



Berücksichtigung von Qualitätskriterien bei der Ressourcenallokation (ambulante Versorgung)

Ellen Nolte

Berlin, 25 Februar 2011

Pay-for-performance (P4P) - Definitionen

- 'Die (teilweise) Verknüpfung der Vergütungshöhe mit der Qualität der erbrachten Leistung' (Hildebrandt et al. 2009)
- '[D]irectly relates a proportion of the remuneration of providers to the achieved result on quality indicators' (van Herck et al. 2010)
- '[D]ifferential payments based on performance. Performance can be measured using an array of different types of measures, which can be used individually or compiled into one or several composite performance scores (Schneider et al. 2011)
- '[A]ny type of performance-based provider payment arrangements including those that target performance on cost measures' (Dudley & Rosenthal 2006)
- A measure of value-based purchasing (VBP): 'P4P explicitly links health care providers' pay to their performance on a set of specified measures such that better-performing providers receive higher payments than do lower-performing providers' (Damberg et al. 2007)

Australien (1)

- Steuerfinanziertes Versicherungssystem Medicare (1984)
 - Steuern: 67.5%; Privatversicherung: 8%; OOP: 18% (2007)
 - Teilweise/vollständige Deckung (Rückerstattung) der Gesundheitsausgaben nach Gebührenschlüssel (Medicare Benefits Schedule):
 - GP: 100%; Facharzt (ambulante Versorgung): 85%; Krankenhausaufenthalt: 75%
 - 'Bulk-billing': Ärzte akzeptieren volle Medicare Gebühr & erhalten Direktzahlungen (75% der allgemeinärztlichen Versorgung (2005))
- Primärärztliche Versorgung
 - Privatärztliche Praxis; ca. 60% Gruppenpraxen
 - Freie Arztwahl; limitierte 'gatekeeper' Funktion
 - Prinzipiell Einzelleistungsvergütung

Australien (2)

- 1999: 'Enhanced Primary Care' (EPC) scheme
 - Stärkung der koordinierten Versorgung durch zusätzliche MBS Zahlungen
 - Jährliche check-ups älterer Patienten
 - Multidisziplinäres 'care planning'
 - Fall-Konferenzen (case conferences)
- 1998: 'Practice Incentives Program' (PIP)
 - Pay-for-performance in der Primärversorgung (Praxis)
- 2001/02: 'Service Improvement Payments' (SIPs)
 - Gekoppelt an PIP; zusätzliche Zahlungen für ausgewählte präventive und kurative Leistungen in der Versorgung chronisch Kranker (Arzt)

Australien: Practice Incentives Program

Incentive	Aim
eHealth Incentive	To encourage practices to keep up to date with the latest developments in eHealth
After-hours Incentive	To encourage general practices to provide patients with access to quality after-hours care
Teaching Incentive	To encourage general practices to provide teaching sessions to undergraduate medical students, to ensure practitioners of tomorrow are appropriately trained & have actual experience of general practice
Quality Prescribing Incentive	To encourage practices to keep up to date with information on the quality use of medicines
Practice Nurse Incentive	To encourage general practices in rural and remote areas to employ practice nurses and/or Aboriginal health workers, and in urban areas of workforce shortage, to employ practice nurses and/or Aboriginal health workers and/or other allied health workers
Cervical Screening Incentive	To encourage general practitioners (GPs) to screen under-screened women, and to increase overall screening rates
Diabetes Incentive	To encourage GPs to provide earlier diagnosis and effective management of people with established diabetes mellitus
Asthma Incentive	To encourage GPs to better manage the clinical care of people with moderate to severe asthma
Procedural GP Incentive	To encourage GPs in rural and remote areas to maintain local access to surgical, anaesthetic and obstetric services
Domestic Violence Incentive	To encourage general practices in rural and remote areas to act as a referral point for women experiencing domestic violence
GP Aged Care Access Incentive	To improve access to primary care for residents of Commonwealth-funded aged care facilities
Rural Loading	To recognise the difficulties of providing care, often with little professional support, in rural and remote areas
Indigenous Health Incentive	To support general practices and Indigenous health services to provide better health care for Aboriginal and Torres Strait Islander patients, including best practice management of chronic diseases

Source: Australian National Audit Office, 2010

Australien: Diabetes Incentive

- **Sign on payment:** practices are required to register for the payment and use a patient register and a recall and reminder system for their patients with diabetes (one-off payment only; approximately AUS\$ 1,000 (~€ 730) per FTE GP)
- **Outcome payment:** registered practices must have at least 2% of their patients diagnosed with diabetes and their GPs must have completed a diabetes cycle of care for at least 20% of these patients (payment made only to practices where 20% of diabetics have completed an Annual Cycle of Care; AUS\$ 20 per patient with diabetes per year)
- **Service incentive payment:** GPs must work in a practice registered for the incentive, and complete cycles of care for patients with established diabetes mellitus (AUS\$ 40 per patient)

Australia: Minimum requirements of diabetes care under the Practice Incentives Program

Activity	Frequency/description
Assess diabetes control by measuring HbA1c	At least once every cycle
Ensure that a comprehensive eye examination is carried out	At least once every two years
Measure weight and height and calculate Body Mass Index (BMI)	At least twice every cycle
Measure blood pressure	At least twice every cycle
Examine feet	At least twice every cycle
Measure total cholesterol, triglycerides and HDL cholesterol	At least once every cycle
Test for microalbuminuria	At least once every cycle
Provide self-care education	Patient education regarding diabetes management
Review diet	Reinforce information about appropriate dietary choices
Review levels of physical activity	Reinforce information about appropriate levels of physical activity
Check smoking status	Encourage cessation of smoking (if relevant)
Review of medication	Medication review

Source: Medicare Australia, 2010

Australien: Effekte des PIP

- Teilnahme am PIP ist freiwillig
 - unterstützt auf regionaler Ebene 'divisions of general practice'
 - 2008/09: PIP für ca. 4-10% des Praxiseinkommens verantwortlich
 - 2009/10: GP Praxen erhalten AU\$ 261 million (~€190 m); 4.881 Praxen nehmen teil (Mai 2010) (~67% aller GP Praxen) & > 80% der Allgemeinmedizin wird in PIP Praxen durchgeführt
- Überwiegend positiv bewertet
 - *Kontrollierte Studien in der Minderheit*
 - Verbesserungen in der Zugänglichkeit (after hours); der Teilnahme an präventiven Massnahmen (Impfung); Implementierung von IT Systemen
 - Diabetes: Wahrscheinlichkeit dass ein Blutzuckertest durchgeführt wird um 20% erhöht (*Scott et al. 2009*)
 - Anstieg der Zahl der practice nurses: 17% (2003) => 57% (2005) aller Praxen (Mehrzahl in ländlichen/abgelegenen Gebieten) (*McDonald et al. 2008*)

Neuseeland

- Steuerfinanziertes System mit Sozialversicherungsanteil (85% & 15% => 78% der Gesamtausgaben)
- 20 District Health Boards (DHBs) verantwortlich für Ressourcenallokation und die Kommissionierung der Gesundheitsversorgung in ihrer Region
 - Finanzierung der Primärärztlichen Versorgung durch *Primary Health Organisations* (PHOs)
- Primärärztliche Versorgung
 - Privatärztliche Praxis
 - Freie Arztwahl; GP gatekeeper Funktion
 - Prinzipiell Pauschalvergütung mit FFS und P4P Elementen

Neuseeland: Primary Health Organisations

- Seit 2002; gemeinnützige 'intermediary' Einrichtung an der Schnittstelle von DHBs und Arztpraxis
- Multiprofessionelle Versorgung (Ärzte, Pfleger, andere) durch direkt Anstellung oder angegliederte Organisationen und (kontraktierte) Praxen
- PHO Mitgliedschaft ist freiwillig (Ärzte etc & Patienten); ca. 95 % der Bevölkerung sind Mitglied einer PHO sowie die Mehrzahl der GPs
- PHOs erhalten (adjustierte) Pauschalvergütung von DHB (jährliche Vereinbarungen/Verträge) auf Basis der Erfüllung bestimmter Kriterien (zB 24/7 Zugang zur Primärversorgung)
- Verschiedene Formen zusätzlicher Vergütungsmechanismen, einschl. P4P

Source: Cummings et al. 2007; Staines et al. 2010

Neuseeland: PHO Performance Management Programme

- Teilnahme: PHOs müssen demonstrieren, wie das Programm implementiert werden soll (einschl. Massnahmen der clinical governance)
- PHOs erhalten Zahlungen auf der Basis nationaler Indikatoren: 'chronic care' (n=6), Immunisierung (n=2) und Kosten (n=2)
- Zahlungen erfolgen auf der Basis der Zielerreichung. Maximaler erreichbarer Wert: NZ\$ 6.16 pro Patient
- Indikatoren werden pro eingeschriebener Gesamtbevölkerung & 'high needs' Gruppen (e.g. Maori, Pacific Islander) gesammelt und auf Basis dieser Klassifikation gewichtet
- 'information only' Indikatoren: Monitoring; zB Raucherentwöhnungsprogramme; Inanspruchnahme, Arzneimittelausgaben

Neuseeland: Funded indicators of PHO performance

	Reference population	Annual %
Chronic conditions indicators		
Cervical cancer screening coverage	Total population	3.00
	High needs	6.00
Breast cancer screening coverage	High needs	6.00
Ischaemic CVD detection	Total population	3.00
	High needs	6.00
CVD risk assessment	Total population	6.00
	High needs	12.00
Diabetes detection	Total population	3.00
	High needs	6.00
Diabetes follow up after detection	Total population	3.00
	High needs	6.00
Prevention of infectious diseases indicators		
Flu vaccine coverage for those aged 65+	Total population	3.00
	High needs	6.00
Age appropriate vaccinations for 2 year olds	Total population	3.00
	High needs	6.00
Financial indicators		
GP referred laboratory expenditure	Total population	10.00
GP referred pharmaceutical expenditure	Total population	10.00
TOTAL score		100.00

Source: District Health Boards New Zealand, 2010

Neuseeland: Effekte des PHO PMP

- Überwiegend positiv bewertet
 - Indikatoren reflektieren nicht notwendigerweise was von Klinikern als 'wichtig' oder best practice bewertet wird ("there are 'bigger killers' than cervical cancer")
 - Relative Masse der Leistungsbewertung (zB 70% screened) können als 'erfolgreich' oder 'Misserfolg' verstanden werden, in Abhängigkeit davon, wo das Ziel gesetzt wird
 - Mögliche Verschiebung der Prioritäten
 - Potentieller Konflikt: Qualitätsverbesserung in der Versorgung chronisch Krankler vs. 'Überwachung' einzelner Ausgabenposten
 - Fehlende Transparenz in der Verteilung der Ressourcen als möglicher 'disincentive'
 - Notwendigkeit der Verfügbarkeit zeitnaher Daten um Qualitätsverbesserungsmassnahmen zu beeinflussen => seit 2009 werden einige Daten monatlich verfügbar gemacht

Source: Martin Jenkins, 2008

England / UK

- Steuerfinanziertes System: National Health Service (NHS) (87%)
- 152 primary care trusts (PCTs) verantwortlich für Ressourcenallokation (ca. 80% des NHS budgets) und die Kommissionierung der Gesundheitsversorgung für definierte Bevölkerung
- 'Practice-based commissioning' (PCB): Kommissionierung der sekundärärztlichen Versorgung durch GP Praxen (seit 2005)
- Primärärztliche Versorgung
 - Privatärztliche Praxis; üblicherweise in Gruppenpraxen oder Gesundheitszentren; landesweiter Vertrag ('GMS contract')
 - GP gatekeeper Funktion
 - Prinzipiell Pauschalvergütung mit FFS und P4P Elementen

England/UK: Quality & Outcomes Framework (QOF) (1)

- Seit 2004; freiwilliges finanzielles Anreizsystem, das ca. 25% des Praxiseinkommens an Leistungsparameter ('performance') koppelt
- Vergabe von 'achievement points' - Praxen können maximal 'score' von 1,000 'achievement points' erreichen. Jeder dieser points wird mit £126.77 vergütet.
- 2009/2010 QOF – 4 Domänen
 - **Klinisch:** KHK, Schlaganfall, Bluthochdruck, Diabetes, COPD, Epilepsie, Demenz, Depression, Adipositas, Rauchen etc (n=19)
 - **Organisatorisch:** Information für Patienten, Praxis Management; Pharmakologisches Management etc (n=5)
 - **Patientenerfahrung:** Konsultationsdauer, Zugang etc (n=4)
 - **Zusätzliche Leistungen:** Screening (Zervix), Muttergesundheit, Verhütung etc (n=8)

England/UK: QOF - diabetes

Diabetes mellitus	
Indicator	Diabetes (DM) indicator 25
Records	The percentage of patients with diabetes in whom the last HbA1c is 9 or less (or equivalent test/reference range depending on local laboratory) in the previous 15 months.
DM 19. The practice can produce a register of all aged 17 years and over with diabetes mellitus, which specifies whether the patient has Type 1 or Type 2	Diabetes 25.1 Rationale See DM 23.1 above. Auditing the proportion of patients with an HbA1c below 9% is designed to provide an incentive to improve glycaemic control amongst those with high levels of HbA1c who are at particular risk. The target level has been reduced in order to provide an incentive to improve the care of more people with high levels of HbA1c.
Ongoing management	Diabetes 25.2 Reporting and verification The practice should report the percentage of patients on the diabetic register in which the last HbA1c measurement was 9 or less. The test must have been carried out in the previous 15 months. In verifying that this information has been correctly recorded, a number of approaches could be taken by a PCO:
DM 2. The percentage of patients with diabetes who record BMI in the previous 15 months	i. Inspection of the output from a computer search that has been used to provide information on this indicator.
DM 5. The percentage of patients with diabetes with a record of HbA1c or equivalent in the previous 15 months	ii. Inspection of a sample of records of patients with diabetes to look at the proportion with last recorded HbA1c 9 or less.
DM 23. The percentage of patients with diabetes in whom the last HbA1c is 7 or less (or equivalent test/reference range depending on local laboratory) in the previous 15 months	iii. Inspection of a sample of records of patients for whom a record of HbA1c 9 or less is claimed, to see if there is evidence of this in the medical records.
DM 24. The percentage of patients with diabetes in whom the last HbA1c is 8 or less (or equivalent test/reference range depending on local laboratory) in the previous 15 months	
DM 25. The percentage of patients with diabetes in whom the last HbA1c is 9 or less (or equivalent test/reference range depending on local laboratory) in the previous 15 months	

Source: GMS contract, 2009/10

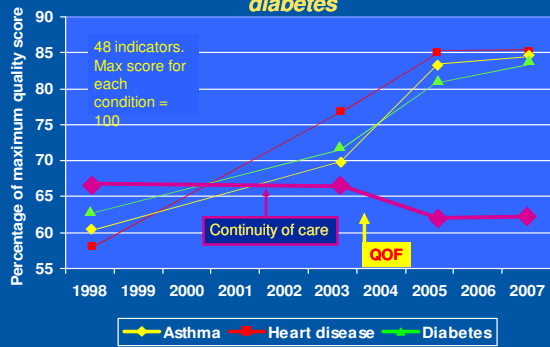
England: Effekte des QOF (1)

- Überwiegend positiv bewertet
 - Schnelle & universelle Einführung elektronischer Patientenakten (Datenextraktion für QOF Zahlung nur auf Basis elektronischer Daten)
 - Intensivierte Anstellung von 'practice nurses' und Assistenten; nurse-led care für die meisten chronischen Krankheiten
 - Verbesserung der Vergütungsqualität und Reduzierung der Ungleichheit in der Versorgung

England: Effekte des QOF (2)

- Verbesserungen vor dem Hintergrund eines Systems, dass schon deutliche Verbesserungen zum Zeitpunkt des QOF erreicht hatte
 - Innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren hatten GPs die Mehrzahl der erreichbaren Qualitätspunkte schon erreicht => Plateaubildung
 - Qualitätsniveau bereits hoch genug das weitere Verbesserungen nur marginal sind?
 - Indikatorenziele zu einfach gesetzt?
- 'Exception reporting'
 - Möglichkeit des Ausschlusses bestimmter Patienten für die eine bestimmte Intervention klinisch wenig Sinn macht (zB Blutdruckeinstellung bei Patient mit terminaler Lebererkrankung)
- Häufigkeit relativ stabil (~5%); reduzierte Variation (2004/05: 0-86%; 2008/09: 0-19%)
- Kontinuität der Versorgung

Quality of care in a nationally representative sample of 42 GP practices for asthma, heart disease and diabetes



Campbell S et al NEJM 2009; 361: 368-78

Zusammenfassung

- P4P Finanzierungsmechanismen werden verstärkt genutzt, häufig mit Ziel der Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker
- Evidenz positiver Effekte aber hochwertige Evaluationen sind eher selten
 - P4P oftmals Teil eines Bündels anderer Massnahmen
 - Fehlen kontrollierter Studien
- "P4P is not a panacea. It is not, by itself, a solution for poor quality and rising costs. P4P needs to be implemented as part of a multi-dimensional set of strategies designed to change physician behavior so as to achieve quality and cost goals" (Sorbero et al. 2006)