


PERUGIA 12 febbraio 2010



**Luci ed ombre
della
*Pay for
Performance***

**Valutazioni tratte dalle esperienze concrete
in corso**

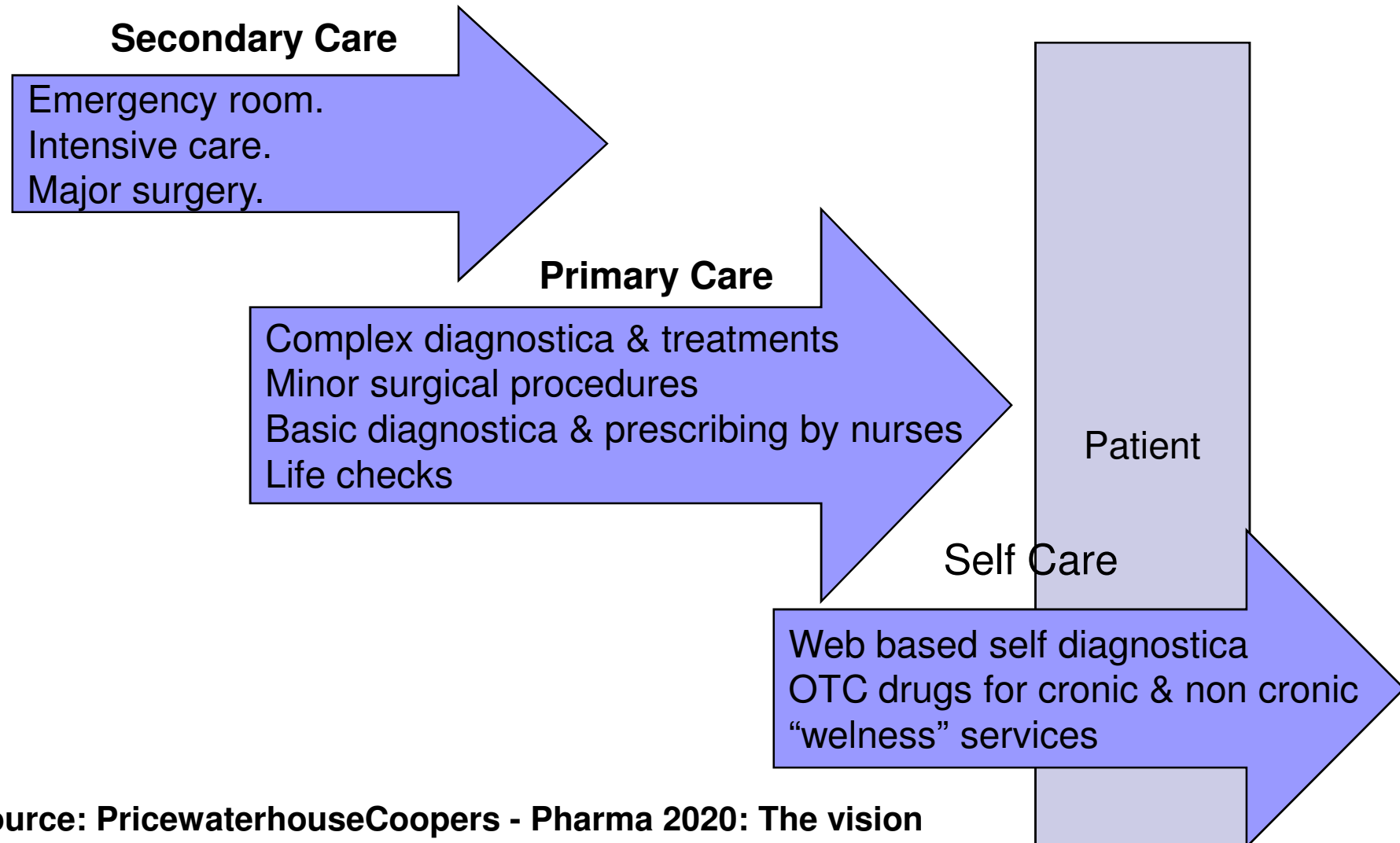
Gilberto BRAGONZI - medico di direzione sanitaria
Osservatorio sulla sanità- Università degli Studi di Milano
Docente scuola di specialità Igiene e Medicina Preventiva



Blurring healthcare boundaries

- I confini tra cure primarie e secondarie divengono sempre più sfocati, e così alcune forme di cura che sono state tradizionalmente fornite da strutture specialistiche verranno trasferite ad un setting di assistenza primaria, e alcune forme di cure primarie saranno trasferiti all'autocura del paziente.

Healthcare Delivery in 2020



Source: PricewaterhouseCoopers - Pharma 2020: The vision



Ospedali e cure primarie

- Non sono più sufficienti gli attuali indicatori delle attività ospedaliere ma neanche gli elementi di valutazione del sistema delle cure primarie, in particolare per verificare l'efficienza ed efficacia di controllo dei percorsi di cura e assistenza.



Limiti degli attuali modelli di pagamento

- **Un sistema che paga a quota capitaria i fornitori di Cure Primarie e con tariffe DRG gli Ospedali** porta ad un incentivo nel sottoporre più pazienti agli ospedali rispetto alle strutture territoriali. Per evitare tali conseguenze negative, compresi anche ricoveri inappropriati e di bassa qualità, alcuni sistemi sanitari hanno cominciato a pagare i fornitori per la loro performance.



miglior qualità e assistenza più efficiente

- Bisogna lavorare in partnerships con i providers
- Misurare la qualità e rendere evidenti i risultati confrontati fra loro
- Migliorare la qualità e abbattere i costi inutili
- Incoraggiare l'adozione di efficaci sistemi di health information technology
- Promuovere l'innovazione e l'uso di modelli “evidence base” per un uso efficace della tecnologia

Source: CMS' Quality Improvement Roadmap



contratto per la qualità

- L'evidenza di un miglioramento della qualità e anche della appropriatezza nell'utilizzo dei servizi correlato a key performance, sta portando a considerare la necessità di **stabilire una stretta relazione fra metodi di pagamento e raggiungimento di adeguate performance nell'erogazione dei servizi e negli outcomes.**
- Si stanno sviluppando **modelli di contrattualità (strategic purchasing) che prevedono una stretta relazione fra riconoscimento dei costi e qualità (performance) delle attività svolte.**



accountability

è un contratto fra chi eroga prestazioni e chi ha delle aspettative relative al livello di queste

questo contratto si deve basare su elementi oggettivi e perciò non ci può essere accountability senza misurazione



Perché fare accountability?

- La motivazione di pagare i fornitori in base alla performance deriva dalla ricerca di una risposta all'andamento crescente dei costi sanitari, la crescita dei costi di assistenza per malati cronici e dell'utilizzazione di cure sanitarie, e le richieste da parte degli acquirenti e dei pazienti di un miglioramento della qualità delle cure.



Modelli di accountability

- **Explicit payment incentives** (per raggiungere standard di qualità e risultati di efficienza)
- **Pay for reporting**
- **Pay for performance**
- **Gain-sharing** (lega la parte variabile della retribuzione ad un indice dell'efficienza complessiva dell'azienda)
- **Competitive bidding** (i servizi vengono dati al provider con il miglior prezzo e migliori condizioni contrattuali)
- **Bundled Payment** - conosciuto anche come "case rates" o "episode-based payment," un unico pagamento per tutte le prestazioni correlate ad uno specifico trattamento o condizione patologica

Source: CMS' Quality Improvement Roadmap



Modelli proposti per health care reforms

- **Physician Pay for Performance**
- **Hospital Pay for Performance**
- **Bundled Payment**
- **Comparative Effectiveness**
- **Medical Malpractice**



Cos'è il P4P

- Il metodo Pay-for-performance (P4P) correla il compenso finanziario con il miglioramento dei risultati finali delle prestazioni e paga importi diversi ai fornitori in base alle loro differenze di performance.
- Tali incentivi finanziari devono essere legati solo a misure di performance misurabili e che possono effettivamente essere influenzate dai cambiamenti nella pratica medica.



indicatori di performance

- strumenti di misura che possono essere usati per monitorare e valutare la qualità dell'assistenza, dei servizi di sostegno e delle pratiche organizzative che influenzano gli esiti per gli utenti

Canadian Council (2002)



Misurazione di Performance

- Per raggiungere i propri obiettivi i programmi P4P usano diverse misure di performance - health outcomes e clinical processes, patient safety, patient experience nel ricevere assistenza, uso delle risorse (i.e., efficiency), e spesso anche indicatori strutturali indicators come implementazione e uso competente della information technology.



Le misure di performance

possono essere articolate in cinque tipologie:

- soddisfazione del paziente
- processi clinici
- esiti delle cure
- tecnologia dell'informazione ICT
- indicatori di efficienza per identificare le aree di utilizzo inappropriato



Si è consolidato un sistema di Indicatori?

- Vi sono notevoli variabilità nell'uso degli indicatori, sia tra le diverse nazioni sia in progetti avviati negli stessi stati



Dove si sta sviluppando il metodo P4P

- in UK
- in USA
- in America Latina
- in paesi dell'Est Europa
- in Australia



Esperienza in America Latina

- Alcuni programmi P4P si sono avviati in America Centrale e Latina (Costa Rica, Nicaragua, Haiti), dove i pagamenti “quality-based” utilizzano incentivi finanziari e misurano indicatori di struttura, di processo e di esito.

Eichler, R. (2006): Can "Pay for Performance" Increase Utilization by the Poor and Improve the Quality of Health Services?

McNamara, P (2005): Quality based payment: Six case examples. International Journal for Quality in Health Care;



Esperienza nell'Est Europa

- Nell'Europa sudorientale, un certo grado di P4P è attualmente introdotto nella Repubblica Jugoslava di **Macedonia**, che mira a realizzare anche i DRG. In fase di preparazione, gli ospedali hanno iniziato l'attività di reporting trimestrali, e di performance reporting su: medie di degenza, ricoveri ospedalieri, rinvii, riammissioni e grado di soddisfazione del paziente.
 - Dell'attuale "global hospital budget" storico, lo Stato paga, dall'inizio del 2007, il 60% in base ad un mensile stabilito, il 30% in base al numero di casi, e il restante 10% sulla base di queste 5 indicatori di performance.



Esperienza nell'Est Europa

■ **Estonia:**

2002 Family Doctors' Association started accreditation

2003 no payment differentiation by accreditation possible

2005 concept for P4P agreed between family doctors and Health Insurance Fund (based on NHS example)

2006 first year of reporting on performance (vedi indicatori)

2007 first payment according to results from 2006 (max 8% of annual revenues); second year of reporting; adjustment of criteria



Altri paesi avviano esperienze

- **Pay for performance in Australia:
Queensland's new Clinical Practice
Improvement Payment - dal 2008**

Stephen Duckett University of Queensland, Brisbane, Australia

Cure Primarie nel Servizio Sanitario Inglese (NHS)



- nel 1999 aggregazione dei *General Practitioners* (GPs) in strutture dotate di funzioni gestionali e di committenza (*Primary Care Groups* e poi *Primary Care Trust*) che governano l'80% del budget totale
 - nel 2004 con il nuovo contratto dei medici di famiglia inglesi introduzione di un sistema di remunerazione basato sul raggiungimento di obiettivi di performance clinica (*Quality and Outcomes Framework*).
- A distanza di 5 anni dalla sua introduzione si stanno pubblicando le prime valutazioni sui risultati.

Quality & Outcomes Framework QOF



- Il QOF è un sistema di incentivazione su base volontaria al quale possono aderire gruppi di **GPs** (le *practice*: in media composte da 3 GPs per un bacino di 6.000 assistiti)



Incentivi concreti

- Per sostenere l'introduzione del QOF, il NHS ha messo in campo nei primi 3 anni di applicazione più di 3 miliardi di sterline per finanziare le cure primarie attraverso l'aggiornamento dei sistemi informativi e tecnologici a supporto, l'aumento del numero di GPs del 12%, l'assunzione di personale di studio e infermieristico e l'aumento sostanziale della remunerazione dei GPs.



Retribuzione del QOF

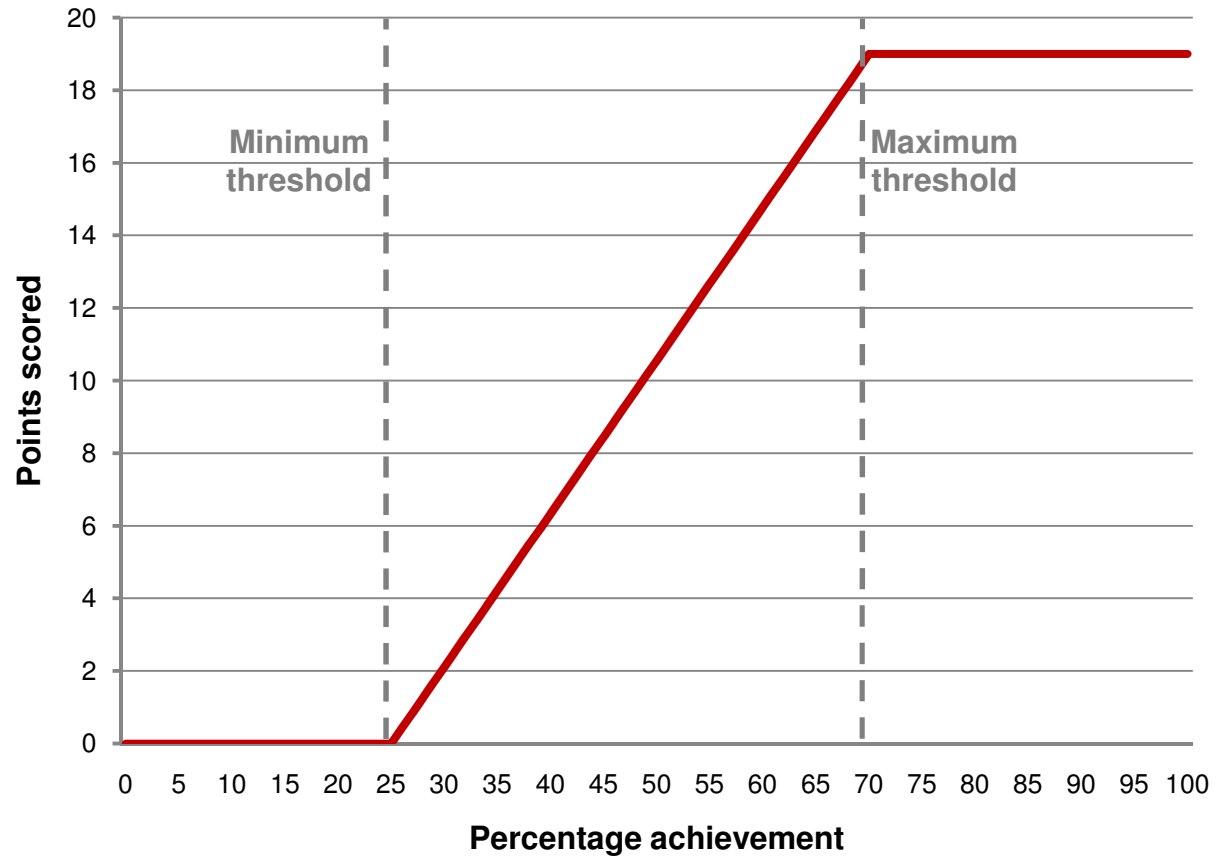
- La retribuzione dei Family practitioner può crescere di circa il 25% in relazione alla performance ottenuta su 147 quality indicators
- Ogni indicatore è valutato tra 0.5 e 56 points (1,050 in totale)
- Ogni “point” fa guadagnare in media £76
- Maximum of £79,800 per practice e £25,000 per physician
- In effetti dalla sua introduzione, ha determinato nel giro di 4 anni un incremento medio di più del 50% del reddito di un GP (nel 2002/03 il reddito medio di un GP era intorno a £ 73.000, nel 2005/2006 era salito a circa £ 114.000).

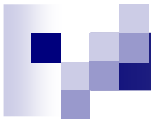
Peraltro associato ad una maggior responsabilità di gestione del budget territoriale

Achievement thresholds

CHD6: Percentage of coronary heart disease patients with PA \leq 150/90 mmHg

- Points:
da 0 to 19
- Income:
da £0 a £1,444



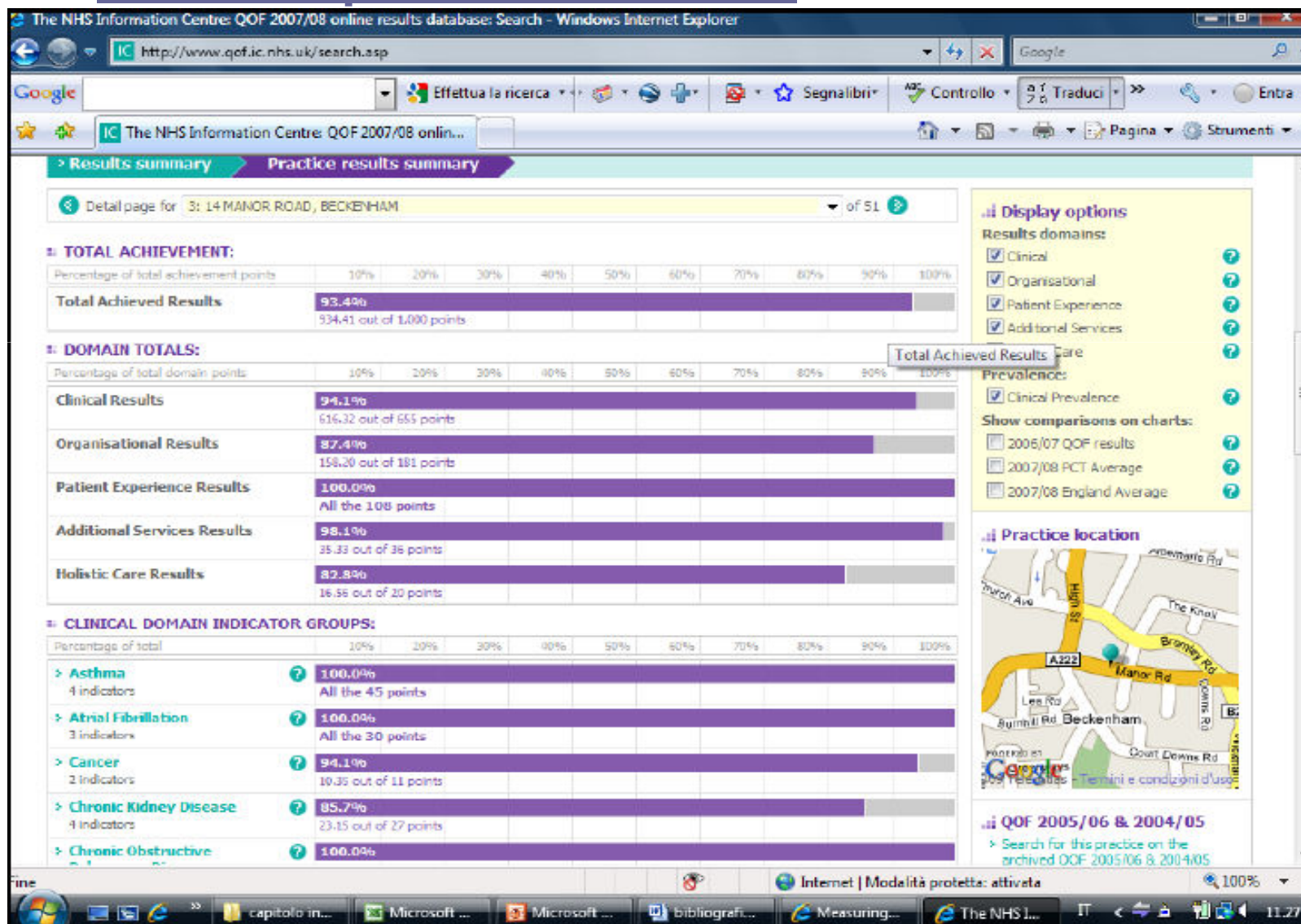


Clinical indicators	N° Indicators	Score
CHD including LVD etc	15	121
Stroke or transient ischaemic attack	10	31
Cancer	2	12
Hypothyroidism	2	8
Diabetes	18	99
Hypertension	5	105
Mental health	5	41
Asthma	7	72
COPD	8	45
Epilepsy	4	18
Clinical indicators maximum	76	550
Organisational indicators		
Records and information	19	85
Patient communication	8	8
Education and training	9	29
Practice management	10	20
Medicines management	10	42
Organisational indicators maximum	56	184
Additional services		
Cervical screening	6	22
Child health surveillance	1	6
Maternity services	1	6
Contraceptive services	2	2
Additional services maximum	10	36
Patient experience		
Patient survey	3	70
Consultation length	1	30
Patient experience maximum	4	100
Holistic care payments	1	100
Quality practice payments		30
Total for clinical, organisational, additional, patient experience, holistic care and quality service 1,000	147	1000
Access bonus		50
Total	1.050	1.050

Sistema Quality and Outcomes Framework (QOF)

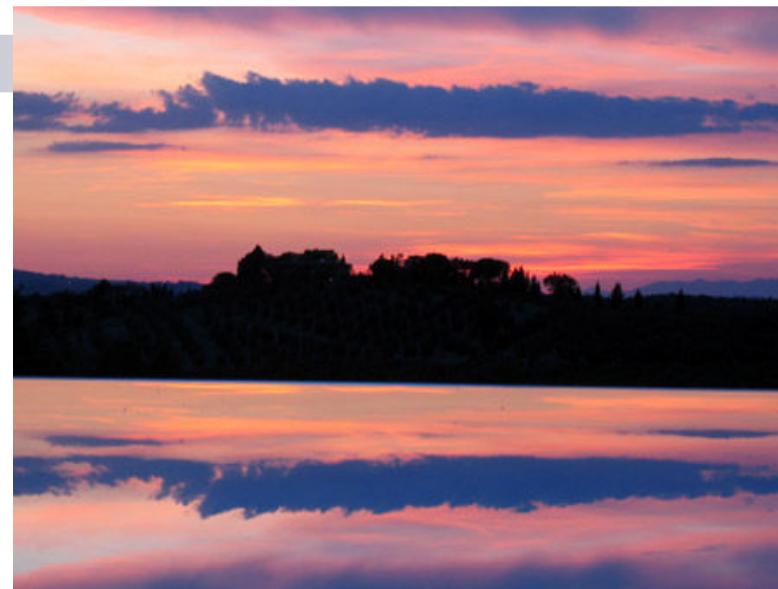
6 settori di valutazione, con 147 indicatori:

Evidenza pubblica dei risultati - www.qof.ic.nhs.uk





Indicatori clinici



- **L'area clinica, che vale più del 50% dello score complessivamente ottenibile, è centrata sulle malattie croniche** sulla base della considerazione che per queste condizioni la responsabilità della continuità delle cure è a carico soprattutto del GP e delle cure primarie, e che esistono linee guida cliniche del *National Health Service* (NHS). La scelta delle malattie incluse nel QOF discende infatti dalla misurabilità e dai benefici attesi in termini di salute sulla base delle evidenze scientifiche. La remunerazione è in relazione alla proporzione di pazienti, arruolati all'interno dei differenti registri di patologia, per i quali sia stato raggiunto l'obiettivo



Rischi potenziali del modello

- un simile sistema di finanziamento può stimolare i medici a concentrarsi solo sugli obiettivi più settoriali, più facilmente raggiungibili a discapito dell'aspetto olistico dell'assistenza
- possono essere avvantaggiate le *practice* con assistiti di livello socioeconomico più elevato, mentre le *practice* localizzate nelle aree economicamente più deprivate, per non correre il rischio di non raggiungere l'obiettivo, potrebbero ricorrere all'esclusione dal registro dei pazienti dei casi a maggior comorbidity o maggiore difficoltà nel controllo dei problemi di salute.

Come vengono protetti I pazienti da trattamenti non appropriati

Exception reporting

- I medici possono escludere ('exception report') alcuni pazienti per i quali i targets siano inappropriati
- Discretionary exception reporting:
 - Trattamenti non tollerati
 - Paziente terminale, estremamente fragile o per complicanze intervenute
- Non-discretionary exception reporting:
 - Paziente che rifiuta le cure o che ripetutamente mostra di non seguirle
 - Paziente di nuova registrazione o diagnosi
 - Attività non praticabile dal gruppo "practice"



Risultati P4P per miglior qualità

- Uno studio inglese di Doran e coll. **pubblicato recentemente su *Lancet*, ha presentato e discusso i risultati ottenuti da più di 7.000 *practice* inglesi**, ed evidenzia un rapporto significativo fra l'introduzione fra i GPs delle modalità di incentivi con il modello QOF e il miglioramento della qualità nell'erogazione delle cure primarie a cittadini con condizioni economiche disagiate

1 - Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D.

Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework

Lancet - August 2008; 372: 728–36

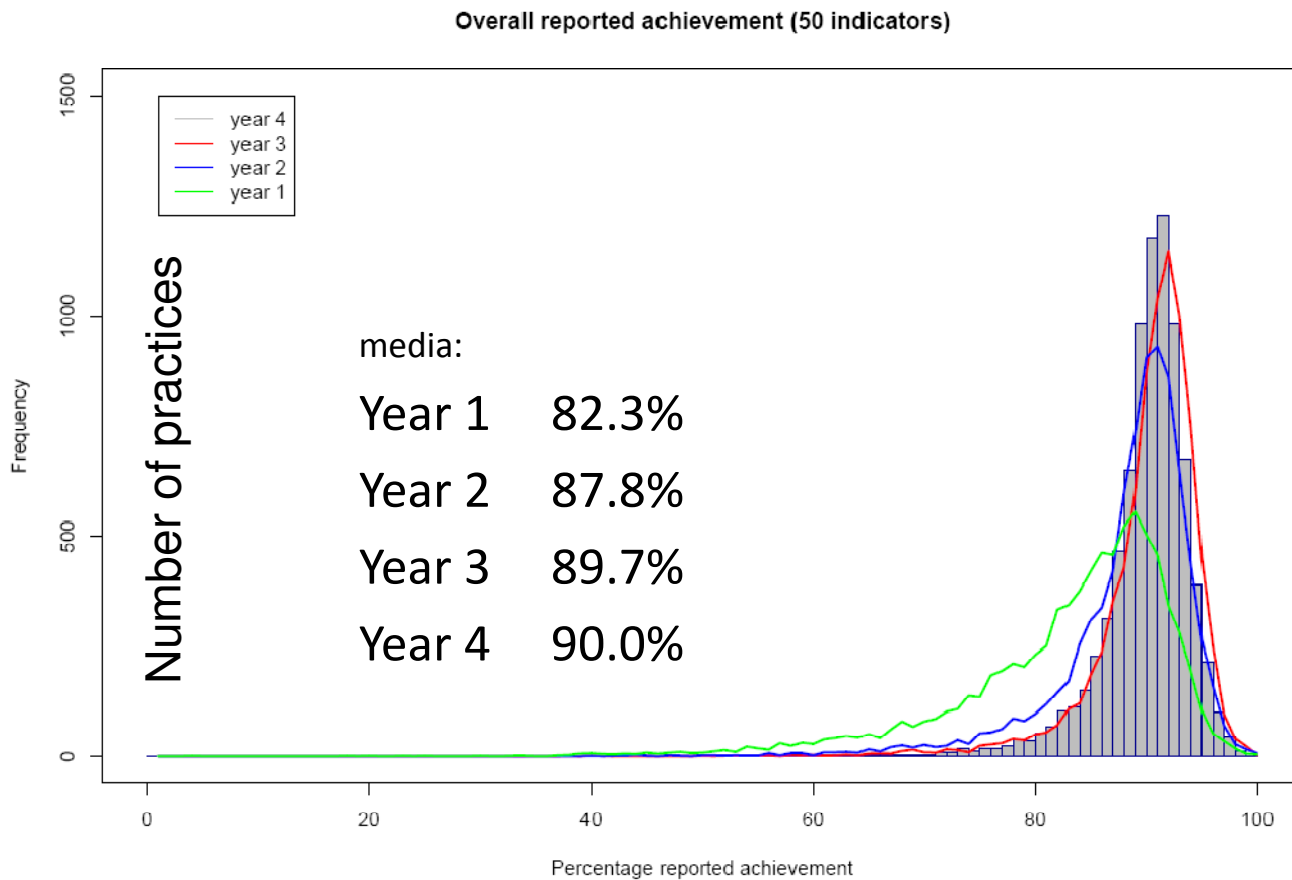


Results for Years 1-4

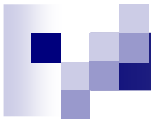
Points scored and remuneration

Year	% of total points scored	% of clinical points scored	Mean earnings per physician
2004-05	91.3%	92.4%	£22,750
2005-06	96.3%	97.1%	£39,490
2006-07	95.5%	96.3%	£37,300
2007-08	96.8%	97.5%	£37,800

Raggiungimento dei targets clinici



Percentuali di successo

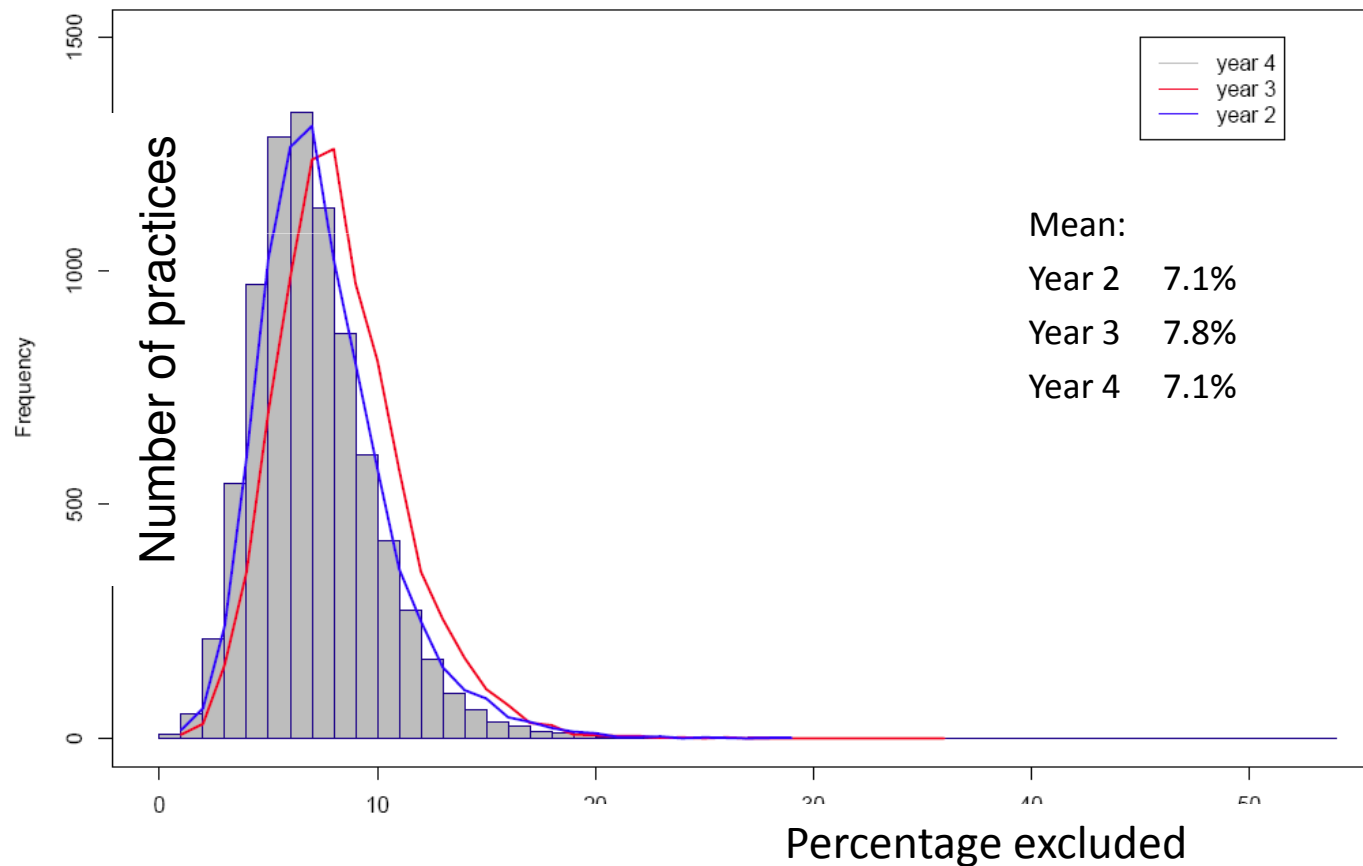


Exclusion of patients

Overall exception reporting rates for 50 'stable' indicators



Overall exception rates (50 indicators)



LUCI

Esiti valutati dal QOF



- Improving quality of care
 - Il livello di raggiungimento per la maggior parte delle attività incentivato è aumentato nei primi 3 anni, ma vi è stato solo un piccolo miglioramento nel 4° anno
 - Il miglioramento rispetto al trend di fondo è avvenuto per i processi con basso livello iniziale
 - Il miglioramento è stato solo marginale rispetto al trend per gli esiti di attività
- Reducing variations in quality of care
 - I gruppi “practices” più poveri in prestazioni sono migliorate col ritmo più veloce
 - Nel complesso le disuguaglianze in termini di qualità delle cure per le attività incentivate sono quasi scomparse dal 3° anno
- Keeping physicians happy
 - oltre 4,000 medici reclutati nel corso del programma (15% di crescita)
 - Il guadagno complessivo accresciuto del 58% (£41,600)



vigilanza

sull'andamento del QOF

- Regolare review della rete e degli indicatori:
 - QOF ha rivisitato e riformulato gli indicatori ogni 1-2 anni;
 - Nel futuro il rapporto cost-effectiveness degli indicatori sarà valutato dal National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE);
 - I nuovi indicatori da proporre saranno definiti from October 2009 dal NICE

- Come si possono usare i dati per migliorare la qualità?
 - Nel complesso le disuguaglianze in termini di qualità delle cure per le attività incentivate sono quasi scomparse dal 3° anno
 - La verifica dei livelli di base e dei trend di ogni nuovo indicatore aiuta a definire le soglie
 - Bisogna definire dei limiti temporali per alcuni indicatori e andare verso un modello di “rolling P4P/QOF”
 - Rimuovere gli indicatori che abbiano dimostrato un negativo bilancio fra sviluppo ed exception reporting e la cui and variation has been sustained
 - Monitorare il livello di successo nelle aree in cui gli indicatori siano stati rimossi



Riduzione dell'ineguaglianza

- I risultati rilevati evidenziano che I modelli P4P stanno contribuendo a ridurre le ineguaglianze nell'erogazione delle cure cliniche nelle aree a basso livello economico e sociale.
 - Nel primo anno di applicazione del QOF, la % media raggiungimento obiettivi era compresa tra l'82,8% x aree a maggiore deprivazione socioeconomica e l'86,8% x quelle economicamente più avvantaggiate.
 - **alla fine del terzo anno di applicazione la differenza tra le popolazioni dei quintili a maggiore e a minore deprivazione si era ridotta dai 4 punti percentuali del primo anno a 0,8 punti percentuali**



uso equilibrato dell'exception reporting

- rischio di un ricorso anomalo all'esclusione dei pazienti dai registri di patologia presso le *practice* più disagiate al fine di eliminare i casi più problematici
- le zone a maggior disagio presentano una percentuale media di esclusione solo leggermente superiore alle zone a minore deprivazione, 7,6% contro 7,2%.



Cautela nei giudizi

- Alcuni autori invitano a valutare con cautela nel concludere che la maggiore equità di accesso riscontrata nella ricerca sia direttamente correlabile con un reale incremento dell'uguaglianza in salute tra sottogruppi di popolazione
- Infatti, se è vero che gli indicatori del QOF sono desunti da affidabili trial clinici, è altrettanto vero che questi sono studi non basati su popolazione ma su gruppi di pazienti selezionati, che non necessariamente rappresentano la popolazione generale.



Possibilità di analisi più ampia

- Va evidenziato come l'avvio del programma QOF stia consentendo una valutazione ampia del livello delle cure primarie rese, con la possibilità di valutare diseguaglianze e caratteristiche dei cittadini curati



Malattie coronariche

- **Ethnic disparities in coronary heart disease management and pay for performance in the UK.**

[Millett C](#), [Gray J](#), [Wall M](#), [Majeed A](#).

Department of Primary Care & Social Medicine, Imperial College Faculty of Medicine, London, England.

CONCLUSIONS: The introduction of pay for performance incentives in UK primary care has been associated with better and more equitable management of coronary heart disease across ethnic groups.



Ipertensione arteriosa

Effect of social deprivation on blood pressure monitoring and control in England: a survey of data from the Quality and Outcomes Framework.

Ashworth M, Medina J, Morgan M. BMJ 2008;337:a2030.

- la % di pazienti > 45aa con misurazione registrata della pressione arteriosa è passata dall' 81,6% nel 2005 all'88,3% nel 2007
- Le *practice* delle aree maggiormente deprivate hanno migliorato in tre anni passando dall'80% del 2005 all'88,1% del 2007



Malattie croniche

- **Impact of pay for performance on quality of chronic disease management by social class group in England.**

[Crawley D](#), [Ng A](#), [Mainous AG 3rd](#), [Majeed A](#), [Millett C](#).

Department of Primary Care and Social Medicine, Imperial College, Reynolds Building, St Dunstan's Road, London W6 8RP, UK.

CONCLUSION: The quality of chronic disease management in England was broadly equitable between socioeconomic groups before this major pay for performance programme and remained so after its introduction.



Diabete

- **Ethnic disparities in diabetes management and pay-for-performance in the UK: the Wandsworth Prospective Diabetes Study.**

[Millett C](#), [Gray J](#), [Saxena S](#), [Netuveli G](#), [Khunti K](#), [Majeed A](#).

Wandsworth Primary Care Research Centre, Wandsworth Primary Care Trust, London, United Kingdom.

CONCLUSIONS: Pay-for-performance incentives have not addressed disparities in the management and control of diabetes between ethnic groups. Quality improvement initiatives must place greater emphasis on minority communities to avoid continued disparities in mortality from cardiovascular disease and the other major complications of diabetes.



P4P negli Stati Uniti

- Il pagamento dell'ospedale o del medico con il modello P4P è applicato principalmente nei piani di managed care. Più della metà degli **HMO** usano il modello P4P nei loro contratti con i provider.
- I programmi P4P mostrano differenze sostanziali di progettazione in ragione delle diverse condizioni locali: capacità della tecnologia dell'informazione; disponibilità dei dati; reciproca forza di contrattazione degli acquirenti e dei fornitori; volontà dei fornitori a partecipare.

HMO = Health Maintenance Organization Act del 1973



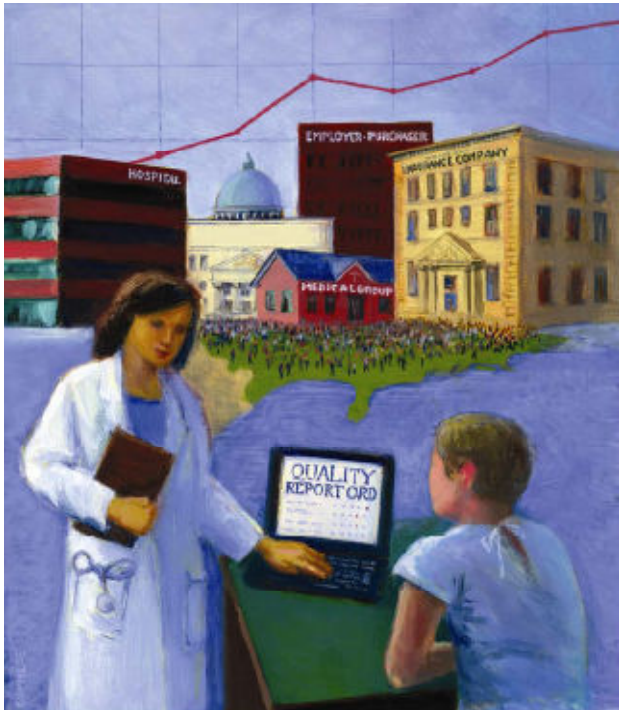
Una fase di ampio sviluppo

- Alla fine del 2007, erano attivi circa 150 programmi di P4P nei vari Stati (according to Med-Vantage and the Leapfrog Group).
- Il numero dei programmi è aumentato rapidamente negli ultimi 4 anni, ma i ricercatori prevedono un'ulteriore crescita a partire dal 2009.
- I maggiori programmi P4P sono avviati nelle Hawaii, in California, nel Minnesota, Rochester, e N.Y e tutti cercano di sviluppare piani di managed-care plans per convincere i medici a seguire linee guida evidence-based per la prevenzione e la cura delle malattie croniche.



Dati sviluppo programmi P4P al 2008

- 94 programmi per medici e ospedali coinvolgono più di 150 million di cittadini assicurati
- I pagamenti P4P in media sono il 7 % dei compensi totali dei physicians e il 4 % dei compensi degli hospitals
- nel 2007, i HMOs hanno distribuito più di \$210 million in P4P payments to physician groups.
- si consolidano esperienze di evidenza pubblica: Group scores delle misure P4P sono pubblicate annualmente sul Web site del “California Office of The Patient Advocate”.



THE CALIFORNIA PAY FOR PERFORMANCE PROGRAM

Il pay-per-performance program lanciato dalla California Integrated Healthcare Association nel 2003 comprende sette grandi piani sanitari in California e 225 gruppi di medici. I gruppi comprendono 35.000 medici che si occupano di 6,2 milioni di persone iscritte nelle organizzazioni di tutela della salute e di piani di servizi sanitari.



IHA Measure Set

Domain (Weight)	Measures
Clinical (40%)	Mammography
	Cervical cancer screening
	Childhood immunization
	HbA1c Testing
	LDL Cholesterol Testing
	Asthma medication management
	Various patient survey composites
IT (20%)	Integration of electronic data sets
	Point of care decision support

IHA = Integrated Healthcare Association - California <http://www.iha.org/>



Anche medicare sta sviluppando P4P

- Oltre al settore privato, anche i Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) stanno lentamente adottando il metodo pay for performance.
- L'iniziativa più significativa sul fronte del P4P è molto ampia, un programma triennale che coinvolge gli ospedali.
- CMS inoltre ha avviato un progetto sperimentale P4P presso "small-practice" in quattro stati in 2007. Circa 650 practices sono stati coinvolti in Arkansas, California, Massachusetts, e Utah per uno studio pilota di tre anni.



Valutazioni ancora contrastanti

- Il grande esperimento non ha ancora prodotto evidenze di notevoli guadagni in termini di qualità. Le organizzazioni Mediche coinvolte nella “California’s Integrated Healthcare Association” sottolineano che il modello P4P aumenta il feedback informativo da parte dei medici sulle loro prestazioni e una più rapida adozione della tecnologia dell’informazione sulla salute, ma che non sono evidenti miglioramenti nella qualità.
- Peraltro il National Committee on Quality Assurance (NCQA) nell’ambito del programma di collegamento con Physician Practice, valuta che “practices that use systematic processes and information technology to enhance the quality of patient care.”

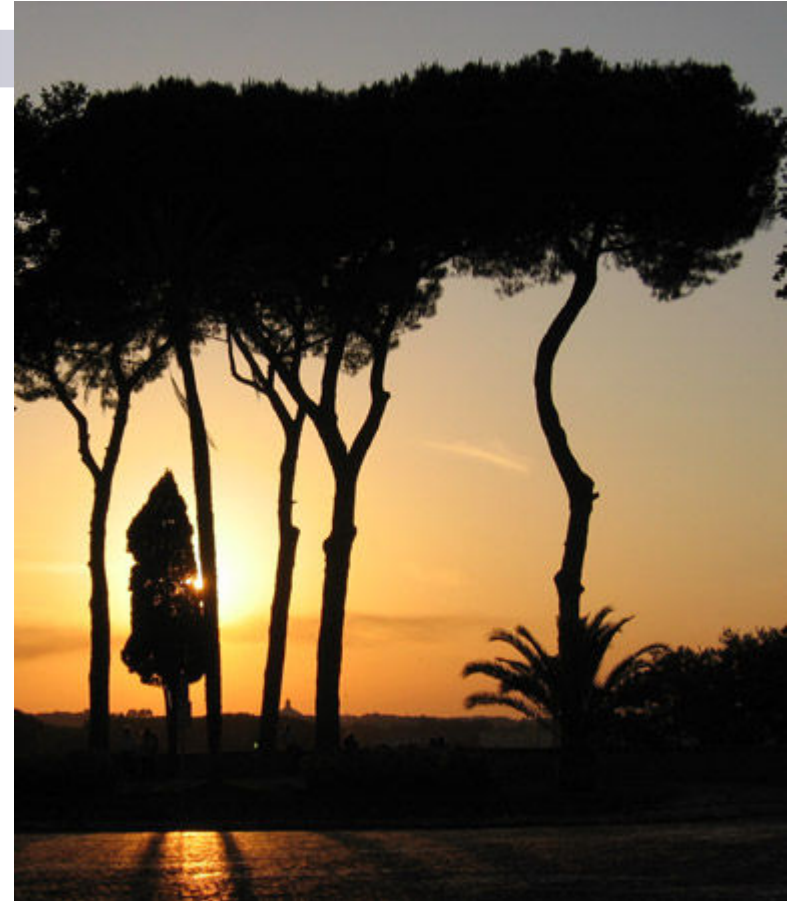
Quali ombre?

- Limiti nelle misure di outcomes
- Livelli di performance troppo facilmente raggiungibili
- Necessità di ridefinire il targets delle performance
- Stretta relazione fra contesto sanitario e accettazione del modello
- Alti investimenti infrastrutturali - sistema ICT - sistema informativo



L'esperienza è ancora breve

- L'esperienza è sicuramente significativa, e consente di esaminare i primi risultati concreti, dopo 4 anni di attività
- Ma certo non è facile trarre delle conclusioni univoche



Aspetti da considerare



- Incentivi economici elevati sulla primary care
- Notevole impegno di supporto metodologico e di controllo
- Molto tempo da parte dei medici da dedicare a impegni formali
- Abbassamento dell'attenzione alla relazione diretta con il paziente
- Scarsa relazione con la secondary care - non percorso




Limiti delle misure di outcomes

- solo in poco più di un quinto dei trial si utilizzano, come indicatore del beneficio ottenuto, degli *outcome* diretti sulla salute reale (sopravvivenza, qualità di vita, frequenza di eventi collaterali minori);
- più spesso sono utilizzati degli *outcome* di diagnostica strumentale, (ad es. nei trial sul diabete gli outcome utilizzati in più del 70% dei casi sono il livello di emoglobina glicata o di colesterolo o altri indici di laboratorio).



Limiti delle misure di outcomes

- il QOF appare concentrato massimamente sugli interventi medici (diagnostici, terapeutici e in misura minore di *follow up*) misurando e premiando poco la **relazione terapeutica**, ossia la capacità di lavorare sui problemi del paziente, sulla personalizzazione e sulla continuità delle cure.

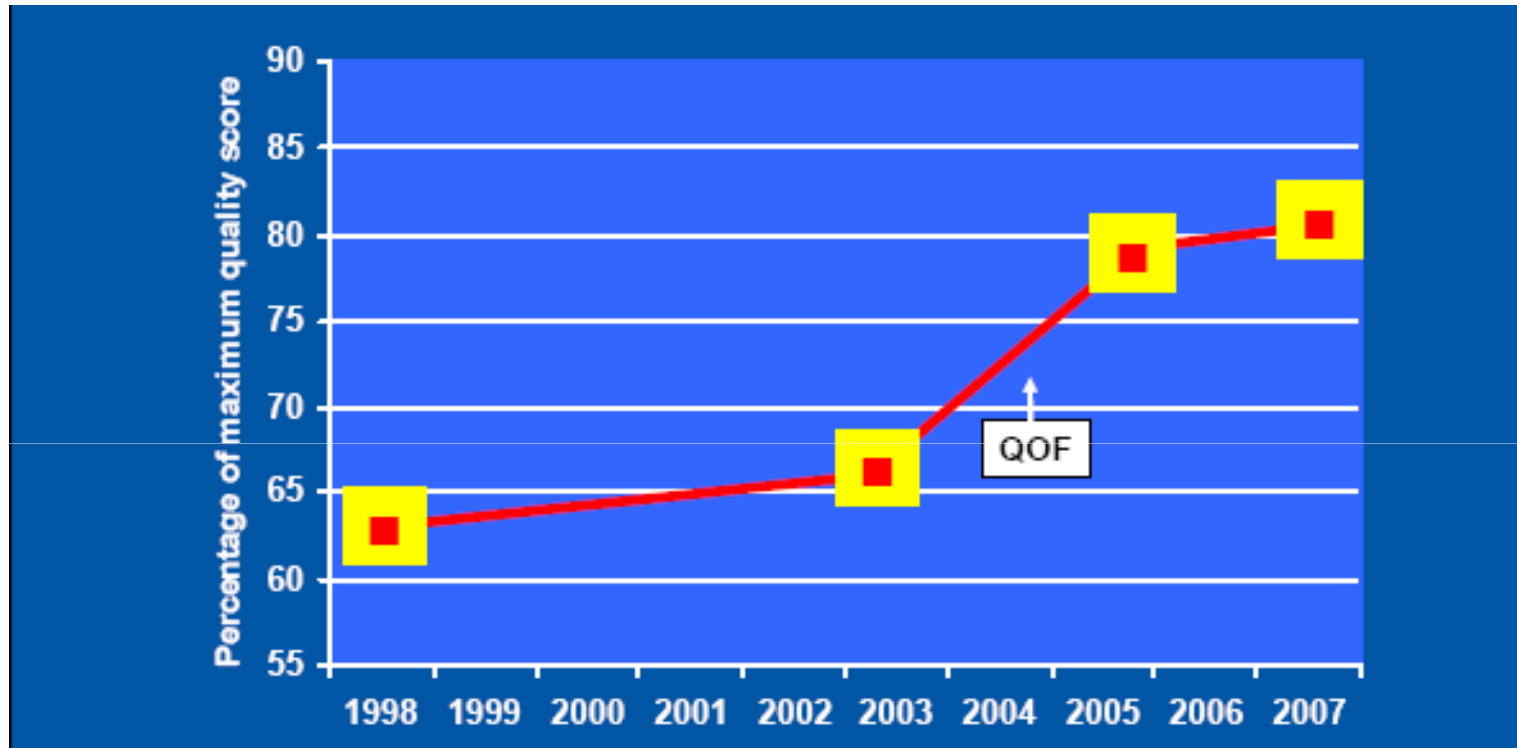


Changes in clinical quality 1998-2007

Mean scores, 42 practices

	1998	2007	p
CHD (15 indicators)	56.6	84.8	<0.001
Diabetes (22 indicators)	61.6	83.7	<0.001
Asthma (13 indicators)	60.2	85.0	<0.001

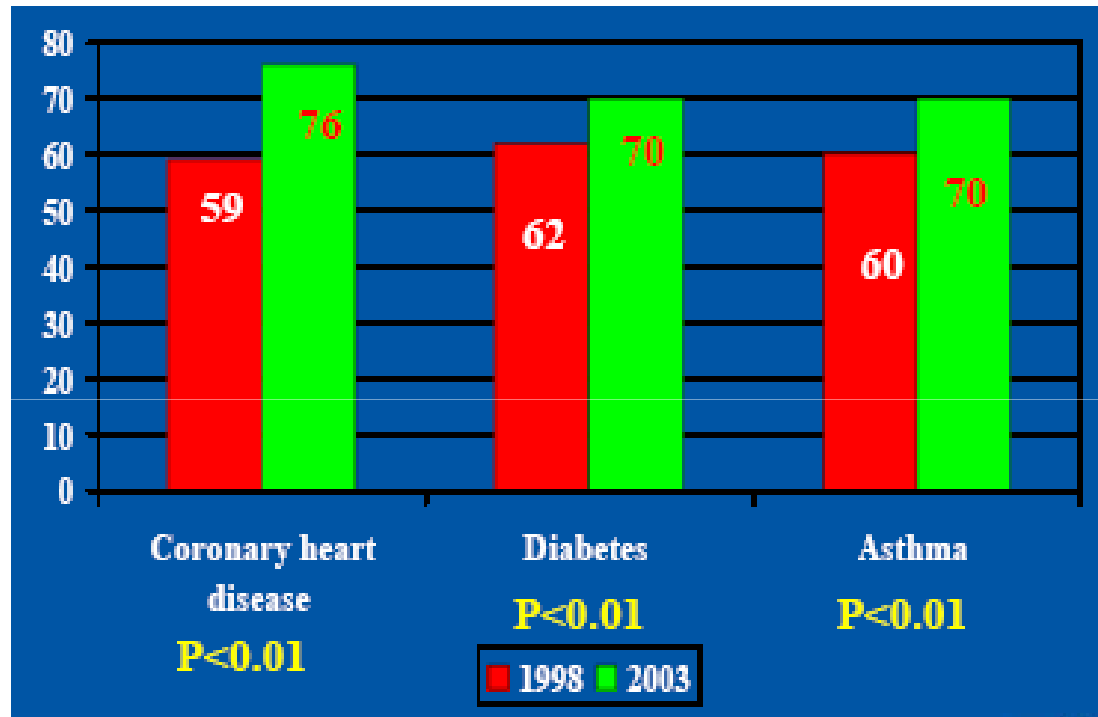
QUIP analysis: 1998-2007



Interrupted time series analysis including clinical quality (audit) scores and patient evaluation (GPAQ) of access, continuity of care and interpersonal communication

“Quality and Incentives in Practice” (QUIP). This involved following 60 English practices from 1998 to 2007 and recording achievement in three chronic conditions across four time points (98, 03, 05 and 07).

Quality 1998-2003: pre QOF



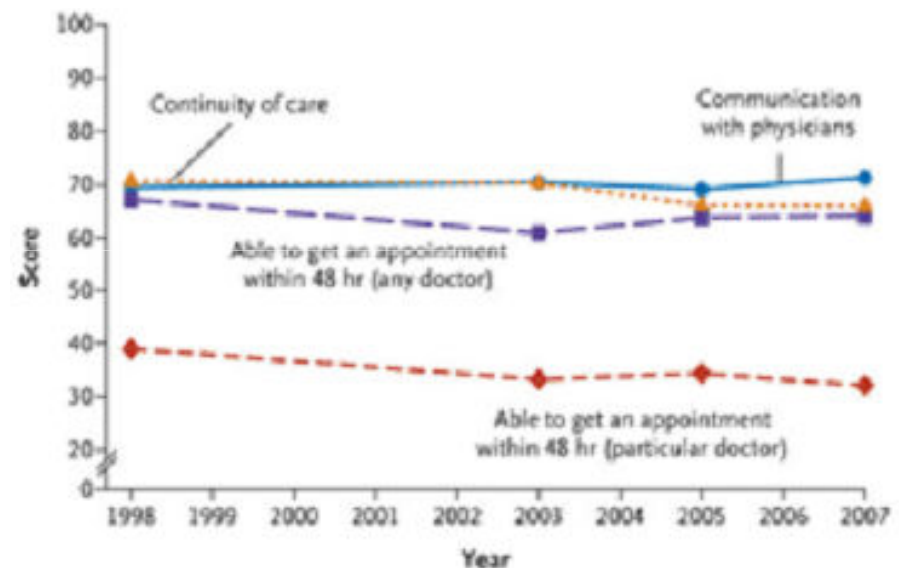
- Quality was improving already
- Data extracted from medical records in 42 practices: necessary aspects of care
- So evidence of improvement.

Quality of care in 42 representative English practices.
Campbell et al. BMJ 2005; 331: 1121-1123.

Dr Stephen Campbell - *Senior Research Fellow, NPCRDC,*
National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester, UK
5 May 2009

Communication, Waiting Times, and Continuity of Care

- La percentuale di pazienti in grado di vedere un medico entro 48 ore non ha mostrato cambiamenti significativi nella tendenza. La continuità delle cure è diminuita in modo significativo dopo l'introduzione della pay for performance ($P < 0,001$) ed è rimasta a questo livello più basso





Incrementi di spesa

spese per l'uso crescente di servizi necessari e adeguati - in particolare quelli che sono stati precedentemente sotto-utilizzati - che non comportino riduzioni future nell'uso dei servizi sanitari;


fondi aggiuntivi per pagare gli incentivi ai provider

costi amministrativi dei programmi P4P - Sono richieste nuove infrastrutture per avviare programmi P4P, tra cui:

costi per raccogliere e analizzare i dati;

auditing, sviluppo e mantenimento del sistema di performance measures;

supporto ai providers



Riduzioni di spesa non facilmente misurabili

- recupero costi per la riduzione di servizi onerosi (ad es: riammissioni ospedaliere, tecnologie diagnostiche e terapeutiche), e che riducono la durata del soggiorno ospedaliero;
- miglioramento nel fornire cure sia come guadagno di efficienza sia come miglioramento della sicurezza del paziente
- un disegno di sistema porta alla riduzione dei rischi di morbilità e mortalità, che a sua volta può ridurre la spesa (ad es. nel paziente scompensato un miglior controllo impedisce il ripetersi di problemi che possono causare il ricovero)



ICT e dati sanitari sicuri

- Va garantita il funzionamento di una rete ICT adeguata e articolata, soprattutto se vengono coinvolte le cure primarie
- Nella prima fase negli USA l'impegno più significativo è stato quello di ottenere una reportistica omogenea e attendibile dai provider
- Vi è una forte enfasi sulla sicurezza dei dati e sulla privacy

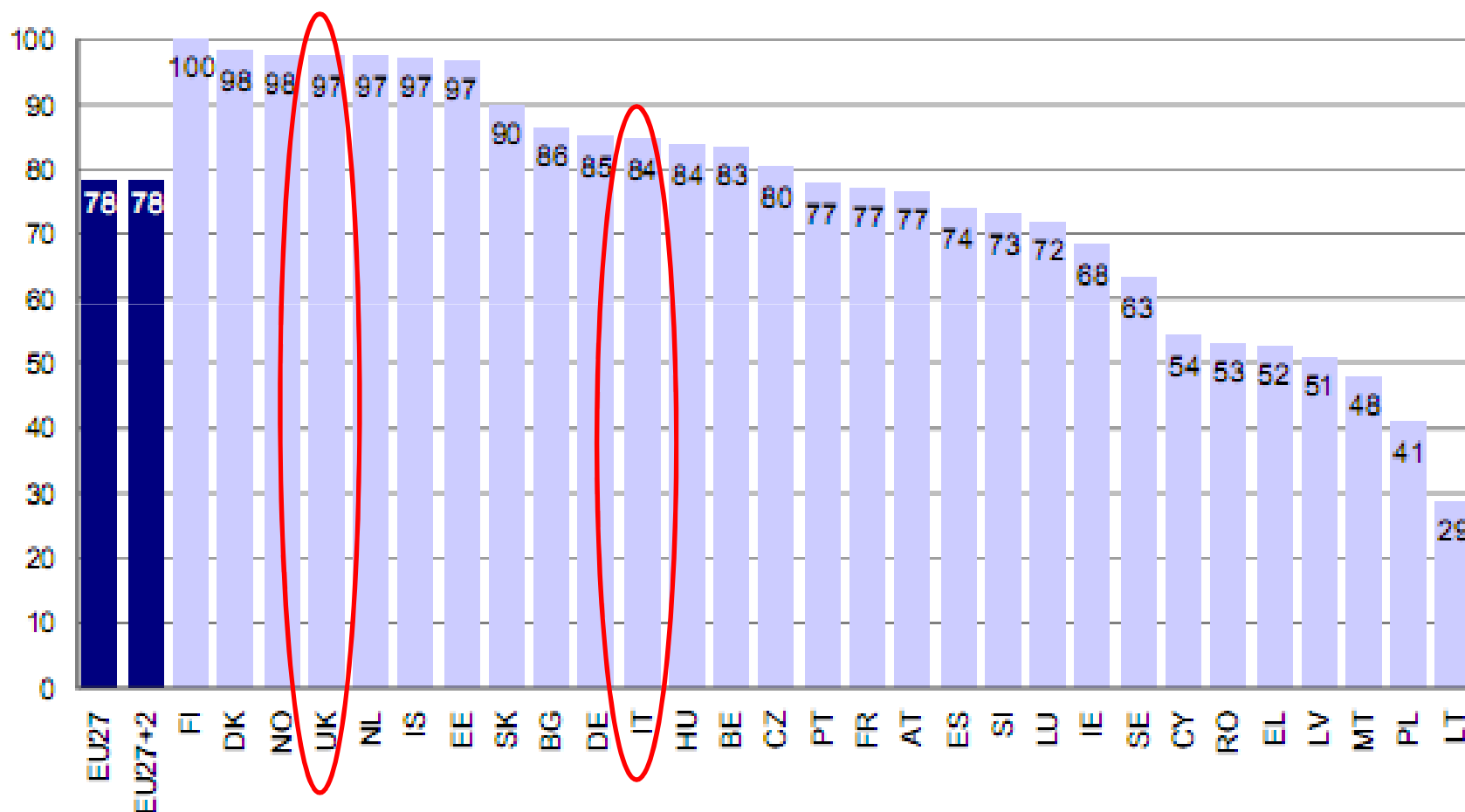


I medici usano il computer?

- Today, almost all General Practitioner practices (87%) in the European Union use a computer.

Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe
European Commission - Final Report 2008

In ITALIA l'84% in media ne fa un uso nell'attività clinica



Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe
European Commission - Final Report 2008



Pay for Performance: Its Influence on the Use of IT in Physician Organizations

“Pay-for-performance initiatives . . . will help reduce barriers to the adoption of electronic health records . . . in turn, help physicians improve quality and patient safety.”

Thomas R. Williams, e col.
Journal of Medical Practice Management



Negli USA l'utilizzo dell'ICT tra i medici è ancora basso

- In a 2008 the vast majority of physicians and hospitals have not adopted EHRs.
- Survey by the Centers for Disease Control and Prevention, 17 percent of physicians reported having basic EHRs, up from 11.2 percent in 2006.
- Only 4 percent of respondents said they had fully functional EHRs, compared with 3.1 percent two years earlier.
- The CDC survey and other reports have shown higher percentages of doctors are using “minimally functional” systems, but they’re still no more than a quarter of all physicians.



Ma la tendenza sta cambiando

- Physician attitudes toward health IT began to change in 2008, partly because the government adopted a carrot-and-stick approach that included both incentives for adoption and penalties for nonadoption.
- Health IT will be required as a condition of participation in Medicare. In addition, with the expansion of pay-for-performance programs that require reporting of quality data, it has become clear that computerization can help physician practices garner financial rewards.



Bonus e Malus per IT adoption

- On Jan. 1, 2009, CMS started giving a 2 percent bonus to those who prescribed electronically. The incentive drops to 1 percent in 2011 and 2012 and to 0.5 percent in 2013.
- In 2012, CMS will reduce its fee schedule by 1 percent for doctors who don't e-prescribe; that penalty will rise to 1.5 percent in 2013 and to 2 percent in 2014 and every year thereafter.
- Physicians who are not using qualified EMRs meaningfully by 2015 will lose 1 percent of their Medicare reimbursement; in 2016, they will forfeit 2 percent; and in 2017 and each year thereafter, 3 percent. If less than 75 percent of physicians have met the EHR requirements by 2018, the secretary of Health and Human Services is empowered to cut Medicare payments to the laggards by up to 5 percent.



Noticed a big upsurge in e-prescribing activity

- The number of prescribers routing prescriptions electronically grew from 36,000 at the end of 2007 to over 240 million at the same time.
- Many physicians are likely to adopt EHRs because they don't want to be penalized financially later on or because they believe that health IT will eventually be mandated, according to some experts. But there are also physicians who strongly believe that EHRs can help them deliver a higher quality of care. Some of these doctors view EHRs as a tool that can help them reorganize their practices into patient-centered medical homes.



Cosa stiamo imparando ?

- Mentre ci sono ancora molte incertezze riguardo al livello di incentivi finanziari necessari e la formula ottimale per migliorare le prestazioni, l'esperienza con P4P nel Regno Unito e negli Stati Uniti mostra sei principali insegnamenti

(Lindenauer, et al. 2007; Doran et al. 2006; Dudley et al. 2004)



sei insegnamenti (1/3)

1 - i programmi P4P possono essere costosi e richiedere notevoli investimenti aggiuntivi, in particolare quando gli obiettivi sono facilmente raggiungibili e quindi è alta la percentuale dei provider premiati, e risultino necessari ulteriori investimenti nei sistemi di tecnologie dell'informazione per monitorare le prestazioni.

2 – si deve porre attenzione nel definire bene i livelli base di riferimento per le performance, svolgere un attento monitoraggio e valutare i progressi, per evitare di pagare per miglioramenti che si siano già verificati e per prevenire gli abusi.



sei insegnamenti (2/3)

- **3 - va prevista una introduzione a crescita graduale e differenziata per area geografica** per permettere ai responsabili di politica sanitaria di valutare meglio gli effetti della qualità del programma e ridurre i rischi per i fornitori e gli acquirenti.
- **4 - le informazioni, relative alle performance dei provider devono essere trasparenti e rese disponibile ai consumatori;**



sei insegnamenti (3/3)

5 – qualsiasi programma P4P non funziona se non è inserito in una più ampia strategia sanitaria di qualità e di gestione dei costi

6 - l'effetto incrementale di un programma P4P sul “public reporting” è basso e, quindi, il costo e la complessità di sviluppare e attuare un programma P4P è sostanzialmente superiore a quella di un modello di comunicazione pubblica delle performance



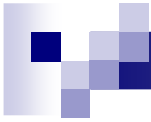
Risultati contraddittori delle “P4P Initiative”

- 1. Incentivi economici possono motivare il cambiamento**
- 2. Anche incentivi non finanziari possono fare la differenza**
- 3. Coinvolgere i medici è un'azione difficile e critica**
- 4. Non ci sono chiare immagini del ritorno dell'investimento**
- 5. La pubblica reportistica è un forte catalizzatore per i provider nel migliorare le cure**



Risultati contraddittori delle “P4P Initiative”

- 6. I provider hanno bisogno di un feedback della loro performance**
- 7. I provider devono essere meglio preparati all'utilizzo di modelli P4P**
- 8. La integrità delle informazioni è fondamentale**
- 9. È importante l'esperienza di applicazione nella pratica**
- 10. Il metodo P4P non è una bacchetta magica**



L'alba nella nebbia

Grazie
dell'attenzione