

## Qualitäts-bezogene Vergütung - was ist möglich ?

Plattform Q - SALUS 2012

Gesundheitsplattform Steiermark

Graz, 17.09.2012

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe  
www.schrappe.com

## Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Implizite Voraussetzungen
- ➔ Initiale Ergebnisse
- ➔ Langfristige Ergebnisse
- ➔ Indikatorenauswahl und Einzelleistungsvergütung
- ➔ Informationsasymmetrie
- ➔ Ausblick

SACHVERSTÄNDIGENRAT  
für die Konzentrierte Aktion  
im Gesundheitswesen

Gesundheitswesen in Deutschland

Kostenfaktor und Zukunftsbranche

137. Bezüglich der Vergütung ambulant und stationär erbrachter Gesundheitsleistungen ist eine stärkere Ergebnis- und Patientenorientierung geboten. Mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen ist dafür eine unverzichtbare Voraussetzung. In diesem Kontext plädiert der Rat für ergebnisbezogene Bonuszahlungen im Rahmen mehrschichtiger Vergütungssysteme mit einer Verknüpfung der Vergütung an zu entwickelnde Leitlinien. Neue Modelle und freiere Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungsanbietern liefern den hierzu notwendigen Gestaltungsspielraum.

Kurzfassung

00qmp4p\hintergr.cdr

## P4P: Hintergrund

- ➔ Menge statt Qualität
- ➔ Sektorale Optimierung statt populationsbezogene Verantwortung
- ➔ Leistungserbringung statt Prävention
- ➔ Akuterkrankung statt chronische Erkrankungen

Prof. Dr. M. Schrappe

## Accountability

- ➔ Verantwortlichkeit
- ➔ Rechenschaft
- ➔ Zurechenbarkeit
- ➔ Verantwortung übernehmen

## 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

## Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Implizite Voraussetzungen
- ➔ Initiale Ergebnisse
- ➔ Langfristige Ergebnisse
- ➔ Indikatorenauswahl und Einzelleistungsvergütung
- ➔ Informationsasymmetrie
- ➔ Ausblick

## Qualitäts-bezogene Anreizsysteme

- ➔ Veröffentlichung von Qualitätsdaten  
"public disclosure"
  - Qualitäts-bezogenes Patienten- und Einweiser-  
verhalten, Reputation als Anreiz
- ➔ Qualitäts-bezogene Vergütung  
"pay for performance"
  - Finanzielles Anreizsystem

## Qualitätswettbewerb: implizite Annahmen

00q0tqprqpolitqwert3.cdr

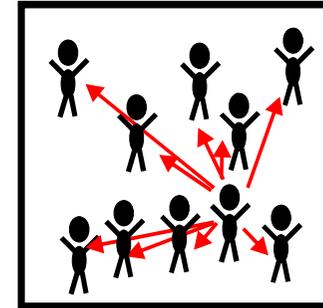
### ➤ Patienten:

- Patienten maximieren ihren Nutzen
- Qualitätsinformationen entsprechen Informationsnachfrage
- Informationen sind verständlich und entscheidungsrelevant

Prof. Dr. M. Schrappe

## Zur Nutzenmaximierung

geoeko\bedarf\nutzenmax.cdr



Nutzenmaximierung:  
zurück je 1 Ct./Person

insges. = 00,09 €  
Rest: 99,91 €

Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualitätswettbewerb: implizite Annahmen

00q0tqprqpolitqwert3.cdr

### ➤ Patienten:

- Patienten maximieren ihren Nutzen
- Qualitätsinformationen entsprechen Informationsnachfrage
- Informationen sind verständlich und entscheidungsrelevant

### ➤ Professionals:

- Interne Motivation und externer Anreiz vereinbar

Prof. Dr. M. Schrappe

## Motivation Crowding

00qmp4p\dobelli.cdr

- Alte Gläser nach Zürich
- Kinderkrippen am Spätnachmittag
- Endlagersuche im Nachbarland

Rolf Dobelli Zeit 16.8.2012

Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualitätswettbewerb: implizite Annahmen

00qmqm\_politqwett3.cdr

### ➤ Patienten:

- Patienten maximieren ihren Nutzen
- Qualitätsinformationen entsprechen Informationsnachfrage
- Informationen sind verständlich und entscheidungsrelevant

### ➤ Professionals:

- Interne Motivation und externer Anreiz vereinbar

### ➤ Institutionen:

- Institutionen sehen Qualität als marktrelevant
- Qualität als Organisationskultur (z.B. Verzicht auf *gaming*)

Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualitätswettbewerb: implizite Annahmen

00qmqm\_politqwett3.cdr

### ➤ Patienten:

- Patienten maximieren ihren Nutzen
- Qualitätsinformationen entsprechen Informationsnachfrage
- Informationen sind verständlich und entscheidungsrelevant

### ➤ Professionals:

- Interne Motivation und externer Anreiz vereinbar

### ➤ Institutionen:

- Institutionen sehen Qualität als marktrelevant
- Qualität als Organisationskultur (z.B. Verzicht auf *gaming*)

### ➤ Rahmenbedingungen:

- Fördern Qualitäts- und Sicherheitsanreize
- "Qualitätssicherung der Qualitätssicherung"
- Setzen - bei regionaler Umsetzung - Mindeststandards

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- Einführung
- Implizite Voraussetzungen
- **Initiale Ergebnisse**
- Langfristige Ergebnisse
- Indikatorenauswahl und Einzelleistungsvergütung
- Informationsasymmetrie
- Ausblick

## Review: Ergebnisse 1

00qmqm4p4rev\_erg1.cdr

28 Studien wurden identifiziert

- 21/28 Studien wiesen einen positiven Effekt aus
- von 7 Studien ohne positiven Effekt
  - 3 Studien gemischtes Ergebnis
  - 4 Studien negatives Ergebnis
- positives Ergebnis bei 15/19 Studien mit einfachen und 6/9 mit komplexen Endpunkten
- positives Ergebnis bei 14/18 Studien, bei denen P4P die alleinige Intervention war, und 7/10 Studien mit komplexer Intervention

SVR GA 2007, Nr. 739

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gegenstand der Studien zu P4P (1)

### Einzelne Endpunkte

- Einhalten von Leitlinien zur Raucherentwöhnung
- Screening auf kolorektale Ca
- Mammographie-Screening
- Durchführung von Impfprogrammen
- Beratung in der Apotheke
- Ambulante psychiatrische Versorgung im Community design
- Leitlinien-gerechte Therapie der Otitis media
- Leitlinien-gerechte Therapie des Diabetes mellitus
- Leitlinien-adäquate Therapie sexuell übertragbarer Erkr.
- Leitlinien-gerechte Therapie von Herzinfarkt und -insuffizienz

SVR GA 2007, Nr. 736

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gegenstand der Studien zu P4P (2)

### Komplexe Endpunkte

- Therapie Asthma und Diabetes
- HQIP-Indikatoren (CAP, AMI, CHF, CABG, TEP)
- Ambulante Versorgung global (NHS)
- Qualität der Versorgung in Pflegeheimen
- Multiple Präventionsprogramme
- Allgemein Beteiligung an Präventionsprogrammen
- Erfolgsfaktor von Health Plans
- Leitlinien-adäquate Therapie i.R. eines Care Managements

SVR GA 2007, Nr. 736

Prof. Dr. M. Schrappe

## NHS: Quality and Outcomes Framework

Abkommen zwischen NHS und BMA/Family Practicioners  
1 Mrd. Engl. Pfd. durch Qualitätsindikatoren zusätzlich verteilt.

1. Clinical
2. Organisation
3. Patient experience
4. Others

- Pap-tests
- Immunization
- Maternity services
- Contracept. services
- High level of access

- ➔ Im Median 1003 Punkte erreicht
- ➔ 230/8105 Praxen max. Punktzahl (1050)
- ➔ Im Median 83,4% der Pat. Q-Ziele erreicht
- ➔ Streuung 80,1% D.m. bis 96% Hypothy.
- ➔ Im Median 6% "exception reporting"
- ➔ Effekt geringer bei schlechterem sozialen Status und geringerer Praxisgröße, höherem Alter des Arztes und Patientenaufkommen

Roland, M.: Linking Physician's Pay to the Quality of Care. NEJM 351, 2004, 1448

Prof. Dr. M. Schrappe

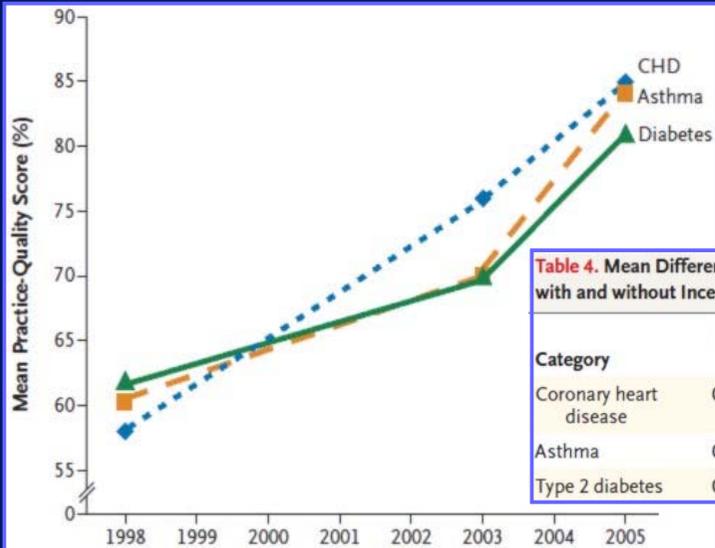
### Exception Rules

- They do not attend an office visit despite three written reminders,
- they have newly diagnosed conditions or are newly registered,
- they decline the intervention or treatment,
- they have not tolerated a medication that is specified in the contract,
- they are already receiving maximal doses of a medication (e.g., for the control of cholesterol) whose effects have been suboptimal,
- they have a condition (e.g., an allergy or a terminal illness) for which the intervention is not clinically appropriate,
- or they have a supervening condition that makes treatment inappropriate.

Roland NEJM 241, 2004, 1448

# P4P: Primary Care in England

00qmp4plcampbell07.cdr



**Table 4. Mean Difference in Improvement for Indicators with and without Incentives.\***

Category	Mean Difference (95% CI)	P Value
Coronary heart disease	0.53 (-0.01 to 1.08)	0.054
Asthma	0.03 (-0.45 to 0.51)	0.904
Type 2 diabetes	0.08 (-0.32 to 0.49)	0.682

Campbell et al. NEJM 357, 2007, 351 Prof. Dr. M. Schrappe

# P4P: Medicare (CMS) und Premier

00qmp4plindenauer07.cdr

## Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project (HQIP)

- Beruh auf Indikatoren
- der JCAHO
  - AHRQ
  - und des National Quality Forum

- 34 Indikatoren
- amb. Erworbene Pneumonie
  - akuter Myokardinfarkt
  - chronische Herzinsuffizienz
  - CABG
  - Hüft-/Knie-TEP

**1. Dezil**  
2% Aufschlag

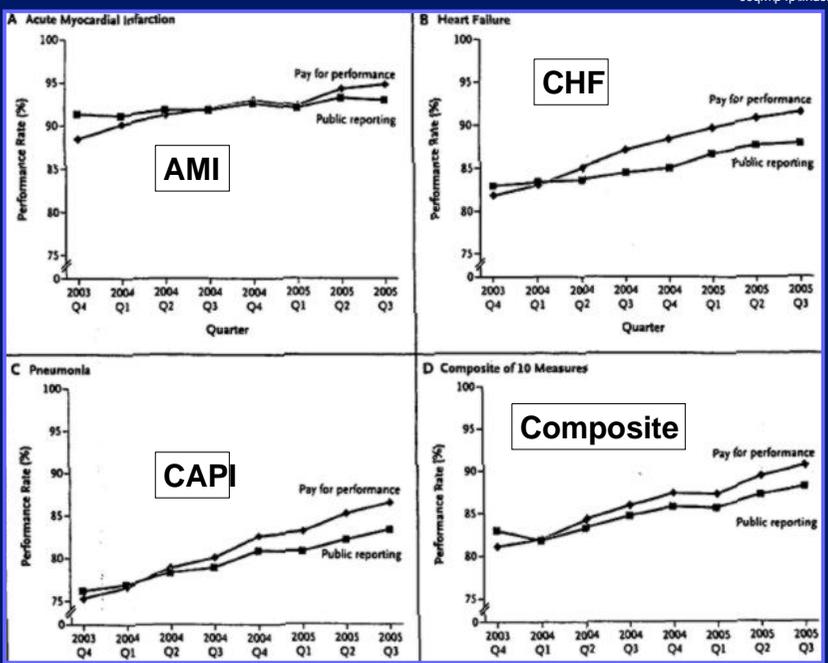
**2. Dezil**  
1% Aufschlag

•  
•  
•

**9.+10. Dezil**  
1-2% Abschlag

Lindenauer et al. NEJM 356, 2007, 486

Prof. Dr. M. Schrappe



00qmp4plindenauer07.cdr

# P4P: Finanzielle Anreize

00qmp4plfinanz.cdr

- ➔ Qualitätsindikatoren müssen monetär bewertet werden
- ➔ Zuschläge oder auch Abschläge?
- ➔ Auslösung von Zu-/Abschlägen
  - ab einem bestimmten Grenzwert
  - ab einer definierten Ranking Position
  - bei relativer Verbesserung/Verschlechterung entsprechend individuellem Ausgangswert
- ➔ Einbeziehung eines *exception reporting*
- ➔ Kosten der Datenerfassung, finanziellen Bewertung und Risikoadjustierung müssen berücksichtigt werden.

SVR Gutachten 2007, Nr. 727

Prof. Dr. M. Schrappe

## P4P: Fragen zum Design

- ➔ Verantwortung und Freiwilligkeit
- ➔ Einzel- oder Gruppenmotivation
- ➔ Höhe und Refinanzierung der zus. Finanzierung
- ➔ Auswahl der Indikatoren
  - Prozess- vs. Ergebnisindikatoren
  - Klinische vs. administrative Daten
- ➔ Spezifizierung der Indikatoren
- ➔ Populations- und systembezogene Qualitätsziele
- ➔ Einbeziehung finanzieller Ziele
- ➔ Spezifizierung der Zu-/Abschläge
- ➔ Kombination mit *public disclosure*

## P4P: Bedeutung der Risikoadjustierung

CMS-P4P-Programm zur **Prozess-Qualität** verglichen mit Risiko-adjustierter Ranking-Tabelle basierend auf 148472 AMI-Patienten in 449 Zentren

➔ aufwärts  
➔ abwärts

➔ 16% der Zentren änderten P4P Ranking

**Table 3.** Degree of Agreement Between Hospital Rankings Based on Observed vs Adjusted Composite Adherence Scores (Total N = 449)<sup>a</sup>

	Adjusted Hospital Rankings <sup>b</sup>		
	Top 20%	Middle 60%	Bottom 20%
Observed hospital rankings, No. (%) <sup>c</sup>			
Top 20%	61 (13.59) <sup>d</sup>	29 (6.46) <sup>e</sup>	0
Middle 60%	29 (6.46) <sup>f</sup>	233 (51.89) <sup>d</sup>	8 (1.78) <sup>e</sup>
Bottom 20%	0	8 (1.78) <sup>f</sup>	81 (18.04) <sup>d</sup>

## Review: Ergebnisse 2

Einfluss des Studiendesigns hat einen fraglichen Einfluss:

- ➔ 9/28 Studien randomisiertes Design
  - 6/9 Studien positives Ergebnis (2 neg., 1 gemischt)
- ➔ 4/28 Studien mit quasi-experimentellem Design
  - 2/4 Studien positives Ergebnis (1 neg., 1 gemischt)
- ➔ 3/28 Studien Case Control Design
  - 1/3 Studien positives Ergebnis (2 neg.)
- ➔ 12/28 historisch kontrollierte Studien
  - 12/12 Studien positives Ergebnis

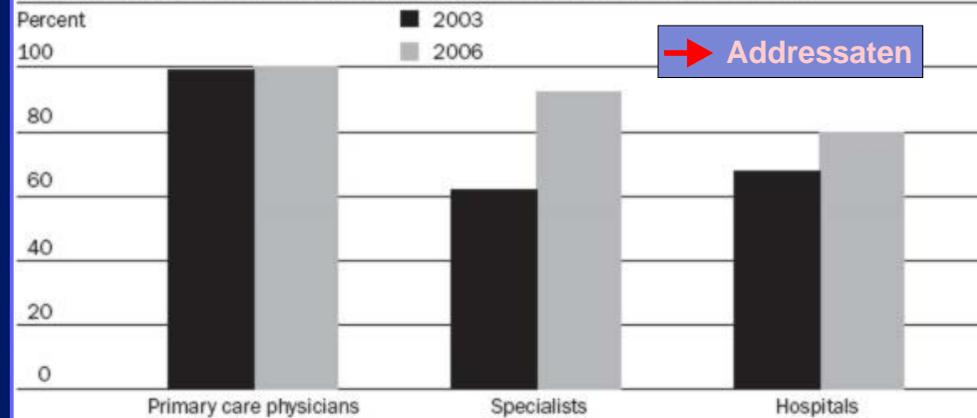
## Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Implizite Voraussetzungen
- ➔ Initiale Ergebnisse
- ➔ Langfristige Ergebnisse
- ➔ Indikatorenauswahl und Einzelleistungsvergütung
- ➔ Informationsasymmetrie
- ➔ Ausblick

## P4P: follow up der "early adopters"

Nach-Befragung 2006 von 27 Einrichtungen mit P4P bereits 2003

Percentage Of Enrollees Covered By Pay-For-Performance (P4P) Sponsors Covering Primary Care Physicians, Specialists, And Hospitals, 2003 And 2006



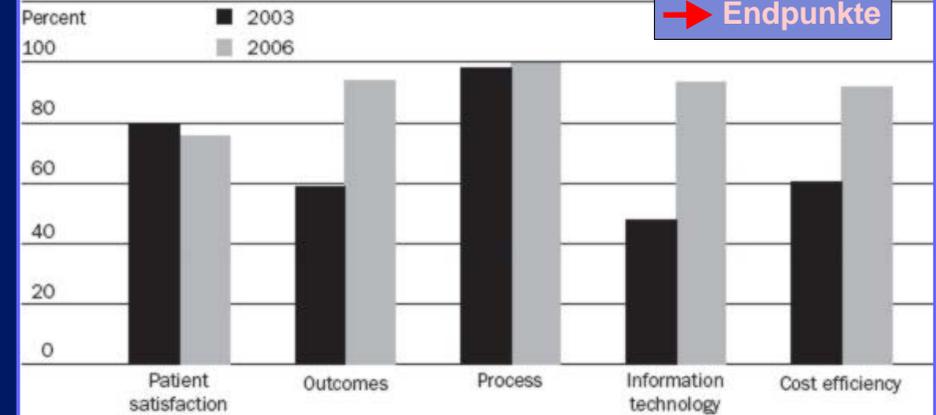
Rosenthal et al. 26, 2007, 1674

Prof. Dr. M. Schrappe

## P4P: follow up der "early adopters"

Nach-Befragung 2006 von 27 Einrichtungen mit P4P bereits 2003

Percentage Of Enrollees Covered By Pay-For-Performance (P4P) Sponsors That Use Specific Measure Sets, 2003 And 2006



Rosenthal et al. 26, 2007, 1674

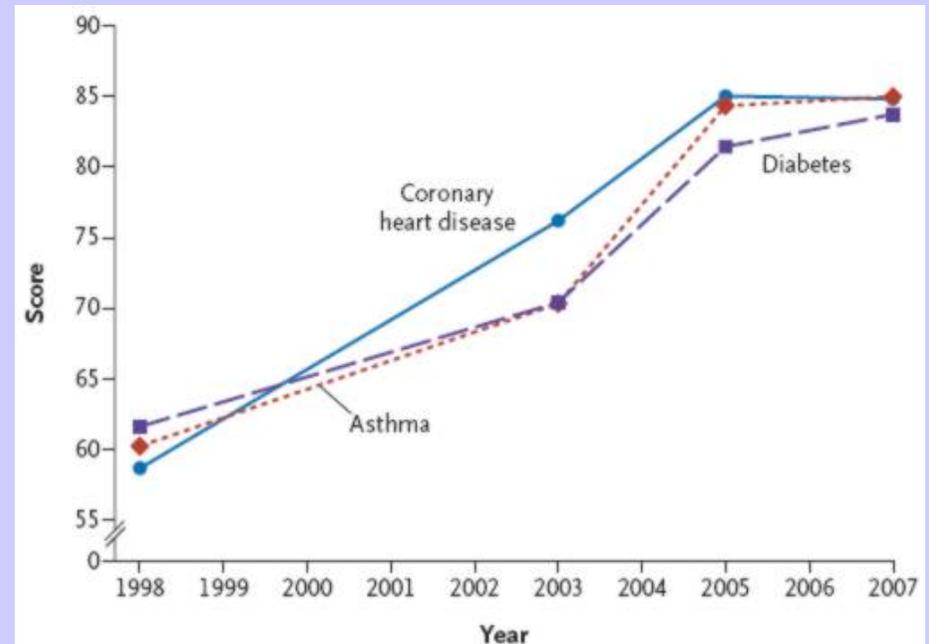
Prof. Dr. M. Schrappe

## P4P Primary Care UK

- ➔ **Design:**
- interrupted time series analysis
  - 42 family practices '98, '03 (pre), '05, '07 (post)
  - indicators asthma, diabetes, coronary heart dis., pat. perception access, continuity, communication
- ➔ **Results:**
- rate of improvement '05 increased for asthma and diabetes, not for chd.
  - '07 ceiling effect
  - indicators not associated with incentive decreased for asthma and coronary heart disease
  - no difference for acces to care and interpersonal aspects, but reduction of continuity of care immediately after introduction of p4p

Campbell et al. NEJM 361, 2009, 368

Prof. Dr. M. Schrappe



## P4P: langfristige Effekte

- ➔ Nicht alle Erkrankungen reagieren gleich
- ➔ P4P-Effekt ist von allgemeiner Tendenz abzugrenzen
- ➔ Ceiling-Effekt
- ➔ Verbesserung der PRO's
- ➔ Kritisch: Kontinuität der Versorgung
- ➔ Gefahr der Verschlechterung nicht P4P-bezogener Indikatoren
- ➔ Rückgang nach Beendigung der P4P-Verknüpfung möglich

Campbell et al. NEJM 361, 2009, 368  
Lester et al. BMJ 340, 2010, c1898

Prof. Dr. M. Schrappe

## P4P und soziale Ungleichheit

- ➔ Reduction of income for physicians in poor minority communities
- ➔ "Color-blind" quality improvement programs
- ➔ "Teaching to the test" might disproportionately affect minorities
- ➔ Avoiding patients perceived as likely to lower quality scores
- ➔ Patients' ability to use public quality reports
- ➔ Reduction of income for physicians in poor minority communities

Casalino & Elster Health Aff. 26, 2007, w405

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Implizite Voraussetzungen
- ➔ Initiale Ergebnisse
- ➔ Langfristige Ergebnisse
- ➔ **Indikatorenauswahl und Einzelleistungsvergütung**
- ➔ Informationsasymmetrie
- ➔ Ausblick

## P4P: Syst. Review - Endpunkte

Systematischer Review an 128 Studien

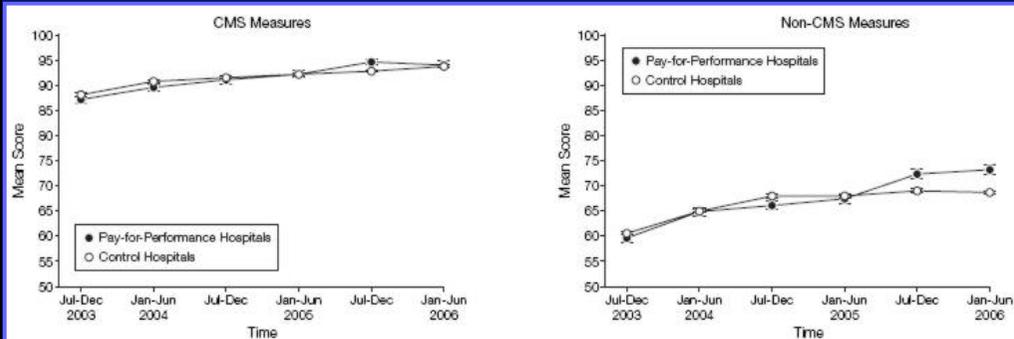
- ➔ Klinische Endpunkte:
  - Überwiegend positive Auswirkung
- ➔ Komplexe Endpunkte (Koordination, Kontinuität, Patientenzentriertheit, Kosteneffektivität):
  - Widersprüchliche Ergebnisse

Van Herck et al. BMC Health Services Research 10, 2010, 247

Prof. Dr. M. Schrappe

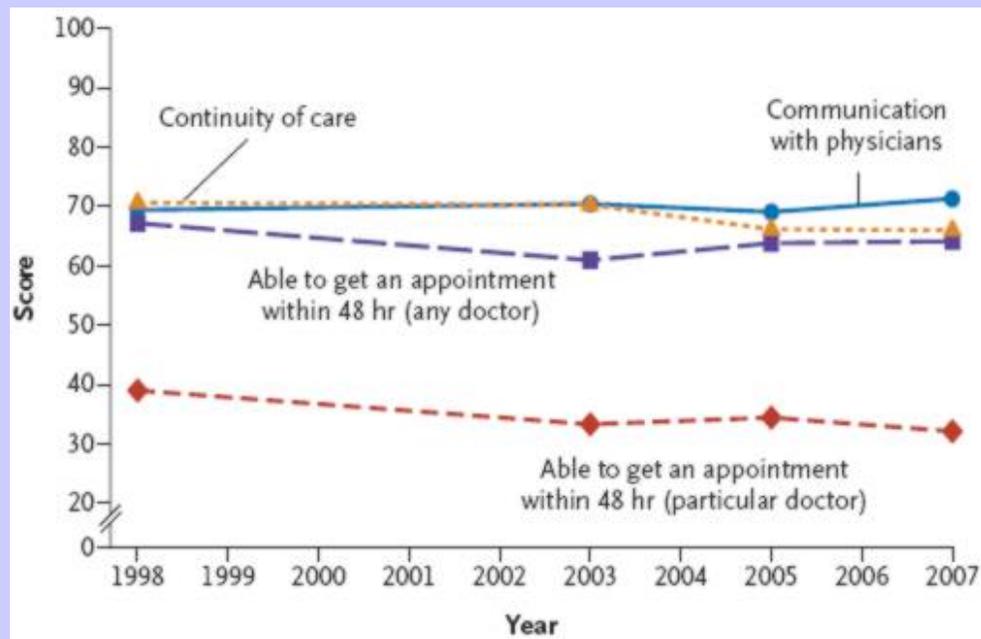
# P4P und Qualität: HQIP-Projekt

105.383 n-STEMI Patienten in 54 P4P- und 446 Control-Hospitals  
 HQIP/CMS-Indikatoren (P4P) und ACC/AHA level 1 Indikatoren  
 → Alle Indikatoren bei P4P- und Control-Hospitals verbessert  
 → Kein Unterschied zwischen P4P- und Control-Hospitals



Glickman et al. JAMA 297, 2007, 2373

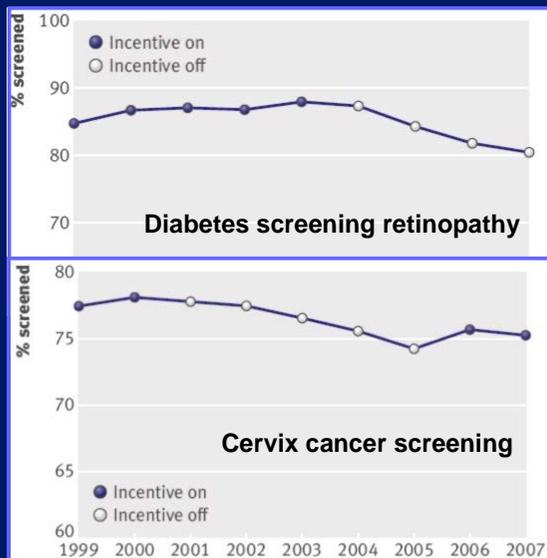
Prof. Dr. M. Schrappe



# P4P: removal of quality indicators

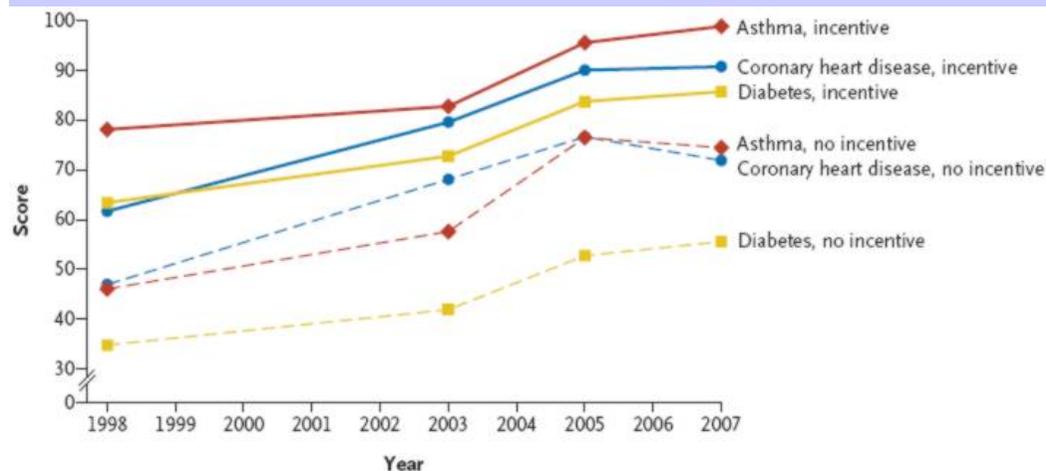
Kaiser Permanente  
 35 care facilities  
 2523 269 adult patients

2 quality indicators were excluded from financial incentives



Lester et al. BMJ 340, 2010, c1898

Prof. Dr. M. Schrappe

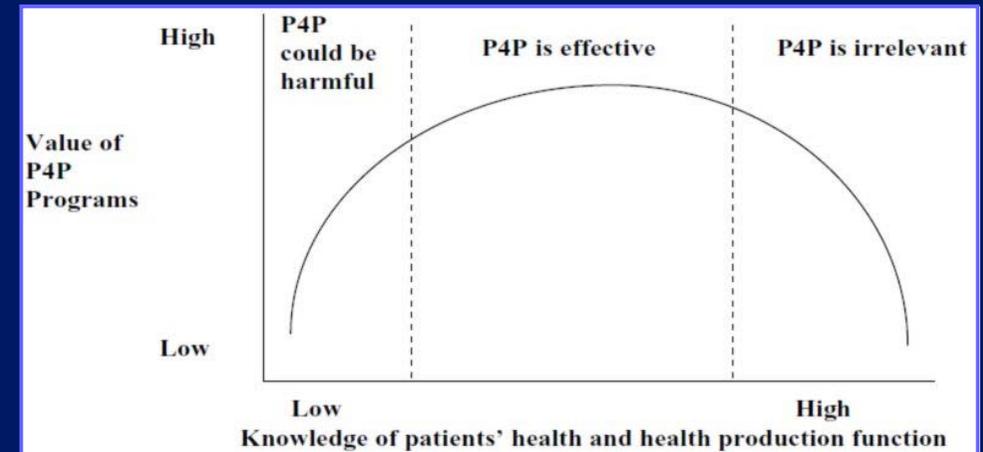


## Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Implizite Voraussetzungen
- ➔ Initiale Ergebnisse
- ➔ Langfristige Ergebnisse
- ➔ Indikatorenauswahl und Einzelleistungsvergütung
- ➔ Informationsasymmetrie
- ➔ Ausblick

## P4P: Bedeutung der Information

These: wenn alle Information für optimale Behandlung vorhanden, dann ist Einzelleistungsvergütung und nicht P4P sinnvoll



Nicholson et al. Milbank Quart. 86, 435

Prof. Dr. M. Schrappe

## Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Implizite Voraussetzungen
- ➔ Initiale Ergebnisse
- ➔ Langfristige Ergebnisse
- ➔ Indikatorenauswahl und Einzelleistungsvergütung
- ➔ Informationsasymmetrie
- ➔ Ausblick

## P4P: potentielle Fehlanreize

- ➔ Verschlechterung von Motivation und Patientenorientierung der behandelnden Ärzte
- ➔ Anreize zur Qualitätsverbesserung sind wirkungslos oder führen zu einer Verschlechterung
- ➔ Verstärkung von sozialer Ungleichheit (Patienten mit chronischen Erkrankungen, mit niedrigem Einkommen, ethnische Gruppen)

Prof. Dr. M. Schrappe

## Qualitäts-bezogene Vergütung: Ausblick

- ➔ P4P ist KEINE *magic bullet*
- ➔ Integration in komplexes gesundheitspolitisches Konzept notwendig
- ➔ Indikatoren und das Verständnis von Indikatoren kommen unter Druck
- ➔ Gleichzeitig: Kooperation der Berufsgruppen notwendig
- ➔ Design und Organisation von größter Wichtigkeit

## Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Vortragsfolien auf  
[www.schrappe.com/ms/downloads](http://www.schrappe.com/ms/downloads)