf die Qualität im Verhältnis zu den Kosten (Effizienz, *value*) beziehen.

Non-Payment for Non-Performance

Definition:

Non-Payment for Non-Performance (NP4NP) im Gesundheitswesen basiert auf einem

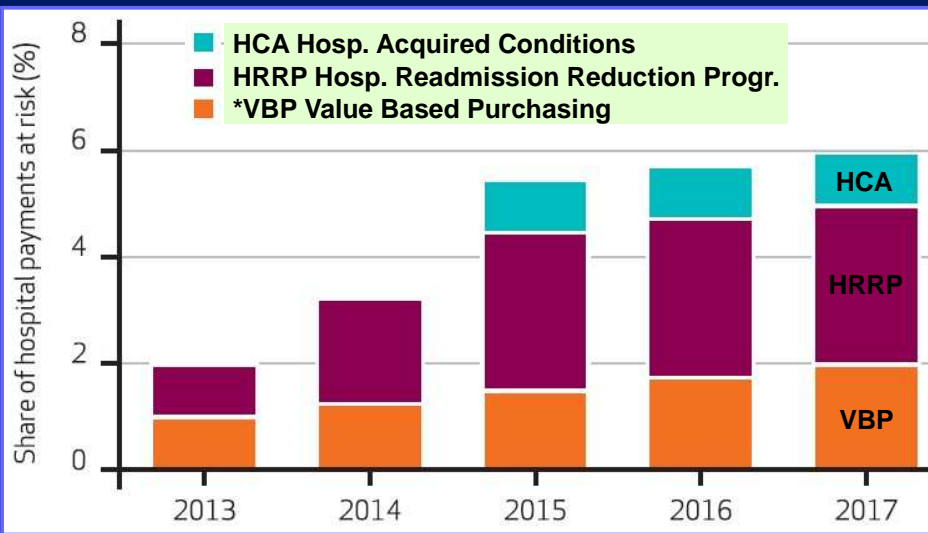
- Qualitätsmonitoring durch definierte Indikatoren und
- koppelt die Qualität der Versorgung an Vergütungsbestandteile mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

NP4NP ist im Gegensatz zu P4P fallbezogen organisiert und richtet sich meist auf sog. *never events*.

Qualitätswettbewerb

- **Public Disclosure/Reporting**
 - Transparenz I: Veröffentlichung mit Nennung Institution (evtl. mit Arzt)
- **Pay for Reporting**
 - Transparenz II: Zusätzlich Vergütung der Dokumentation
- **Pay for Performance**
 - Qualitäts-bezogene Vergütung
- **Non-Payment for Non-Performance (Never-Events)**
 - Sonderfall von P4P
- **Value-Based Purchasing**
 - Effizienz-bezogene Vergütung (Qualität zu Kosten)

P4P und VBP* in den USA



Kahn et al. 2015

Prof. Dr. M. Schrappe

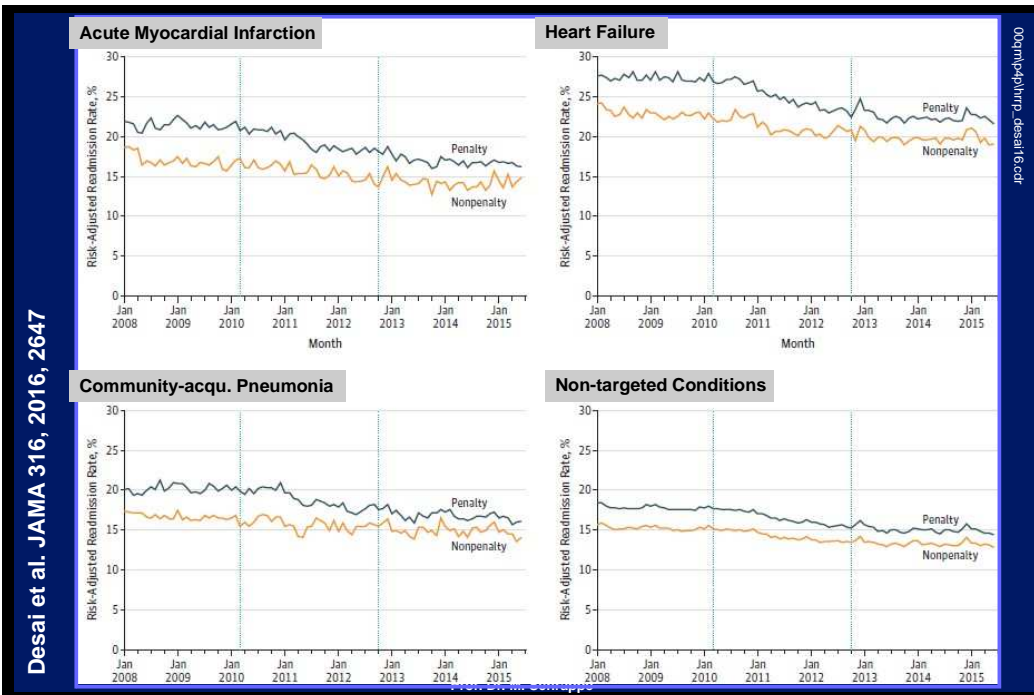
HRRP in den USA: Effektivität P4P

- **Fragestellungen:**
 - Bedeutung von Penalties
 - Spill-over
 - Implementierung
- **Design:** Interrupted Time Series, Diff.-in-Difference Analysis
- **Studienpopulation:**
 - 48 137 102 Aufnahmen
 - 20 351 161 Patienten (Medicare, FFS)
 - 3497 Krankenhäuser
- **Beobachtungszeitpunkte:**
 - 2008 vor Start der HRRP-Diskussion und Zeit bis 2010
 - 2010 HRRP-Ankündigung (Affordable Care Act)
 - 2010-2012 vor HRRP-Implementierung
 - 2012 HRRP-Implementierung und danach

Desai et al. JAMA 316, 2016, 2647

Prof. Dr. M. Schrappe

HRRP Hosp. Readmission Reduction Program
P4P Pay for Performance
FFS Fee for Service



Desai et al. JAMA 316, 2016, 2647

00qmp4p/hrrp_desai16.cdr

HRRP in den USA: Effektivität P4P

	2008		2010* - 2012		
	pen +	pen -	pen+ vs. -	targ. vs. non-targ. pen +	non-targ. vs. non-targ. pen -
• AMI	21,9%	18,7%	-1,24%	-0,49%	+0,48%
• HF	27,5%	24,2%	-1,25%	-0,90%	+0,08%
• CAP	20,1%	17,4%	-1,37%	-0,57%	+0,53%
• Non-targ.	18,4%	15,7%	-0,24%	-	-

- Ab 2012 (Implementierung) weitere (schwächere) Abnahme ohne Gruppenunterschiede

AMI Acute Myocardial Infarction
HF Heart Failure
CAP Comm.-acqu. Pneum.
*2010 Ankündigung von HRRP

targ./non-targ. innerhalb vs. außerhalb HRRP
pen +/- mit/ohne Penalties ab 2012(!)

Desai et al. JAMA 316, 2016, 2647

Prof. Dr. M. Schrappe

P4P: SR & Metaanalyse

96 Studien im Systematischen Review (SR)
- 34 in Metanalyse eingeschlossen

Hauptergebnis: P4P hat eine (geringe) positive Wirkung

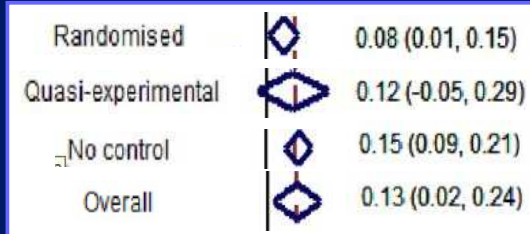
Sensitivitätsanalyse: Wirkung von P4P ist umgekehrt proportional z. Studienqualität

Positiver Einfluss

- Outcomes vs. Prozess-Ind.
- Höhe der Zahlungen
- Individuelle Adressaten vs. Gruppen (n. sign.)

Ogundeji et al. Health Pol. 120, 2016, 1141

Prof. Dr. M. Schrappe



The Wisdom and Justice of Not Paying for "Preventable Complications"

Peter J. Pronovost, MD, PhD

Christine A. Goeschel, RN, MPA, MPS

Robert M. Wachter, MD

Complications Should Be Important and Measurable

How various stakeholders perceive importance is likely a function of how commonly the event occurs and the amount of preventable harm and marginal costs associated with the event. Although an explicit process is needed to further define what is important and measurable, the data generated by CMS have face validity.

FAR TOO MANY PATIENTS EXPERIENCE PREVENTABLE HARM from medical errors, preventable hospital-acquired infections, and safety-netting financial incentives.

The CMS will use discharge data to identify patients who had 1 of the 8 listed preventable complications. Because the sensitivity and specificity of diagnosing many of these complications are imperfect or unknown and because the prevalence for many of these complications is low, measurement error will likely introduce substantial biases. Some patients experiencing the complication will not be diagnosed as having one (a false negative due to low sensitivity), and many more patients who do not have the complication will be diagnosed as having one (false positive due to low specificity).

JAMA
299, 2008,
2197

Prof. Dr. M. Schrappe

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Download pdf-Version unter
www.matthias.schrappe.com