

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 09/02/2023

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/568-2 (*)

Advies P4P (vervolg)

Namens de Voorzitter, Margot Cloet,

i.o., diensthoofd Management
Office van het DG Gezondheidszorg

Annick Poncé

Directeur-generaal ad interim

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 9/02/2023 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

Situering van het advies en voor de FRZV belangrijke principes

Met het oog op het formuleren van een advies op de adviesvraag van de minister ontvangen op 5 december 2022 (d.d. 21/11/2022), werd in de schoot van de FRZV de breed samengestelde werkgroep P4P (cf. FRZV/D/566-2 (1)) samengeroepen. Deze werkgroep kwam samen op 13, 17 en 24 januari 2023. Tijdens de vergadering van 13 januari 2023 werd een toelichting gegeven door het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid (LIGB) over de adviesnota “Ontwikkelen van een Pay-for-Performance indicatorenset gebaseerd op klinische indicatoren afkomstig van administratieve data” (2) die als bijlage bij de adviesvraag gevoegd was.

De minister vraagt advies over de keuze van de indicatoren waarop we de P4P financiering willen baseren, de te voorziene financieringsmethode en mogelijke evolutiepaden (aanbevelingen bijv. aangaande de set van indicatoren, de definitie van performantie, ...). Dit tegen de achtergrond van de grote assen beschreven in “werf 4” van het plan rond de hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering (3), waarbij de minister het concept van value based purchasing in de ziekenhuisfinanciering verder wenst te versterken.

Huidig advies gaat in op elk van de 3 genoemde elementen. Tevens dient het gelezen te worden in het verlengde van het recente initiatiefadvies FRZV 566-2 (1), waarin een aantal basisprincipes en aandachtspunten gelieerd aan P4P beschreven staan, alsook een voorstel van kernset van thema’s waarover – zowel binnen de FRZV als binnen de breed samengestelde *ad hoc* werkgroep in de schoot van de FRZV – een principiële akkoord bestaat voor verdere technische/methodologische uitwerking. Dit in (nog samen te stellen) ontwikkelgroepen, voor die thematieken waarmee de minister zich akkoord verklaart, zo luidt ons voorstel.

Het voorliggend advies heeft geen betrekking op de gespecialiseerde ‘hybride’ algemene ziekenhuizen (geïsoleerde G/Sp-bedden in combinatie met A, K, T), psychiatrische afdelingen en bedden in de algemene ziekenhuizen (bedden type A/a, K/k en Sp-psychogeriatric) en de psychiatrische ziekenhuizen aangezien de klinische indicatoren en criteria niet afgestemd zijn op de aard van de zorg die er verstrekt wordt en bijgevolg ook niet transposeerbaar zijn naar deze settings. De FRZV stelt voor om voor de genoemde instellingen en diensten het huidige systeem van financiering via federale contracten kwaliteit en patiëntveiligheid (meerjarige programma’s) verder te zetten. Het betekent geenszins dat deze voorzieningen zich kanten tegen een integratie in het P4P-programma; wel dat een afzonderlijke denkoefening aangepast aan de eigenheid van deze context noodzakelijk is om ook voor hen te komen tot een set van indicatoren die pertinent, nuttig en haalbaar is.

Hieronder herhaalt de FRZV enkele principes n.a.v. de specifieke adviesvraag van de minister.

Principe 1: een haalbaar en redelijk tempo

De FRZV wenst haar appreciatie uit te drukken voor de geboden mogelijkheden om - vanuit een breed samengestelde, multidisciplinaire werkgroep met interfederaal karakter - mee te bouwen aan ontwikkelingen van het P4P programma dat thans op een kantelpunt staat, zowel inhoudelijk als budgettair. Tegelijk vinden we het belangrijk om een **goed evenwicht te vinden** tussen enerzijds **voortgang** en anderzijds een **haalbaar en redelijk tempo**. Dit teneinde breed gedragen, kwaliteitsvolle adviezen te kunnen opleveren die - in zoverre ze betrekking hebben op veranderingen beoogd op (zeer) korte termijn - ook praktisch implementeerbaar zijn, binnen de contouren van een duurzame samenwerking op lange termijn. De FRZV wenst dan ook de *ad hoc* werkgroep te danken die fundamenteel heeft bijgedragen aan advies FRZV/D/566-2 (1) en aan huidig advies. Evenzeer bedankt aan alle experts die toelichting zijn komen geven op de werkgroepvergaderingen.

Drastische wijzigingen in het P4P programma 2023 ten opzichte van vorige programma's lijkt de FRZV **mogelijk noch wenselijk**. Daarvoor is de timing te kort. De FRZV doet een voorstel van meer realistische timing in dit advies.

Principe 2 : een evidence based en transparante aanpak

De FRZV wenst een meer expliciete feedback van de minister op voornoemd advies FRZV/D/566-2, onder meer over het principe van een graduele, wetenschappelijk onderbouwde en stapsgewijze aanpak, waaraan een **continu evaluatietraject** gekoppeld is. De FRZV is ervan overtuigd dat aldus een sterker traject kan doorlopen worden. Huidig advies bevat dan ook een **voorstel van plan van aanpak** in die zin. Het is hierbij ook belangrijk dat de gebruikte gegevens kwalitatief en gecontroleerd zijn en dat de ziekenhuizen zichzelf transparant kunnen positioneren alvorens indicatoren worden gebruikt voor P4P, zodat zij de gelegenheid krijgen om zich te verbeteren.

Het bewijs in de literatuur voor de positieve impact van P4P-programma's op de kwaliteit van zorg, de kosten of de resultaten voor de patiënt is zeer beperkt, zoals met name vermeld door de KUL-LIGB-onderzoekers (referenties (4; 5; 6; 7; 8) in hun nota (2)). Eerdere KCE rapporten concludeerden dat P4Q programma's potentieel effectief kunnen zijn (heel wat studies tonen immers een verbetering in kwaliteitsindicatoren) maar dat krachtig, overtuigend wetenschappelijk bewijs voor de (klinische en kosten-) effectiviteit van P4Q programma's – vooral voor lange termijn effecten – niet voorhanden is (hoofdstuk 8 in de synthese bij KCE rapport 229 (9) en sectie 8.4 in het KCE rapport 207 (10)). Genoemde KCE rapporten (9; 10) wijzen tevens op een aantal ontwerp- en contextelementen uit succesvolle programma's die belangrijk zijn om middelen geoormerkt voor P4P zo doelmatig mogelijk te besteden. En om daarenboven vermoede gevaren of mogelijke ongewenste neveneffecten van P4P zoveel als mogelijk te vermijden.

Principe 3 : het doel is in de eerste plaats de continue verbetering van de kwaliteit, door een duurzame kwaliteitscultuur

De FRZV ondersteunt de op kwaliteit gerichte aanpak en sluit volledig aan bij de positieve en lerende aanpak van het monitoren van kwaliteitsindicatoren en niet in een afstraffende aanpak voor als minder efficiënt beschouwde ziekenhuizen. Deze benadering van kwaliteitsindicatoren is breder dan P4P. Zoals ook beschreven in KCE report 229As, dient het 'natuurlijk' streven naar uitmuntendheid – dat in de zorgsector zeer sterk aanwezig is – maximaal ondersteund: een **duurzame kwaliteitscultuur** is de belangrijkste succesfactor. Dit is van een andere orde dan een zuiver 'geld verandert gedrag'-paradigma en steunt eerder op waarden als beroepsfierheid, altruïsme, verantwoordelijkheid en religieuze of humanistische idealen (9).

Meer algemeen is de FRZV vragende partij dat kwaliteitsondersteunende initiatieven, waar al dan niet financiële prikkels aan verbonden zijn, ingepast zijn in een **ruimere kwaliteitsverbeteringsstrategie op lange termijn (bijv. met een horizon van 10 jaar)**. Het bevorderen en borgen van zorgkwaliteit en patiëntveiligheid mag daarenboven niet vrijblijvend zijn, hetgeen een interfederale strategie – en dus afstemming met de regio's – vereist.

Advies van de FRZV

Achtereenvolgens komen volgende elementen aan bod: 1) inhoudelijk luik, m.h.o.o. een set van een beperkt aantal indicatoren die prioritair onderzocht moeten worden in het kader van bijsturing van P4P, 2) budgettaire en financieringsluik. Bij beide onderdelen formuleren we tevens een voorstel van plan van aanpak en enkele eerste aanbevelingen voor mogelijke evoluties.

1) **Inhoudelijk luik:** keuze van prioritaire pertinente kwaliteitsindicatoren

De minister vraagt de FRZV advies uit te brengen over de 2 thans voorliggende kernsets van thematieken/indicatoren (2; 1)¹ met als finaliteit te komen tot een set van een beperkt aantal indicatoren geschikt voor P4P. Met name vraagt de minister een aftoetsing van beide voorstellen aan de bepalende elementen die hij in zijn adviesvraag naar voor schuift:

“Bepalende elementen *<in de keuze van indicatoren>* zijn dat *<de indicatoren>* betrekking hebben op ziekenhuisbrede activiteiten die beïnvloedbaar zijn door gedragswijzigingen door artsen en verpleegkundigen, die aansluiten bij (prioritaire) gezondheidsdoelstellingen en die tot meer doelmatigheid leiden in het aanwenden van de beschikbare middelen. Een bijkomend belangrijk aandachtspunt is de validiteit van de te gebruiken data waarop ze zijn gebaseerd.” (eigen onderlijning)

Tevens vraagt de minister een beeld van de variabiliteit in praktijkvoering die door een geconcentreerde aanpak in het ziekenhuis beïnvloed kan worden.

Een eerste analyse in die zin is verricht, vertrekkend van de analyse beschreven in FRZV/D566-2 (1) en van deze gepresenteerd door het LIGB, aangevuld met **eerste bedenkingen vanuit de ad hoc P4P werkgroep. Verdere verfijning en nuancering zijn noodzakelijk voor beide sets** en vragen dus om meer tijd. Ook de vertegenwoordigers van het LIGB gaven aan dat hun set nog niet klaar is voor financieringsdoeleinden. In het bijzonder vragen de elementen ‘validiteit van brondata’ en ‘meer doelmatigheid in het aanwenden van beschikbare middelen’ bijkomende analyse en validatie. Dit zou bijv. kunnen plaatsgrijpen in de schoot van (nog op te richten) ontwikkelgroepen, voor die thema’s waarmee de minister akkoord gaat / naar voor schuift.

Alvorens over te gaan tot ons voorstel van plan van aanpak, wenst de FRZV te benadrukken dat beide voorstellen vooral heel wat **gelijkenissen en complementariteit** vertonen. Zo sluiten beide voorstellen in belangrijke mate aan op de kern van de beleidsverklaring, zowel in termen van prioritair kwaliteitsdomein binnen het IOM concept, articulatie met prioritaire domeinen inzake gezondheids(zorg)doelstellingen,² als in termen van (grootte-orde van) omvang. Ook de domeinen van de 5-aim die dominant gevat worden, zijn gelijkaardig in beide voorstellen. Beide sets bevatten klinische (outcome) indicatoren, erkennen mortaliteit als een belangrijke (outcome)parameter, stellen ‘CLABSI’ voor als indicator en bevatten geen – of slechts een beperkt aantal – structuurindicatoren. In

¹ De **thema’s naar voor geschoven in FRZV/D/566-2** zijn: ziekenhuisbreed kwaliteitsmodel met externe toetsing, handhygiëne, verantwoord antibioticagebruik, CLABSI, ongeplande heropnames, patiëntenervaringen (PREMS) en mortaliteit; de **klinische kwaliteitsindicatoren gevat in de LIGB adviesnota** betreffen 3 in-hospital mortaliteitsindicatoren (hospital standardized mortality ratio, sterftegraad in chirurgische patiënten met ernstige behandelbare complicaties (‘failure-to-rescue’) en sterftegraad in APR-DRGs gekenmerkt door lage sterfte) en 4 indicatoren gelieerd aan nosocomiale infecties (CLABSI, postoperatieve sepsis, postoperatieve wondopening en clostridium difficile colitis).

² Belgisch Nationaal Actieplan “One Health” (AMR): preventie van nosocomiale infecties en bestrijding van antimicrobiële resistentie; prioritaire domeinen inzake gezondheids(zorg)doelstellingen (21; 22): preventie, geïntegreerde zorg/samenwerking, transparantie bevorderen, mentale gezondheid, toegankelijkheid van zorg.

beide voorstellen wordt tevens verwezen naar het belang van peer review, peer pressure en het uitwisselen van ervaringen om continu leren en verbeteren verder te stimuleren. Klinische indicatoren beschreven in de LIGB adviesnota zouden een mogelijke invulling kunnen zijn voor thematieken naar voor geschoven in de FRZV adviesnota.

Voornaam is dat de teams die initiatiefadviezen of -nota's hebben opgeleverd, allen dit momentum voor herziening van P4P willen benutten en het **belang expliciteren van verdere samenwerking, afstemming en verfijning van de uitgebrachte aanbevelingen**. Alle betrokken instanties pleiten ervoor om – waar mogelijk – bestaande, gevalideerde indicatoren en methodieken te gebruiken om kwaliteitsverbetering te bewaken en te stimuleren, waarbij maximaal vertrokken wordt van bestaande dataflows en reeds gevoerde (denk)oefeningen³. Er is een grote bereidheid om – elk vanuit zijn/haar eigen achtergrond – **kennis, inzichten, ervaring, aanpak en methodologie te delen** teneinde initiatieven voor kwaliteitsverbetering te ondersteunen en **samen tot oplossingen te komen**. Info en kennis worden (ook) via de werkgroep gedeeld, bijv. rond het secundair gebruik van bestaande databronnen voor het meten van kwaliteit van zorg (11; 2). Bij de verdere technische uitwerking zal maximaal rekening gehouden worden met de bezorgdheden geuit in de *ad hoc* werkgroepvergaderingen P4P en in eerdere initiatiefadviezen en rapporten zoals (12; 11; 2; 1).⁴

Zoals bij elk kwaliteitsverbeteringsproces is het van belang dat P4P een positief, incentiverend verhaal is. Een verhaal dat een cultuur van leren en verbeteren stimuleert, waarin elkeen zich blijvend gemotiveerd voelt om verder vooruit te gaan, inspanningen aan te houden en ervaringen te delen. **Het hoofddoel is en blijft immers een daadwerkelijke verbetering in patiëntveiligheid en zorgkwaliteit, zeker ook voor domeinen waarin België – internationaal beschouwd – verbeterpotentieel heeft**, zoals bijv. antibioticagebruik (13), prevalentie van nosocomiale infecties in ziekenhuizen (14) of gewogen gestandaardiseerde postoperatieve mortaliteit (15). De FRZV stelt voor om ook hiermee rekening te houden bij de uiteindelijke keuze van de indicatoren.

Voorstel van plan van aanpak gelieerd aan de indicatorenset en eerste aanbevelingen voor mogelijke evoluties

Drastische wijzigingen in het P4P programma 2023 (met implementatie in het BFM van 1 juli 2023) **ten opzichte van voorgaande programma's, lijkt de FRZV mogelijk noch wenselijk. Tegelijk dient vermeden dat eindeloze discussies over kwaliteitsindicatoren de aandacht afleiden van het hoofddoel**, m.n. een verdere verbetering in patiëntveiligheid en zorgkwaliteit, en van stappen die kunnen/moeten gezet met het oog op een P4P programma 2.0 of andere benaderingen voor

³ Zo is er bijv. in 2023 een validatie-oefening gepland omtrent ziekenhuisinfecties (waaronder CLABSI, postoperatieve wondinfectie en clostridium difficile colitis) door VIKZ en Sciensano waarvoor het Informatieveiligheidscomité (IVC) de data-aanvraag reeds heeft goedgekeurd; voor ongeplande heropnames is een methodiek ontwikkeld door het IMA i.s.m. VIKZ (32; 12); diverse onderzoeksgroepen hebben bijzondere expertise op het vlak van internationaal gevalideerde methodieken en de vertaalslag hiervan naar de Belgische context; ... Dubbel werk dient vermeden.

⁴ Voor indicatoren gebaseerd op MZG is variatie in codeerpraktijken een aandachtspunt, variatie in accuraatheid/volledigheid van data (aantal secundaire diagnoses, registratie van POA, palliatieve codering, identificatie complicaties, ...); verschillen in patiëntenpopulaties, casemix en risicofactoren (leeftijd, comorbiditeiten, sociaal profiel, ...); het belang van (koppeling van) info over de pre- en posthospitaal situatie voor sommige thematieken of indicatoren; mogelijke ongewenste neveneffecten of vermoede gevaren van P4P (o.a. gaming, patiëntselectie, tunnelvisie, ...); evenwicht in indicatoren gelieerd aan chirurgische dan wel medische activiteit in het ziekenhuis; scope patiëntengroepen/diensten;

...

kwaliteitsverbeteringen. Heel wat kennis, expertise en ervaring is beschikbaar in binnen- en buitenland. Hier dient optimaal gebruik van gemaakt.

Vandaar stelt de FRZV een **getrapte aanpak** voor, waarbij **2023 en 2024** fungeren als **transitiejaren**.

Voor het P4P programma 2.0, ziet ons voorstel van werkplan er als volgt uit:

- **In 2023** wordt de **set van indicatoren (cf. vervolgadvis FRZV)** die de minister weerhoudt in het kader van het nieuwe, intermediaire P4P programma **gecommuniceerd naar de algemene acute ziekenhuizen**. De ziekenhuizen ontvangen in 2023 hun **resultaat en positie** op de indicatoren gevat in het nieuwe P4P programma.⁵ Dit **ten informatieve titel, zonder financiële gevolgen gekoppeld aan het resultaat** (cf. infra, budgettaire luik). Er wordt gebruik gemaakt van het meest recente referentiejaar.
2024 biedt ruimte om de metingen voor de nieuwe indicatoren uit te testen en indien nodig op punt te stellen.
Enerzijds laat deze werkwijze toe dat de ziekenhuizen vertrouwd geraken met de indicatoren en reeds verbeteracties kunnen opzetten. Anderzijds laat ze toe om in 2023-2024 de **nieuwe P4P set** verder tot in detail uit te werken en op punt te stellen, en om de **werkzaamheden omtrent lange termijnvisie en strategie** (cf. FRZV/D/566-2 (1)) **gestalte** te geven.
- Voornaam is dat er een **evaluatie- en leertraject** wordt gekoppeld aan de introductie van het nieuwe P4P programma. Dit leertraject kan dus starten in 2023.
- Ook in 2024 kunnen specifieke elementen verder uitgewerkt worden, bijv. voor die zaken die pas realistisch implementeerbaar zouden blijken in latere fase Constructief en gestaag blijven verder werken blijft de basisdoelstelling.

Schematisch ziet dit er als volgt uit:

	2023				2024				2025			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
P4P programma 2.0 algemene acute ziekenhuizen												
Décision à prendre sur le set : vastleggen set obv vervolgadvis FRZV												
Technische ontwikkelgroepen indicatoren*	M1	M2	M3									
Communicatie over de nieuwe set van thematieken / indicatoren P4P naar de sector												
Technische ontwikkeling van een tool voor de terugkoppeling naar / communicatie met individuele ziekenhuizen (resultaat, positie, evolutie op indicatoren, ...)												
Feedback aan de ziekenhuizen over hun resultaat en positie op de weerhouden indicatoren (ten informatieve titel)												
Ontwikkelgroep "PDCA" : uittekenen van een PDCA traject voor opvolging en												

⁵ De selectie van indicatoren in het kader van P4P doet vanzelfsprekend niets af van het feit dat ziekenhuizen – intern – (ook) andere kwaliteitsindicatoren kunnen opvolgen.

Op termijn zullen de algemene gespecialiseerde « hybride » ziekenhuizen, de psychiatrische diensten en de psychiatrische bedden in de algemene ziekenhuizen (A/a ; K/k ; Sp-6) en de psychiatrische ziekenhuizen in het systeem moeten komen. Een gelijkaardige oefening zal nodig zijn om te komen tot een panel van indicatoren aangepast aan hun realiteit, die kunnen verschillen van de indicatoren die worden gebruikt voor acute ziekenhuizen.

2) Budgettaire luik: te voorziene financiering en financieringsmechanisme

Het is echt belangrijk dat de financiële regelingen de **hoofddoelstelling ondersteunen, namelijk een echte verbetering van de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de zorg, en dat moet ook zo blijven.**

Alvorens in te gaan op de specifieke elementen van diverse aard opgenomen in de adviesvraag, wenst de FRZV 3 **algemene uitgangspunten** te benadrukken:

- De FRZV bepleit een **gefaseerde aanpak**, waarbij het cruciaal is om eerst tot een **goede inhoudelijke set** te komen. Een logische werkwijze lijkt ons om achtereenvolgens de thematieken vast te leggen (cf. advies FRZV 566-2), vervolgens om - binnen elk van de weerhouden thematieken - gepaste, valide en betrouwbare indicatoren te selecteren/valideren/ontwikkelen conform evidence-based methodologie, gevolgd door het vastleggen van gepaste criteria en streefwaarden per indicator (hetgeen evolutief kan zijn en kan verschillen van indicator tot indicator). Voor genoemde stappen ziet de FRZV een belangrijke rol weggelegd voor de ontwikkelgroepen, die aan de slag kunnen van zodra een beslissing genomen is over de weerhouden/uit te werken thematieken. **Alvorens financiële implicaties gekoppeld worden aan een nieuwe set van kwaliteitsindicatoren, dient er transparantie te zijn over de gehanteerde methodologie van elke indicator en dienen ziekenhuizen eerst in kennis gesteld te worden van hun resultaat en positie** op elk van de weerhouden indicatoren. De sector stelt voor dat **financiële implicaties ten vroegste 2 jaar na het vastleggen en communiceren van nieuwe indicatoren volgen**. Dit teneinde vertrouwd te geraken met de indicatoren en – waar nodig – reeds verbeteracties te kunnen opzetten (cf. supra).
- **Ook wat betreft het budgettaire luik** beveelt de FRZV een **stapsgewijze aanpak** aan. Dit zowel op het niveau van het P4P macrobudget als op het niveau van de meer specifieke financieringsmodaliteiten (cf. infra). **Drastische inhoudelijke en/of budgettaire wijzigingen in het P4P programma 2023 ten opzichte van vorige programma's, lijkt de FRZV mogelijk noch wenselijk**. Daarvoor is de timing te kort.
- De FRZV onderschrijft de insteek van de minister dat **P4P een evolutief dynamisch proces** is.

In wat volgt, gaan we dieper in op de diverse elementen gelieerd aan de te voorziene financieringsmethode beschreven in de adviesvraag.

De hoogte van het P4P macrobudget en timing

Uit de adviesvraag blijkt dat de minister zich voorneemt om de financiering voor P4P gradueel op te trekken, bijv. tot 1% van het onderdeel B2 van de algemene ziekenhuizen op 1 juli 2023 en tot 2% vanaf 1 juli 2024. Dit zou een substantiële verhoging betekenen van het P4P macrobudget

(grootteorde 30 miljoen euro in 2023 en 60 miljoen euro in 2024) in vergelijking met de huidige P4P begroting (6.4 miljoen euro in 2022).

Niettegenstaande het op termijn aanvaardbaar kan zijn om stapsgewijs en progressief te evolueren in de richting van de vooropgestelde grootteordes van bedragen voor P4P, is de FRZV van mening dat – zeker in 2023 en 2024 – geen grote veranderingen mogen plaatsgrijpen in het P4P budget. Dit niet enkel omwille van de hierboven beschreven inhoudelijke elementen,⁶ maar tevens omwille van de aandachtspunten beschreven in het P4P initiatiefadvies FRZV/D/566-2. Voornaam voor de FRZV is dat een forse verhoging van het P4P budget alleen kan (1) in het kader van een meer omvattende hervorming van de ziekenhuisfinanciering waarbij een gepaste, voldoende basisfinanciering binnen een duurzaam georganiseerd model primordiaal is, (2) binnen de contouren van een leesbaar, logisch en coherent interfederaal kwaliteitsbeleid waarin financiële incentives voor verdere kwaliteitsverbetering (bijvoorbeeld in de vorm van P4P) mogelijks een plaats kunnen hebben, (3) indien ingepast in een lange termijn visie, en (4) mits een expliciet PDCA traject voor opvolging, evaluatie en verdere verbetering. Cruciaal immers is dat het systeem werkzaam is, zonder noemenswaardige ongewenste neveneffecten.

De oorsprong van het budget en herverdeling van de enveloppe over de ziekenhuizen die performant scoren op basis van de geselecteerde indicatoren

De minister vraagt de FRZV advies over het principe om – binnen het huidige gesloten budget – de B2 enveloppe die gebruikt wordt om de waarde van het punt te berekenen in functie van het totaal aantal gerealiseerde verantwoorde ligdagen, te verminderen ten belope van het saldo tussen het huidige P4P budget en het voorgenomen verhoogde P4P budget (cf. supra voor de grootteordes van bedragen). De aldus vrijgemaakte enveloppe zou vervolgens herverdeeld worden, wat resulteert in een netto bonificatie voor die ziekenhuizen die performant presteren ten aanzien van de set van indicatoren.

De ratio achter de voorgestelde financieringsbron (B2) ontgaat de FRZV. De B2 enveloppe beoogt om de minimale bestaafing van het verplegend en verzorgend personeel ‘aan bed’ te financieren alsook het personeel van het operatiekwartier, spoed, centrale sterilisatie en het verpleegkundig kader. **Deze werkingskosten in B2 verminderen en herverdelen brengt de BFM-financiering van het zorgpersoneel verder in het gedrang. Dit is onaanvaardbaar voor de FRZV.⁷**

Daarenboven berusten patiëntveiligheid en zorgkwaliteit vandaag, meer dan ooit tevoren, op duurzaam, dynamisch en multidisciplinair teamwerk tussen alle actoren (artsen, zorgpersoneel, geneesmiddelenbeleid, ...). In die context meent de FRZV dat het (enkel) responsabiliseren naar verplegend en verzorgend personeel toe (B2) geen gepaste denkpiste is. Mede afhankelijk van de finale indicatorkeuze, dient een debat overwogen of aansporingen tot (en/of beloningen voor) kwaliteit expliciet de bijdrage dienen te valoriseren van alle beroepsgroepen die zich engageren in dit gezamenlijk streven. Daarenboven dient vermeden dat wijzigingen in het P4P programma de

⁶ de keuze van de thematieken, indicatoren en bijhorende methodologie dient nog gemaakt, wat op zich een impact kan hebben op de te voorziene budgetten mocht bijvoorbeeld gestreefd worden richting een 30%-70% verhouding in meten vs. verbeteren van kwaliteit per euro geïnvesteerd in kwaliteit (33), ook voor kleinere ziekenhuizen.

⁷ Morbiditeit en mortaliteit worden aanzienlijk beïnvloed door de mate van toezicht door verpleging, medische zorg en verzorgers. Het meten van resultaatindicatoren die afhankelijk zijn van het gedrag en toezicht van verplegend personeel en tegelijkertijd de financiële middelen verminderen om datzelfde verplegende personeel te financieren, is onzinnig.

zorgkwaliteitskloof tussen goed scorende ziekenhuizen (die financieel beloond worden) en minder goed scorende ziekenhuizen verder doet toenemen (zie ook FRZV/D/566-2).

Idealiter en teneinde echt incentiverend te zijn, zo stelt de sector, zijn bijkomende (exogene) budgetten nodig. **Tegelijk stelt de FRZV dat het geen taboe is om – binnen het globale gezondheidszorgbudget – te bekijken wat in aanmerking kan komen**, ook al is dat geen eenvoudige oefening en kunnen eventuele alternatieve voorstellen mee afhangen van de finaal weerhouden thematieken of indicatoren. Hierbij kan bijvoorbeeld ook overwogen worden om honorarium- of geneesmiddelenbudgetten mee te responsabiliseren.

Principe van shift van middelen en definitie van performantie

Essentieel in een P4P programma is onder meer dat geëvolueerd wordt naar een duurzame set van kwaliteitsindicatoren die een cultuur van leren en verbeteren stimuleert, waarbij elkeen zich blijvend geïncentiveerd voelt om verder vooruit te gaan en inspanningen aan te houden. **Een goede definitie van ‘performantie’ hangt in belangrijke mate af van de finaal weerhouden thematieken, indicatoren en methodologische keuzes.** De FRZV is van mening dat de (nog op te richten) ontwikkelgroepen belast kunnen worden met het formuleren van een onderbouwd en methodologisch sterk voorstel terzake. Desgevallend aangevuld met een voorstel tot groeipad, daar targets evolutief kunnen zijn doorheen de tijd. .

De financiële incentive kan zich – naargelang het thema of de indicator – richten op de **bereikte kwaliteit**, op **kwaliteitsverbetering**, op het **inzichtelijk maken van specifieke informatie**, op het **delen van ervaringen** (best practices maar evenzeer minder succesvolle initiatieven), op het **aantoonbaar meewerken aan verbetertrajecten**, op **onderlinge vergelijking**, ... Dit dient indicator per indicator bekeken te worden. Combinaties en/of getrapte systemen behoren tevens tot de mogelijkheden en kunnen gevat worden in een puntensysteem om de beschikbare enveloppe te verdelen.

Belangrijk is dat niet enkel de top-performers zich aangesproken voelen in het P4P verhaal en beloond worden. In die zin acht de FRZV het raadzaam om – per indicator – fijnmazige doch eenvoudige criteria te bepalen, vermijden genoeg te nemen met een systeem dat "standaard" is gebaseerd op de mediaan - of erger nog, het bovenste kwartaal - om het concept van prestatie te kwalificeren. Voorbeelden zijn: (a) werken met een puntensysteem dat kan evolueren in de tijd, (b) werken met een minimale norm per indicator waarbij elke performer die de norm haalt, wordt beloond, al dan niet met verdere gradaties boven deze norm of (c) werken met targets waar actoren naartoe werken.

Een eenvoudig transfereren van middelen naar ziekenhuizen op basis van een one size fits all definitie van performantie lijkt de FRZV niet aangewezen.

Gewichten toegekend aan de indicatoren

De FRZV is van mening dat **gewichten (moeten) kunnen variëren van indicator tot indicator en tevens (moeten) kunnen evolueren doorheen de tijd.** Dit om gericht en blijvend te incentiveren, rekening houdend met de vooropgestelde prioritaire gezondheids(zorg)doelstellingen, het verbeterpotentieel en de tussentijdse evaluaties. De FRZV is graag bereid hieromtrent aanbevelingen te formuleren, eens de thematieken en indicatoren vast liggen.

References

1. **FRZV/D/566-2, Advies P4P van de FRZV.** [Online] 8 december 2022. <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/frzvd566-2-advies-p4p-van-de-frzv>.
2. **Vanhaecht K, De Ridder D, Van Wilder A.** *Ontwikkelen van een Pay-for-Performance indicatorenset gebaseerd op klinische indicatoren afkomstig van administratieve data. Een adviesnota vanuit het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid KU Leuven.* Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid. 2022. pp. 1-24.
3. **F, Vandebroucke.** *Hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering. Value based purchasing: het moduleren van de op activiteiten gebaseerde ziekenhuisfinanciering in functie van bereikte kwaliteit.* 2022, 5, pp. 15-16.
4. *Pay for performance for hospitals.* **Mathes T, Pieper D, Morche J, Polus S, Jaschinski T, Eikermann M.** 7, 5 Jul 2019, Cochrane Database Syst Rev, Vol. 7, p. CD011156.
5. *Changes in hospital quality associated with hospital value-based purchasing.* **Ryan AM, Krinsky S, Maurer KA, Dimick JB.** 24, 15 Jun 2017, N Engl J Med, Vol. 376, pp. 2358-2366.
6. *Association of the Medicare value-based purchasing program with changes in patient care experience at safety-net vs non-safety-net hospitals.* **Chiu N, Aggarwal R, Song Y, Wadhwa RK.** 7, 8 Jul 2022, JAMA Health Forum, Vol. 3, p. e221956.
7. *Patient hospital experience improved modestly, but no evidence medicare incentives promoted meaningful gains.* **Papanicolas I, Figueroa JF, Orav EJ, Jha AK.** 1, 1 Jan 2017, Health Aff (Millwood), Vol. 36, pp. 133-140.
8. *The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes.* **Jha AK, Joynt KE, Orav EJ, Epstein AM.** 17, 26 Apr 2012, N Engl J Med, Vol. 366, pp. 1606-15.
9. **Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R (eds).** *Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering - Synthese.* Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) : Health Services Research (HSR), 2014. KCE Reports 229As. D/2014/10.273/xx.
10. **Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N.** *A comparative analysis of hospital care payments in five countries.* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) : Health Services Research (HSR), 2013. KCE Reports 207. D/2013/10.273/61.
11. **Doggen K, Deneckere S.** *Secundair gebruik van bestaande databronnen voor het meten van kwaliteit van zorg: methodiek zoals gehanteerd door het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg.* 2023. pp. 1-9.
12. **(PAQS), Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins de la Sécurité des patients.** *Définition d'un set d'indicateurs de qualité commun aux hôpitaux bruxellois et Wallons.* Bruxelles : sn, 2018 (version mise à jour le 13 février 2020).
13. **Leroy Roos, Christiaens Wendy, Maertens de Noordhout Charline, Hanquet Germaine.** *Voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België.* Brussel : Health Services Research (HSR). Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2019. KCE Reports 311A.
14. **E.U., OECD.** *Health at a Glance: Europe 2020. State of health in the EU cycle.* Paris : OECD Publishing, 2020.

15. *European Surgical Outcomes Study (EuSOS) group for the Trials groups of the European Society of Intensive Care Medicine and the European Society of Anaesthesiology. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study.* **Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, Vallet B, Vincent JL, Hoeft A, Rhodes A.** 9847, 22 Sep 2012, *Lancet*, Vol. 380, pp. 1059-65.
16. **2018, FRZV/D/466-2 - Advies van de FRZV over een P4Q programma.** [Online] 30 januari 2018. <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/frzvd466-2-advies-van-de-frzv-over-eeen-p4qprogramma-2018>.
17. *Readmission reduction as a hospital quality measure: time to move on to more pressing concerns?* **Cram P, Wachter RM, Landon BE.** 16, 25 Oct 2022, *JAMA*, Vol. 328, pp. 1589-1590.
18. *Quality and Safety in Health Care, Part I: Five Pioneers in Quality.* **J., Harolds.** 8, Aug 2015, *Clin Nucl Med*, Vol. 40, pp. 660-2.
19. <https://www.health.belgium.be/nl/belgisch-nationaal-actieplan-one-health-voor-de-bestrijding-van-antimicrobiele-resistentie-2020-2024>. *Belgisch nationaal actieplan "One Health" voor de bestrijding van antimicrobiële resistentie 2020-2024.* [Online]
20. <https://www.health.belgium.be/nl/bestrijding-van-antimicrobiele-resistentie#planactionnational>. *Belgisch nationaal actieplan "One Health" voor de bestrijding van antimicrobiële resistentie.* [Online]
21. *Meerjarenbegroting, Werkgroep Quintuple Aim. Finaal rapport werkgroep quintuple aim (QA): Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen .* 19/05/2022.
22. *Meerjarenbegroting, Wetenschappelijk Comité. Rapport Wetenschappelijk comité: Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen.* 19/05/2022.
23. (VIKZ), Vlaams Instituut Kwaliteit van Zorg. *Resultatenverslag 2014 - 2021.* 2022.
24. *Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. P4P-indicatorenset 2022 - Pay for Performance programma voor algemene ziekenhuizen.* Jan 2022.
25. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/3.3_componenten_van_het_bfm_per_budgettair_type_juli2022.pdf. [Online] [Citaat van: 9 Jan 2022.] https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/3.3_componenten_van_het_bfm_per_budgettair_type_juli2022.pdf.
26. *Componenten van het BFM per budgettair type : Betekend BFM op 1 juli 2022.* [Online] [Citaat van: 9 Jan 2022.] https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/3.3_componenten_van_het_bfm_per_budgettair_type_juli2022.pdf.
27. *Evolutie van het budget van financiële middelen per onderdeel: betekend op 1 juli.* [Online] [Citaat van: 9 Jan 2022.] https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2.2_bfm_bmf_juillet_juli_2022.pdf.
28. *Postoperative wound dehiscence: Predictors and associations .* **Shanmugam VK, Fernandez SJ, Evans KK, McNish S, Banerjee AN, Couch KS, Mete M, Shara N.** 2, Mar-Apr 2015 , *Wound Repair Regen*, Vol. 23, pp. 184-90.

29. *Costs of postoperative sepsis: the business case for quality improvement to reduce postoperative sepsis in veterans affairs hospitals.* . Vaughan-Sarrazin MS, Bayman L, Cullen JJ. 8, Aug 2011 , Arch Surg, Vol. 146, pp. 944-51.
30. *Hospital costs of central line-associated bloodstream infections and cost-effectiveness of closed vs. open infusion containers. The case of Intensive Care Units in Italy.* Tarricone R, Torbica A, Franzetti F, Rosenthal VD. 8, Cost Eff Resour Alloc, Vol. 8.
31. *Surveillance of Bloodstream Infections in Belgian Hospitals: Report 2022.* E, Duysburgh. Brussels, Belgium : Sciensano, 2022.
32. Indicatorfiche ongeplande heropnames Algemene Ziekenhuizen. [Online]
<https://kwaliteitvanzorg.sharepoint.com/sites/Patintveiligheid/Gedeelde%20documenten/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FPatintveiligheid%2FGedeelde%20documenten%2FHeropnames%2FDelen&p=true&ga=1>.
33. *More Quality Measures versus Measuring What Matters: A Call for Balance and Parsimony.* Meyer GS, Nelson EC, Pryor DB, James B, Swensen SJ, Kaplan GS, Weissberg JI, Bisognano M, Yates GR, Hunt GC. 24 Oct 2012, BMJ Quality and Safety, Vol. 21, pp. 964-68.