

# Qualitätsverbesserung im internationalen Kontext: Konzepte, Erfahrungen, Beispiele

**PD Dr. med Wilm Quentin, MSc HPPF**

Department of Health Care Management

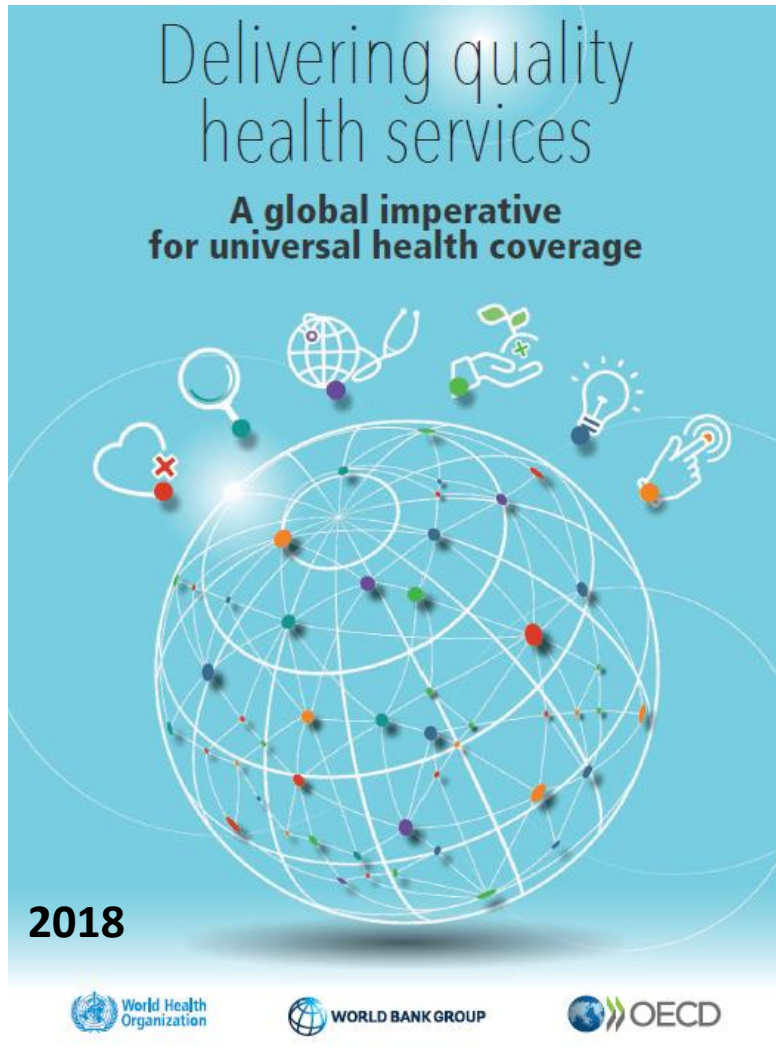
Berlin University of Technology

WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management

European Observatory on Health Systems and Policies



# Aktuell starker internationaler Fokus auf Qualität



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



# Laufende Arbeit des Observatory und der OECD zu Qualitätsstrategien

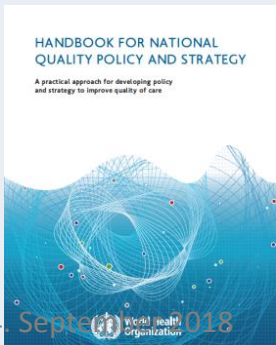
- 1) Entwicklung eines umfassenden theoretischen Rahmens, um den Beitrag unterschiedlicher Strategien zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu verstehen.
- 2) Überblick über die Verwendung der verschiedenen Strategien in europäischen Ländern (inkl. Identifikation von best practices),
- 3) Analyse 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

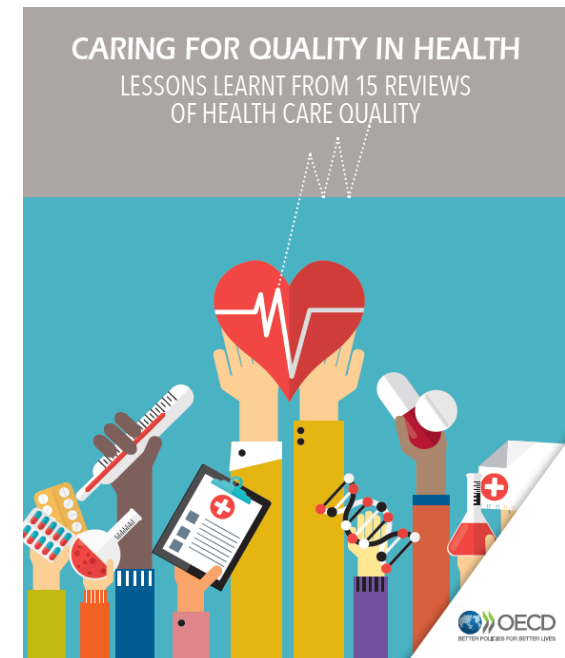
Institute of Medicine, IOM (1990)	Quality of care is the degree to which health services for <b>individuals and populations</b> increase the likelihood of <b>desired health outcomes</b> and are consistent with <b>current professional knowledge</b> .
Council of Europe (1997)	Quality of care is the degree to which the treatment dispensed increases the patient's chances of <b>achieving the desired results and diminishes the chances of undesirable results</b> , having regard to the current state of knowledge.
European Commission (2010)	[Good quality care is] health care that is <b>effective, safe and responds to the needs and preference of patients</b> . “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"><li>• Effective</li><li>• Safe</li><li>• People-centred</li></ul> <p>In order to realize the benefits of quality health care, health services must be timely [...], equitable [...], integrated [...], and efficient [...]</p>



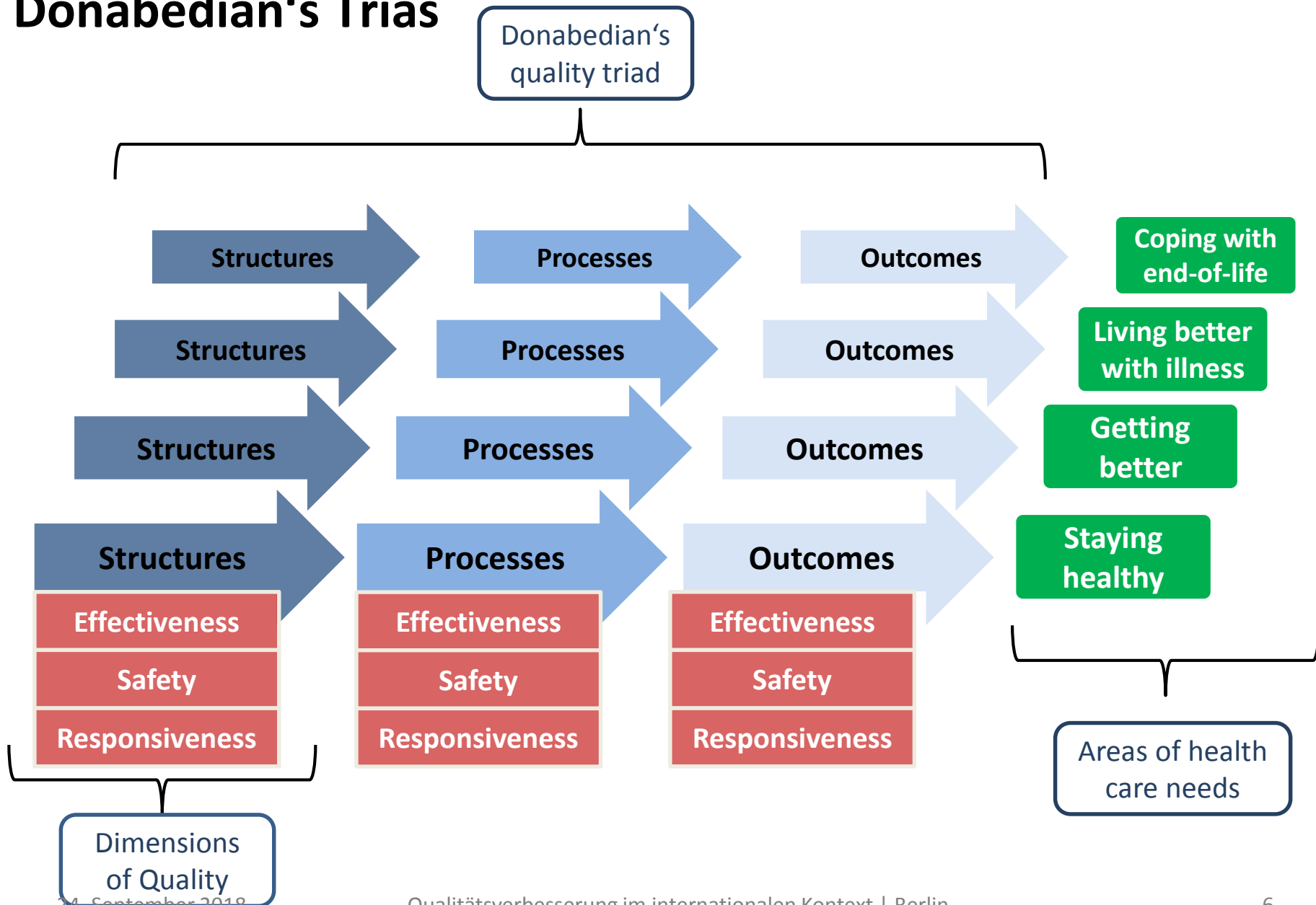
# Theoretischer Rahmen 1: Framework of the OECD Health Care Quality Indicators project

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

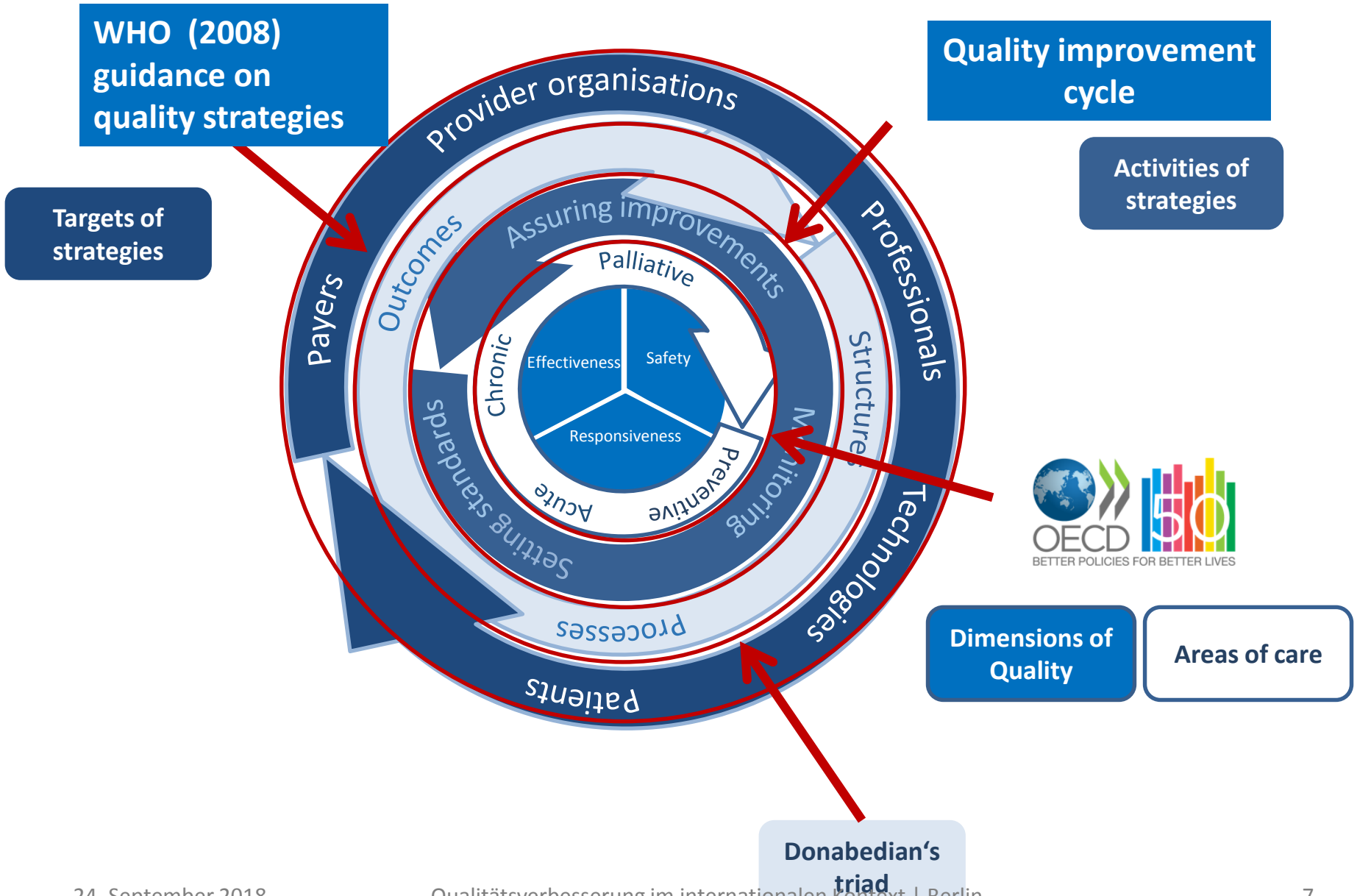
Current focus of HCQI project	Dimension			
	Quality		Responsiveness/ patient centredness	
Health care needs	Effectiveness	Safety		
1. Primary prevention			Individual patient experiences	Integrated care
2. Getting better				
3. Living with illness or disability/chronic care				
4. Coping with end of life				



# Theoretischer Rahmen 2: kombiniert mit Donabedian's Trias



# 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"> <li>Regulating the Input: Professionals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>External institutional strategies: accreditation, certification, supervision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patient Safety Strategies</li> </ul>
(1) What is being done in European countries?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regulating the Input: Technologies and HTA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Audit &amp; Feedback</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disease Management Programmes</li> </ul>
(1) What do we know about the strategy's (cost-) effectiveness?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regulating the Input: Staffing, Facilities and Devices</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Public Reporting</li> </ul>
(1) How can the strategy be implemented?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clinical Guidelines</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Financial Incentives</li> </ul>
(1) Conclusions: lessons for policy-makers	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clinical Pathways</li> </ul>		



## 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 programmes in 12 countries

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 von verschiedenen 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, Sichersellung von Verbesserungen)
  - d) Donabedian's Trias (Strukturen, Prozesse, Ergebnisse)
  - e) Target (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](http://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