

« Être à la hauteur »



Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE



Measuring hospital quality of care: the state of the art



What information should be made available to the public?

Gérard de Pouvourville, Etienne Minvielle
CHEAR, INSERM/CNRS, France



Santé
Canada

Health
Canada

Canada

Introduction: the context

- An increasing concern in most developed countries about tradeoffs between cost and quality of care
- Inform citizens-consumers of the relative performances of hospitals
- More and more countries publish hospital league tables:
 - Multiple and early experiences in the USA
 - Ontario Report Cards
 - Dr Foster's web site in the UK
 - Palmarès des Hôpitaux in French magazines



The scope of the presentation

- A focus on measuring the clinical performance of hospitals
- Concentrating on the experiences of publicizing information to the general public.
- Performance: the level attained by a given provider on a set of indicators
- Quality of care: the desirable attributes of the process of care as well as the outcomes of care.



The structure of the presentation

- What are the characteristics of hospital production?
- What are the main indicators of performance?
- What are the impacts of the publication of comparative data on hospital performance?
- What recommendations can be made to improve this impact?



1. Hospital provision of services

- Multi-service activity:
 - Hospital wide performance system are very costly
 - Use of aggregate measures and restricted focus on specific activities.
- Complexity of the process:
 - Distinction between final outcome, intermediary outcome and process indicators.
 - Variability of patients as a determinant of variability of results
- Stochastic process:
 - 100% performance does not exist
 - Need for large data bases to assess performance
- True life medical practice:
 - Need to adapt evidence based medicine.



2. Indicators (1)

- Final outcome indicators:
 - They measure the impact of care on the final health status of patients: ideally, the degree of return to normal health.
- Intermediary outcome indicators:
 - They measure the impact of an intervention on one or more parameters that have an impact on the final health status; they are a partial measure of health status
- Process indicators:
 - They bear on specific steps of the process that have a major impact on final results.



Indicators (2)

- Measuring performance means measuring the benefit-risk ratio of each intervention.
 - Benefit indicators:
 - Recovery
 - Risk indicators:
 - Complications, death



Final outcomes indicators: examples

- Benefits:
 - Cataract: the measure of visual acuity after the intervention
 - Hip total replacement: return to normal mobility without pain
 - Renal graft: return to normal renal function
- Risks:
 - Cataract and total hip replacement: the deterioration of the prosthesis
 - Renal graft: rejection of the transplanted organ



Intermediary outcomes examples:

- Benefits:
 - Total hip replacement: degree of mobility at acute hospital discharge
 - Abdominal surgery: scars, return of abdominal transit
 - Infectious diseases: absence of detectable germs
- Risks:
 - Infection of the surgical site (parietal abscess for abdominal surgery)
 - Short term rejection of a graft



Process indicators: examples

- Clinical practice process guidelines:
 - Rate of caesarean section
 - Pre-op infectious or thrombo-embolic events prophylaxy
 - Risk factor screening for anaesthesiology
- Resource utilization indicators:
 - Volume
 - Length of stay
 - Rate of re-admission
 - Inadequate admission rates



The Ontario Report card (1)

- Comparative assessment of the 95 acute care providers of the Province;
- Based on one intermediary outcomes result, the rate of complications
- Based on a series of process indicators:
 - Length of stay
 - Re-admission rates
 - Access to specific technologies
 - Access to one-day hospital care.



The Ontario Report Card (2)

- The pathologies and interventions reported
 - Acute Myocardial Infarction
 - Stroke
 - Congestive Heart Failure
 - Community acquired pneumonia
 - Asthma
 - Digestive Haemorrhage
 - Cholecystectomy
 - Hysterectomy
 - Prostatectomy
 - Carpal tunnel release



The rate of mortality (1)

- Negative final outcome indicator .
- The first one to be widely publicized (HCFA 1989, state of Pennsylvania).
- The easiest to understand and the most attractive to media.
- But the most controversial in terms of its ability to capture quality of care.



The rate of mortality (2)

- List of most frequently reported rates:
 - Global casemix adjusted mortality
 - Mortality following CABG
 - AMI mortality
 - CHF mortality
 - Stroke mortality
 - Mortality with pneumonia
 - Mortality for obstructive respiratory diseases
 - Mortality for digestive haemorrhage
 - Mortality with total hip eplacement
 - Mortalmity in ICU
 - Infant low birth weight mortality.



The rate of mortality (3)

- Rare event requiring large data base to have a sufficient precision;
- Sensible to the characteristics of patients prior to admission: requirement to adjust for risk factors.
- Detailed clinical data required to adjust for risk factors
- Predictive value of quality of care is questionable.



Le taux d'infections nosocomiales

- Indicateur de résultat intermédiaire négatif:
 - Mesure la capacité d'un établissement à éviter des infections acquises à l'hôpital;
 - Le contrôle des infections repose à la fois sur des actions transversales (canalisations d'eau et de chauffage, climatisation, qualité de l'air, recommandations d'hygiène des personnels soignants) et spécifiques (prophylaxie en chirurgie, stérilisation des dispositifs médicaux, ...).
 - Il faut donc à la fois mesurer la conformité des pratiques aux normes de process et les résultats.



Le taux de césariennes

- Un indicateur de processus portant sur les pratiques;
- Comme pour le taux de mortalité, requière un ajustement soigneux des résultats des différents établissements sur les facteurs de risque présentés par les patientes;
- Requière également une standardisation poussée des systèmes d'information, de façon à s'assurer de la comparabilité des données.



3. L'impact de la publication de résultats comparatifs

- Impact sur les établissements
- Impact sur le grand public
- Impact sur les payeurs



Impact sur les établissements (1)

- Résultat attendu:
 - l'amélioration de la performance des établissements, liée à deux pressions:
 - La pression des payeurs
 - La pression des patients: report de clientèle d'un établissement à un autre
- Les résultats obtenus:
 - L'étude symbole: les taux de mortalité pour les pontages coronariens dans l'Etat de New York
 - Plusieurs autres études témoignent de la mise en place d'actions de correction
 - Mais difficulté à mesurer un impact global sur tout le secteur hospitalier



Impact sur les établissements (2)

- L'impact dépend:
 - De la possibilité de définir des actions correctrices
 - De l'implication des équipes de soins dans la conception et le pilotage de l'étude comparative
 - De la qualité des systèmes d'information et de la crédibilité scientifique de l'évaluation comparative
 - De la pression concurrentielle ressentie par l'établissement



Impact sur les patients (1)

- Résultat attendu:
 - L'exercice d'un choix plus éclairé par les patients de l'établissement où ils iront se faire soigner;
 - Pour les pouvoirs publics, montrer qu'ils se préoccupent de la sécurité et de la qualité des soins.
- Résultat observé:
 - Peu d'impact sur les comportements de recours aux établissements hospitaliers;
 - Nécessité de replacer la publication de données comparatives dans le contexte de décision des individus



Impact sur les patients (2)

- La publication des données est un élément d'information parmi d'autres:
 - Le bouche-à-oreille
 - L'avis du médecin traitant (et son pouvoir de décision)
- Les informations sont sollicitées quand il y a un besoin de recours au système de soins:
 - Il peut ne pas y avoir de données pertinentes sur le besoin précis
- Les données sont relativement complexes à interpréter:
 - Les indicateurs sont mal compris
 - La méthodologie statistique est trop complexe



Impact sur les payeurs (1)

- Résultat attendu:
 - Sélection des établissements en fonction du meilleur rapport qualité/prix
 - Donc mise en œuvre de contractualisation sélective:
 - Un établissement peut être performant sur une ou plusieurs activités, mais pas sur toutes les activités.
- Résultats observés:
 - Exemples de contractualisation sélective ou incitative;
 - Mais difficulté de réaliser des arbitrages qualité/coût:

• Si la qualité coûte cher, combien le payeur est-il prêt à le payer?



Impact sur les payeurs (2)

- Le système concurrentiel sous l'hypothèse que la qualité coûte cher:
 - Le payeur dispose d'une information incomplète sur la qualité des soins
 - Le payeur dispose d'une information imparfaite: il distingue les bons, les moyens, les mauvais
 - Le payeur dispose d'une information biaisée: sa population d'assurés est particulière.
 - Le payeur n'est pas toujours en position de force sur le marché
- Conséquences:
 - Le payeur négocie les coûts avec les « moyens »
 - Le payeur ne peut pas négocier avec les « bons »
 - Il laisse tomber les « mauvais » sauf s'il y a monopole local.



Impact sur le payeur (3)

- Le monopole public sous l'hypothèse que la qualité coûte cher:
 - Le payeur est tenu d'assurer un niveau homogène de qualité;
 - Pour les établissements « mauvais » et bon marché, il finance l'amélioration de la qualité
 - Pour les établissements « mauvais » et chers, il les sanctionne.
 - Les autres établissements servent de référence.
 - Mais reste la question des établissements excellents et chers: doit-on aligner tous les établissements sur leur performance?



Impact sur les payeurs (4)

- Dans les deux cas, on augmente la qualité moyenne et les coûts.
- Mais l'hypothèse selon laquelle qualité et coût sont corrélés positivement est fausse;
- Par exemple, des hauts volumes sont synonymes à la fois de bonne qualité et de coûts unitaires faibles;
- Donc les payeurs doivent disposer d'instruments très pointus de mesure du rapport qualité/coût pour effectuer leurs arbitrages.



Recommandation 1:

- Les systèmes d'information doivent garantir:
 - La standardisation des données recueillies
 - La régularité du recueil des données
 - L'exactitude des données
 - La qualité du traitement statistique
- Ne pas sous-estimer l'investissement requis pour atteindre ces objectifs
- Donc effet d'échelle et d'expérience dans la production et la maintenance des données.



Recommandation 2

- Le partenariat avec les professionnels:
 - L'information médicale reste une information complexe à produire et à interpréter: le coût du contrôle est élevé.
 - La pratique médicale reste une pratique de décision dans l'incertitude.
 - Le pouvoir de contournement de la profession est très important:
 - Pratique médicale défensive très coûteuse
 - Adaptation des pratiques de production de l'information aux incitations
- Intérêt d'une pratique coopérative dans la mesure des performances, pour faire progresser la pratique moyenne



Recommandation 3

- La communication aux patients:
 - Elle doit être contextualisée;
 - Elle doit être simplifiée;
 - Elle doit être stratifiée, par degré de complexité supplémentaire à la demande
 - Enfin, elle doit être confiée à des intermédiaires qui pourront utilement et à la demande, ajuster l'offre d'information à la demande de chacun.



Recommandation 4

- Progresser dans la connaissance des arbitrages coût-qualité:
 - Développement des études de benchmarking par activité
 - Développement des contrats avec partage de risque entre payeur et offreurs pour limiter le risque de comportements opportunistes (non observabilité des résultats et des coûts).

