

Qualitätsverbesserung im internationalen Kontext: Konzepte, Erfahrungen, Beispiele

PD Dr. med Wilm Quentin, MSc HPPF

Department of Health Care Management

Berlin University of Technology

WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management

European Observatory on Health Systems and Policies



Aktuell starker internationaler Fokus auf Qualität

Delivering quality health services

A global imperative for universal health coverage



2018



CARING FOR QUALITY IN HEALTH
LESSONS LEARNT FROM 15 REVIEWS
OF HEALTH CARE QUALITY

HANDBOOK FOR NATIONAL
QUALITY POLICY AND STRATEGY

A practical approach for developing policy
and strategy to improve quality of care

Aber es fehlt ein Überblick über
spezifische Qualitätsstrategien



Laufende Arbeit des Observatory und der OECD zu Qualitätsstrategien

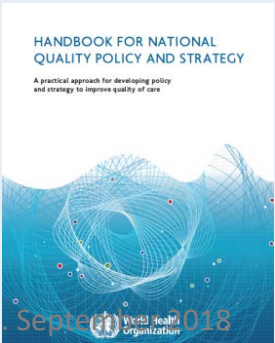
- 1) Entwicklung eines umfassenden theoretischen Rahmens, um den Beitrag unterschiedlicher Strategien zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu verstehen.
- 2) Überblick über die Verwendung der verschiedenen Strategien in europäischen Ländern (inkl. Identifikation von best practices).
- 3) Analyse der Effektivität (und Kosten-Effektivität der verschiedenen Strategien).
- 4) Fazit für policy-makers, die an der Entwicklung und Implementierung nationaler Qualitätsstrategien arbeiten.

Teil 1

Teil 2

Zunehmend internationaler Konsens: Definitionen von Qualität in der Gesundheitsversorgung

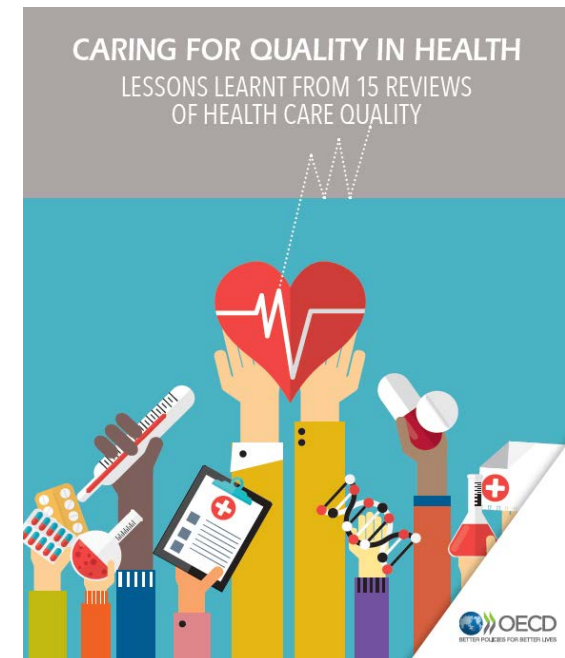
Institute of Medicine, IOM (1990)	Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge .
Council of Europe (1997)	Quality of care is the degree to which the treatment dispensed increases the patient's chances of achieving the desired results and diminishes the chances of undesirable results , having regard to the current state of knowledge.
European Commission (2010)	[Good quality care is] health care that is effective, safe and responds to the needs and preference of patients . “Other dimensions of quality of care, such as efficiency, access and equity are seen as being part of a wider debate and are being addressed in other fora”
WHO (2018)	Quality health services across the world should be: <ul style="list-style-type: none">• Effective• Safe• People-centred <p>In order to realize the benefits of quality health care, health services must be timely [...], equitable [...], integrated [...], and efficient [...]</p>



Theoretischer Rahmen 1: Framework of the OECD Health Care Quality Indicators project

- Drei Dimensionen von Qualität
 - Effektivität, Patientensicherheit, Responsiveness/Patientenzentrierung
- Vier Versorgungsbereiche
 - Prävention, Akutversorgung, Chronische Versorgung, Palliativversorgung

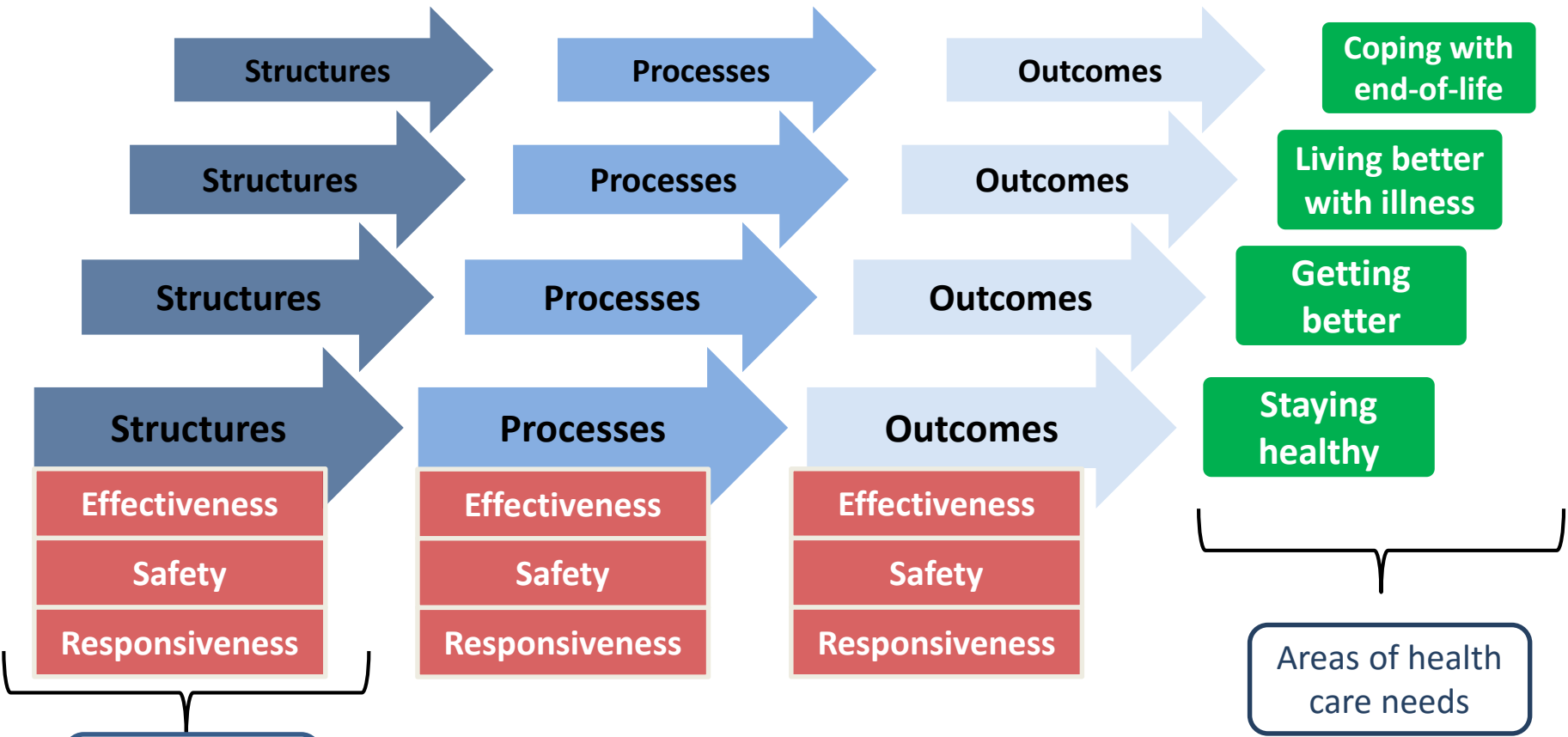
Current focus of HCQI project	Dimension			
	Quality			Responsiveness/ patient centredness
Health care needs	Effectiveness	Safety		
1. Primary prevention			Individual patient experiences	Integrated care
2. Getting better				
3. Living with illness or disability/chronic care				
4. Coping with end of life				



Theoretischer Rahmen 2: OECD kombiniert mit Donabedian's Trias

Donabedian's quality triad

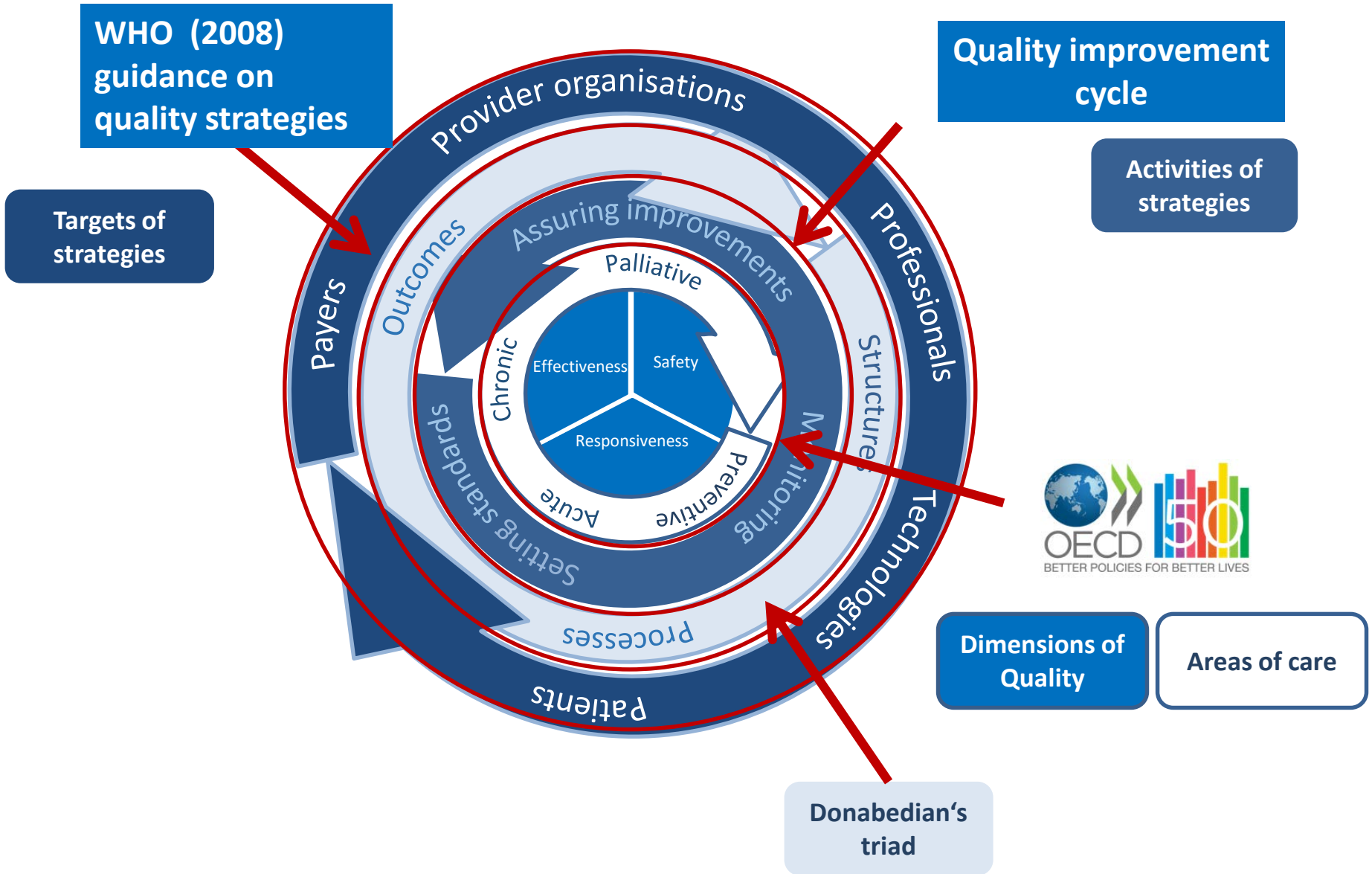
Wie lässt sich das mit der Idee des Quality Improvement Cycles zusammen bringen?



Dimensions of Quality

Areas of health care needs

Theoretischer Rahmen 3: Fünf Ebenen



Teil 2 des Buchs: Fokus auf einzelne Strategien

Chapter structure	Setting standards	Monitoring	Assuring improvements
(1) What are the characteristics of the strategy?	<ul style="list-style-type: none"> Regulating the Input: Professionals Regulating the Input: Technologies and HTA Regulating the Input: Staffing, Facilities and Devices Clinical Guidelines Clinical Pathways 	<ul style="list-style-type: none"> External institutional strategies: accreditation, certification, supervision Audit & Feedback 	<ul style="list-style-type: none"> Patient Safety Strategies Disease Management Programmes Public Reporting Financial Incentives
(2) What is being done in European countries?			
(3) What do we know about the strategy's (cost-) effectiveness?			
(4) How can the strategy be implemented?			
(5) Conclusions: lessons for policy-makers			

Theoretisch kann P4Q

- Qualität in den drei Dimensionen verbessern: Effektivität, Patientensicherheit, und/oder Responsiveness.
- In allen vier Versorgungsbereichen zum Einsatz kommen (Prävention, akute, chronische, und palliative Versorgung).
- Den Fokus legen auf Indikatoren für Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität.
- Anreize setzen für Personal (z.B. Ärzte, Schwestern, Sozialarbeiter) und Organisationen (z.B. Praxen, Krankenhäuser)

In der Praxis, P4Q focuses more on certain areas of care and characteristics differ across areas

Pay for Quality in Primary Care in Europe

13 Programme in
12 Ländern

Fokus : Prävention
+ Chron. Versorg.

Fokus : Effektivität
(+ Responsiveness)

Fokus :
Prozessindikatoren

Country	Programme (nat./reg., volunt./mand.)	Start	Care area	Quality dimension	Type and number of indicators	Incentive structure	Size of FI as % of income	Type and number of provider
CZ	(NW, V)	-	PC, CC	EFFS	P, S	B, AM	-	IND
DE	DMP (R,V)	2001	PC, CC	EFFS	P, S	B, AM	-	IND, ORG
EE	PHC QBS (NW, V)	2005	PC, CC	EFFS	P, S - 45	B, AM, A+I	≤4.5 %	ORG (90%)
FR	ENMR (NW,V)	2009	PC, CC	EFFS	S	B, W	5%	ORG (300)
FR	ROSP (NW,V)	2009	PC, CC	EFFS	O, P, S - 29	B, AM, A+I	≤11 %	IND (97%)
HR	(NW, V)	2013	PC, CC	EFFS, RESP	P, S	B, AM	≤30%	IND
IT	Diabetes care program (R, M)	2003	CC	EEFS	P, S	B, AM, A	0.1 - 6%	IND (2,938)
LT	(NW, V)	2005	PC, CC	EFFS	O, P - 22	B, AM	-	ORG
LV	(NW, M)	2013	PC, CC	EFFS	O, P, S	B, AM	≤5%	ORG
PL	(NW, M)	2016	PC, CC	EFFS	P	B, AM	-	IND, ORG
PT	Model B (NW, V)	2006	PC, CC	EFFS, RESP	O, P, S - 22	B, AM, A	GPs: ≤30%, nurse: ≤10%	IND (181)
SE	Västra Götaland: M	2011	PC, CC	EFFS, RESP	O, P, S – 40	B, AM, A	≤4%	ORG (200)
UK (ENG)	QOF (NW,V)	2004	PC, CC	EFFS, RESP	O, P, S – 77	B, AM, A	≤15% (2013)	ORG (99%)

Effectiveness of P4Q in primary care: not only in Europe

Review	Reviews of P4Q in primary care	Included studies			
		Number*	Country of origin	Date range	Quality
Lin et al., 2016	Effect of P4Q on health care quality	44	FR, NL, TW, UK, US	1998-2013	M/H
Kondo et al., 2015	Effect of P4Q on health care quality (in ambulatory settings)	41	CA, FR, NL, TW, US, UK, TW	2006-2014	NR
Rashidian et al., 2015	Effects of FI-based drug policies on drug use, health care utilisation, health outcomes and costs	3 (18)	UK, NL	2007-2011	L
Damberg et al., 2014	Shared savings models (linked to quality of care)	6 (45)	US	2009-2013	L
Langdown and Peckham 2014	Efficacy of QOF in improving health outcomes, impact on non-incentivised activities and robustness of clinical targets	10 (11)	UK	2007-2012	L/M
Hamilton et al., 2013	Effectiveness of FI in provision of smoking cessation interventions and in health outcomes	18	UK, US, DE, TW	2003-2010	M
Huang et al., 2013	Effects of P4Q on management of diabetes (a meta-analysis)	11-MA (21)	UK, US	2003-2010	L/M
Houle et al., 2012	Effect of P4Q on health care quality	30	UK	1998-2010	L
Gillam et al., 2012	Impact of P4Q on the quality of UK's primary care	53 (94)	US, TW	2000-2010	M
Scott et al., 2011	Effect of changes in the method and level of payment on the quality of care	6 (7)	UK, US, DE	2000-2010	L
De Bruin et al., 2011	Effects of P4Q on health care quality and costs of chronic care through disease management	5 (18)	US, AU	2003-2010	NA
Sabatino et al., 2008	Effectiveness of audit and feedback, and FI on cancer screening	3 (12)	US	1991-1998	M
Sorbero et al., 2006	Effect of P4Q on health care quality	15	US	1995-2006	NA
Petersen et al., 2006	Effect of explicit FI on health care quality	16 (17)	US	1992-2005	L/M
Dudley et al., 2004	Effects and potential of P4Q schemes to improve quality of care	9	US	1987-2003	NA
Kane et al., 2004	Effects of FI on preventive care delivery	10 (66)	UK, US	1992-2001	L/M
Giuffrida et al., 2000	Effects of target payments on cost, pattern, quantity and quality	2	UK, US	1992-1998	M

18 reviews

12 reviews (only US/UK studies)

- Insgesamt schwache positive Effekte auf Prozessindikatoren.
 - Schlechtere Studien finden große Effekte
 - Gute Studien finden geringe Effekte
- Nur sehr wenig Evidenz zu Effekten auf Ergebnisindikatoren und Patientensicherheit.
- Patientenzufriedenheit und Patientenerfahrungen wurden kaum evaluiert – und scheinen sich nicht zu verbessern.
- P4Q scheint keine negativen Effekte auf die Qualität der Versorgung zu haben.
- Kaum Studien zu Kosteneffektivität und Comparative Effectiveness.

- 1) Qualität ist multidimensional – die wichtigsten Dimensionen sind Effektivität, Patientensicherheit, und Patientenzentrierung/Responsiveness
- 2) Ein Fokus auf diese Dimensionen ist sinnvoll, um die Rolle verschiedener Strategien zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung zu verstehen
- 3) Verschiedene Strategien und ihre Effekte lassen sich anhand von fünf Ebenen analysieren:
 - a) Dimension (Effektivität, Sicherheit, Patientenzentrierung)
 - b) Versorgungsbereich (Prävention, akute, chronische oder palliative Versorgung)
 - c) Aktivität (Standardsetzung, Monitoring, Sicherstellung von Verbesserungen)
 - d) Donabedian's Trias (Strukturen, Prozesse, Ergebnisse)
 - e) Target (Zahler, Personal, Organisationen, Technologie, Patienten)

- 4) Verschiedene Strategien ergänzen sich (hinsichtlich der fünf Ebenen) – und ein umfassender Ansatz zur Qualitätsverbesserung verwendet mehrere Strategien.
- 5) Die meisten Länder in Europa haben eine ganze Reihe von Strategien zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung implementiert.
- 6) Die meisten Strategien sind effektiv (zumindest hinsichtlich Prozessqualität), aber die Effektgröße ist häufig gering.
- 7) Es gibt nur sehr wenig Evidenz in Bezug auf Ergebnisqualität, Comparative Effectiveness, und Kosteneffektivität
- 8) Qualitätsinformationen sind zunehmend verfügbar, aber weiterhin häufig beschränkt auf spezifische Indikationen und einzelne Leistungserbringer.

Vielen Dank!

www.mig.tu-berlin.de

Dr. med Wilm Quentin, MSc HPPF

Department of Health Care Management

Berlin University of Technology

(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

European Observatory on Health Systems and Policies