

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 09/02/2023

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/568-2 (*)

Avis P4P (suite)

Au nom du Président,
Margot Cloet

p.o., chef de service Management
Office de la DG Soins de Santé

Annick Poncé
Directeur général ad interim

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 9/02/2023 et ratifié par le Bureau à cette même date.

Situation de l'avis et principes importants pour le CFEH

En vue de formuler un avis sur la demande du ministre reçue le 5 décembre 2022 (datée du 21/11/2022), le groupe de travail P4P (cf. CFEH/D/566-2 (1)), largement constitué, a été convoqué au sein du CFEH. Ce groupe de travail s'est réuni les 13, 17 et 24 janvier 2023. Lors de la réunion du 13 janvier 2023, une présentation a été donnée par le Leuven Institute for Health Care Policy (LIGB) de la note d'avis "Developing a Pay-for-Performance indicator set based on clinical indicators derived from administrative data" (2) jointe à la demande d'avis.

Le ministre a demandé un avis sur le choix des indicateurs sur lesquels baser le financement P4P, le mode de financement à prévoir et les trajets d'évolution possibles (recommandations par exemple sur l'ensemble des indicateurs, la définition de la performance, ...). Ceci dans le contexte des grands axes décrits dans le "chantier 4" du plan concernant la réforme de l'organisation et du financement hospitaliers (3), dans lequel le ministre souhaite renforcer encore le concept de « value based purchasing » dans le financement hospitalier.

Le présent avis aborde chacun des 3 éléments mentionnés. Il doit également être lu dans la lignée du récent avis du CFEH 566-2 (1), dans lequel un certain nombre de principes de base et de points d'attention liés au P4P sont décrits, ainsi qu'une proposition d'un set de thèmes fondamentaux sur lesquels - tant au sein du CFEH que du groupe de travail *ad hoc* largement constitué au sein de ce dernier - il existe un accord de principe pour une élaboration technique/méthodologique plus poussée. Nous proposons de le faire dans des groupes de développement (encore à composer), pour les thématiques sur lesquels le ministre est d'accord.

Le présent avis ne couvre pas les hôpitaux généraux spécialisés "hybrides" (lits isolés G/Sp en combinaison avec A, K, T), les services et lits psychiatriques des hôpitaux généraux (lits de type A/a, K/k et Sp-psychogériatrie) et les hôpitaux psychiatriques, car les indicateurs et critères cliniques ne sont pas adaptés à la nature des soins qui y sont dispensés et ne sont donc pas transposables dans ces contextes. Le CFEH propose de poursuivre le système actuel de financement via des contrats fédéraux pour la qualité et la sécurité des patients (programmes pluriannuels) pour les établissements et services susmentionnés. Cela ne signifie en aucun cas que ces établissements s'opposent à l'intégration dans le programme P4P, mais cela signifie qu'une réflexion distincte adaptée aux particularités de ce contexte est nécessaire pour parvenir à un ensemble d'indicateurs qui soit pertinent, utile et réalisable pour eux aussi.

Le CFEH rappelle ci-dessous quelques principes suite à la demande d'avis spécifique du ministre.

Principe 1 : un rythme réalisable et raisonnable

Le CFEH tient à exprimer sa reconnaissance pour les possibilités offertes - par un groupe de travail multidisciplinaire à caractère interfédéral, composé d'un grand nombre de personnes - de contribuer au développement du programme P4P, qui se trouve actuellement à un tournant, tant en termes de contenu que de budget. Dans le même temps, nous estimons qu'il est important **de trouver un bon équilibre** entre le progrès, d'une part, et **un rythme réalisable et raisonnable**, d'autre part. Ceci afin de fournir des recommandations de qualité, largement soutenues, qui - dans la mesure où elles concernent des changements envisagés à (très) court terme - sont également applicables dans la pratique, dans le cadre d'une collaboration durable à long terme. Le CFEH tient donc à remercier le groupe de travail *ad hoc* qui a contribué de manière fondamentale à l'avis CFEH/D/566-2 (1) et au présent avis. Nous remercions également tous les experts qui ont participé aux réunions du groupe de travail.

Des changements drastiques dans le programme P4P 2023 par rapport aux programmes précédents ne semblent **pas possibles ou souhaitables** pour le CFEH. Le timing est trop court pour cela. Le CFEH fait une proposition de calendrier plus réaliste dans cet avis.

Principe 2: une approche « evidence based » et transparente

Le CFEH souhaite **un feedback plus explicite** de la part du ministre sur son avis CFEH/D/566-2 susmentionné, y compris sur le principe d'une approche graduelle, scientifiquement étayée et en étapes, à laquelle est lié un processus d'évaluation continue. Le CFEH est convaincu qu'un trajet plus fort peut ainsi être suivi. L'avis actuel contient donc **une proposition de plan d'action** allant dans ce sens. Il est également important ici que les données utilisées soient de qualité et vérifiées et que les hôpitaux puissent se positionner de manière transparente avant que les indicateurs ne soient utilisés pour le P4P, leur donnant ainsi l'opportunité de s'améliorer.

Les preuves dans la littérature de l'impact positif des programmes P4P sur la qualité des soins, les coûts ou les résultats pour les patients sont très limitées, comme cela a notamment été mentionné par les chercheurs de la KUL-LIGB (références (4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8) dans leur note (2)). Les rapports précédents du KCE ont conclu que les programmes P4Q peuvent potentiellement être efficaces (en effet, un certain nombre d'études montrent une amélioration des indicateurs de qualité) mais que des preuves scientifiques solides et convaincantes de l'efficacité (clinique et économique) des programmes P4Q - en particulier pour les effets à long terme - ne sont pas disponibles (chapitre 8 de la synthèse du rapport 229 du KCE (9) et section 8.4 du rapport 207 du KCE (10)). Les rapports KCE susmentionnés (9 ; 10) soulignent également un certain nombre d'éléments de conception et de contexte des programmes réussis qui sont importants pour octroyer les ressources affectées au P4P aussi efficacement que possible. Et, en outre, d'éviter autant que possible les dangers présumés ou les éventuels effets secondaires indésirables de la P4P.

Principe 3 : l'objectif est prioritairement l'amélioration continue de la qualité, par une culture durable de la qualité

Le CFEH soutient la démarche visant la qualité et s'inscrit totalement dans la démarche positive et apprenante de suivi d'indicateurs qualité qualité et non pas dans une démarche pénalisante d'hôpitaux jugés moins performants. Cette approche des indicateurs de qualité est plus large que le P4P.

Comme le décrit également le rapport 229As du KCE, la recherche "naturelle" de l'excellence - qui est très présente dans le secteur des soins de santé - doit être soutenue au maximum : **une culture durable** de la qualité est le facteur clé de la réussite. Il s'agit d'un paradigme différent de celui de l'argent qui change le comportement, qui repose plutôt sur des valeurs telles que la fierté professionnelle, l'altruisme, la responsabilité et les idéaux religieux ou humanistes (9).

Plus généralement, le CFEH demande que les initiatives de soutien à la qualité, qui peuvent ou non impliquer des incitations financières, soient intégrées dans une **stratégie plus large d'amélioration de la qualité à long terme (par exemple, avec un horizon de 10 ans)**. En outre, la promotion et la garantie de la qualité des soins et de la sécurité des patients ne doivent pas être facultatives, ce qui nécessite une stratégie interfédérale - et donc une harmonisation avec les Régions.

Avis du CFEH

Les éléments suivants sont examinés successivement : 1) le volet « contenu », en vue d'un ensemble de nombre limité d'indicateurs qui doivent être investigués en priorité dans le cadre de l'adaptation de P4P, 2) partie budgétaire et de financement. Pour les deux parties, nous formulons également une proposition de plan d'action et quelques premières recommandations pour des évolutions possibles.

1) Partie contenu : choix des indicateurs de qualité pertinents prioritaires

Le ministre demande au CFEH d'émettre un avis sur les deux ensembles fondamentaux actuels de thèmes/indicateurs (2 ; 1)¹ dans le but de parvenir à un ensemble d'un nombre limité d'indicateurs adaptés au P4P. En particulier, le ministre demande que les deux propositions soient examinées au regard des éléments de définition présentés dans sa demande d'avis :

"Les éléments déterminants < dans le choix des indicateurs > sont que < les indicateurs > se rapportent à des activités à l'échelle de l'hôpital qui peuvent être influencées par des changements de comportement des médecins et des infirmières, qui sont conformes aux objectifs de santé (prioritaires) et qui conduisent à une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles. Une autre préoccupation importante est la validité des données à utiliser sur lesquelles ils sont basés." (soulignement personnel)

Le ministre demande également une image de la variabilité de la pratique qui pourrait être influencée par une approche concertée au sein de l'hôpital.

Une première analyse dans ce sens a été effectuée, à partir de l'analyse décrite dans CFEH/D566-2 (1) et de celle présentée par le LIGB, complétée **par les préoccupations initiales du groupe de travail ad hoc P4P. Les deux ensembles doivent être affinés et nuancés**, et demandent donc plus de temps. Les représentants de LIGB ont également indiqué que leur set n'est pas encore prêt pour des fins de financement. En particulier, les éléments "validité des données sources" et "efficacité accrue dans l'utilisation des ressources disponibles" nécessitent une analyse et une validation supplémentaires. Cela pourrait, par exemple, se faire dans le cadre de groupes de développement (à créer), pour les thèmes sur lesquels le ministre est d'accord ou qu'il propose.

Avant de passer au plan d'action que nous proposons, le CFEH souhaite souligner que les deux propositions présentent avant tout **de nombreuses similitudes et complémentarités**. Ainsi, les deux propositions sont tout à fait conformes au cœur de la déclaration de politique générale, tant en termes de domaine prioritaire de qualité au sein du concept IOM, d'articulation avec les domaines prioritaires sur les objectifs de santé² (soins), qu'en termes de (taille-ordre de) portée. Les domaines du 5-aim qui sont repris de manière dominante sont également similaires dans les deux propositions. Les deux ensembles comprennent des indicateurs (de résultats) cliniques, reconnaissent la mortalité comme un paramètre (de résultats) important, proposent les "CLABSI" comme indicateur et ne comprennent pas - ou seulement un nombre limité - d'indicateurs structurels. Les deux propositions font également

¹ Les thèmes mis en avant dans le document CFEH/D/566-2 sont les suivants : modèle de qualité à l'échelle de l'hôpital avec examen externe, hygiène des mains, utilisation responsable des antibiotiques, CLABSI, réadmissions non planifiées, expérience des patients (PREMS) et mortalité ; les indicateurs de qualité clinique contenus dans la note d'avis du LIGB concernent 3 indicateurs de mortalité hospitalière (ratio de mortalité standardisé de l'hôpital, taux de mortalité des patients chirurgicaux présentant des complications graves traitables ("failure-to-rescue") et taux de mortalité dans les APR-DRG caractérisés par une faible mortalité) et 4 indicateurs liés aux infections nosocomiales (CLABSI, sepsis postopératoire, ouverture de plaie postopératoire et colite à clostridium difficile).

² Plan d'action national belge "One Health" (AMR) : prévention des infections nosocomiales et lutte contre la résistance antimicrobienne ; domaines prioritaires sur les objectifs de santé (soins) (17 ; 18) : prévention, soins intégrés/coopération, promotion de la transparence, santé mentale, accessibilité des soins.

référence à l'importance du « peer review », du « peer pressure » et du partage des expériences pour encourager davantage l'apprentissage et l'amélioration continus.

Les indicateurs cliniques décrits dans l'avis du LIGB pourraient être un complément possible des thèmes mis en avant dans l'avis du CFEH.

Plus important encore, les équipes qui ont produit les avis ou notes d'initiatives veulent toutes profiter de ce Momentum pour revoir le P4P et rendre explicite **l'importance de poursuivre la collaboration, l'alignement et l'affinement des recommandations émises**. Toutes les instances concernées préconisent l'utilisation - dans la mesure du possible - d'indicateurs et de méthodologies existants et validés pour suivre et encourager l'amélioration de la qualité, en partant autant que possible des flux de données existants et des exercices³ (de réflexion) déjà réalisés. Il existe une grande volonté - chacun à partir de son propre cadre - **de partager les connaissances, les idées, l'expérience**, l'approche et la méthodologie afin de soutenir les démarches d'amélioration de la qualité et de parvenir ensemble à des solutions. Des informations et des connaissances seront (également) partagées par le groupe de travail, par exemple en ce qui concerne l'utilisation secondaire des sources de données existantes pour mesurer la qualité des soins (11 ; 2). La poursuite de l'élaboration technique tiendra le plus grand compte des préoccupations exprimées lors des réunions du groupe de travail ad hoc P4P et dans les avis et rapports d'initiative antérieurs tels que (12 ; 11 ; 2 ; 1)⁴.

Comme c'est le cas pour chaque démarche d'amélioration de la qualité, il est important que P4P soit un récit positif et incitatif. Une histoire qui encourage une culture d'apprentissage et d'amélioration, dans laquelle chacun se sent en permanence motivé pour aller de l'avant, soutenir les efforts et partager les expériences. **Après tout, l'objectif principal est et reste une réelle amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins, certainement aussi pour les domaines dans lesquels la Belgique** - au niveau international - **a un potentiel d'amélioration** (par exemple l'utilisation des antibiotiques (13), la prévalence des infections nosocomiales dans les hôpitaux (14) ou la mortalité postopératoire standardisée pondérée (15)). Le CFEH suggère que cela soit également pris en compte dans le choix final des indicateurs.

Proposition d'un plan d'action lié à l'ensemble des indicateurs et premières recommandations pour des évolutions possibles.

Des changements drastiques dans le programme P4P 2023 (avec une mise en œuvre dans le BMF du 1er juillet 2023) **par rapport aux programmes précédents ne semblent pas possibles ou souhaitables** pour le CFEH. **Dans le même temps, il convient d'éviter les discussions interminables sur les indicateurs de qualité qui détournent l'attention de l'objectif principal**, à savoir l'amélioration de la

³ Par exemple, un exercice de validation sur les infections nosocomiales (y compris CLABSI, infection de plaie post-opératoire et colite à clostridium difficile) est prévu en 2023 par VIKZ et Sciensano, pour lequel le comité de sécurité de l'information a déjà approuvé la demande de données. Pour les réadmissions non planifiées, une méthodologie a été développée par l'IMA en collaboration avec VIKZ (32 ; 12) ; plusieurs groupes de recherche ont une expertise particulière dans les méthodologies validées au niveau international et leur traduction dans le contexte belge. La duplication doit être évitée.

⁴ Pour les indicateurs basés sur le RHM, la variation des pratiques de codage est une préoccupation, la variation de la précision/complétude des données (nombre de diagnostics secondaires, enregistrement des POA, codage palliatif, identification des complications, ...).
les différences entre les populations de patients, le case mix et les facteurs de risque (âge, comorbidités, profil social, ...) ;
l'importance des informations (de liaison) sur la situation pré et post-hospitalière pour certains thèmes ou indicateurs ;
les éventuels effets secondaires indésirables ou les dangers présumés de P4P (par exemple, les jeux, la sélection des patients, la vision en tunnel, ...) ;
équilibre des indicateurs liés à l'activité chirurgicale ou médicale dans l'hôpital ;
le champ d'application groupes de patients/services ;

sécurité des patients et de la qualité des soins, et des mesures qui peuvent/doivent être prises en vue d'un programme P4P 2.0 ou d'autres approches visant à améliorer la qualité. De nombreuses connaissances, compétences et expériences sont disponibles dans le pays et à l'étranger. Il convient d'en faire le meilleur usage possible.

Le CFEH propose donc **une approche par paliers**, les années **2023 et 2024** servant **d'années de transition**.

Pour le programme P4P 2024 2.0 le plan de travail que nous proposons se présente comme suit :

- **En 2023, l'ensemble du set d'indicateurs** retenus par le ministre dans le cadre du nouveau programme intermédiaire P4P **sera communiqué aux hôpitaux généraux aigus**. En 2023, les hôpitaux recevront **leur résultat et leur position** sur les indicateurs saisis dans le nouveau programme P4P 2024⁵. Ceci à **titre d'information**, sans **aucune conséquence financière** liée au résultat (cf infra, volet budgétaire). L'année de référence la plus récente est utilisée. 2024 offre la possibilité de tester les mesures des nouveaux indicateurs et de les affiner si nécessaire.

D'une part, cette méthode de travail permet aux hôpitaux de se familiariser avec les indicateurs et de mettre déjà en place des actions d'amélioration. D'autre part, il permet d'élaborer en détail **le nouvel ensemble de P4P** en 2023-2024 et de concrétiser **les travaux sur la vision et la stratégie à long terme** (cf. CFEH/D/566-2 (1)).

- Plus important encore, un **parcours d'évaluation et d'apprentissage** sera lié à l'introduction du nouveau programme P4P. Ce parcours d'apprentissage peut donc commencer en 2023.
- Même en 2024, des éléments spécifiques peuvent être élaborés plus avant, par exemple pour les questions qui ne pourraient être mises en œuvre de manière réaliste qu'à un stade ultérieur. Un travail constructif et régulier reste l'objectif de base.
- Schématiquement, cela se présente comme suit :

	2023				2024				2025			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Programme P4P 2.0 hôpitaux généraux de soins aigus												
Décision à prendre sur le set sur la base de la suite de l'avis CFEH :												
Indicateurs des groupes de développement technique *	M1	M2	M3									
Communication au secteur de la nouvelle série de thèmes/indicateurs P4P												
Développement technique d'un outil de retour d'information / communication avec les hôpitaux individuels (résultat, position, évolution des indicateurs, etc.).												
Feedback aux hôpitaux sur leur résultat et leur position sur les indicateurs retenus (pour information)												
Groupe de développement "PDCA" : concevoir une trajectoire PDCA pour le suivi et l'évaluation (trajectoire												

⁵ Bien entendu, la sélection des indicateurs dans le cadre de P4P n'enlève rien au fait que les hôpitaux peuvent - en interne - contrôler d'autres indicateurs de qualité (également).

A terme, les hôpitaux généraux spécialisés « hybrides », les services psychiatriques et les lits psychiatrique d'hôpitaux généraux (A/a ; K/k ; Sp-6) spécialisés et les hôpitaux psychiatriques devront rentrer dans le système. Un exercice similaire sera nécessaire pour arriver à un panel d'indicateurs adapté à leur réalité, qui pourra diverger des indicateurs retenus pour les hôpitaux aigus.

2) Volet Budgétaire : mécanisme de financement et de financement à prévoir

Il est vraiment important que les modalités financières soutiennent l'objectif **principal qui est et doit rester une amélioration réelle de la sécurité des patients et de la qualité des soins.**

Avant d'aborder les éléments spécifiques de diverses natures inclus dans la demande d'avis, le CFEH souhaite souligner trois principes généraux :

- Le CFEH préconise une approche par étapes, dans laquelle il est crucial de parvenir d'abord à un bon set de contenus. Une méthode de travail logique nous semble être de définir successivement les thèmes, (cfr avis CFEH 566-2) puis - à l'intérieur de chacun des thèmes retenus - de sélectionner/valider/développer des indicateurs appropriés, valides et fiables selon une méthodologie basée sur les preuves, suivie de la définition de critères et de valeurs cibles appropriés par indicateur (qui peuvent être évolutifs et différer d'un indicateur à l'autre). Pour ces étapes, Le CFEH voit un rôle important pour les groupes de développement, qui peuvent se mettre au travail dès qu'une décision a été prise sur les thèmes à retenir/développer. **Avant que les implications financières ne soient liées à une nouvelle série d'indicateurs de qualité, il doit y avoir une transparence sur la méthodologie utilisée pour chaque indicateur et les hôpitaux devraient d'abord être informés de leurs résultats et de leur position** pour chacun des indicateurs retenus. Le secteur suggère que les implications financières suivent au plus tôt 2 ans après l'établissement et la communication des nouveaux indicateurs. Ceci afin de se familiariser avec les indicateurs et - le cas échéant - de mettre déjà en place des actions d'amélioration (voir ci-dessus).
- **Le CFEH recommande également une approche progressive de l'aspect budgétaire.** Ceci tant au niveau du macro budget P4P qu'au niveau des modalités de financement plus spécifiques (cf. infra). **Des changements radicaux du contenu et/ou du budget du programme P4P 2023 par rapport aux programmes précédents ne semblent pas possibles ou souhaitables pour CFEH.** Le temps est trop court pour ce faire.
- Le CFEH approuve l'approche du ministre selon laquelle **le P4P est un processus dynamique et évolutif.**

Dans ce qui suit, nous examinons de plus près les différents éléments liés au mode de financement prévu décrit dans la demande d'avis.

Le niveau du macro-budget P4P et le calendrier.

Il ressort clairement de la demande d'avis que le ministre envisage une augmentation progressive du financement du P4P, par exemple à 1% de la sous-partie B2 des hôpitaux généraux au 1er juillet 2023 et à 2% à partir du 1er juillet 2024. Cela représenterait une augmentation substantielle du budget macro de P4P (ordre de grandeur de 30 millions d'euros en 2023 et 60 millions d'euros en 2024) par rapport au budget actuel de P4P (6,4 millions d'euros en 2022).

Bien qu'il puisse être acceptable à long terme d'évoluer graduellement et progressivement dans le sens des ordres de grandeur proposés des montants pour P4P, le CFEH est d'avis que - certainement en 2023 et 2024 - il est préférable qu'aucun changement majeur ne puisse lieu dans le budget P4P.

Ceci non seulement en raison des éléments de contenu susmentionnés⁶, mais aussi en raison des points d'attention décrits dans la recommandation CFEH/D/566-2 de l'initiative P4P. Pour le CFEH, une augmentation substantielle du budget P4P n'est possible que (1) dans le cadre d'une réforme plus globale du financement hospitalier dans laquelle un financement de base approprié et suffisant dans le cadre d'un modèle organisé de manière durable est primordial, (2) dans les contours d'un plan d'une politique de qualité interfédérale, lisible, logique et cohérente dans laquelle les incitations financières à l'amélioration de la qualité (par exemple sous la forme de P4P) peuvent avoir leur place, (3) si elle s'inscrit dans une vision à long terme, et (4) à condition qu'il existe un processus PDCA explicite pour le suivi, l'évaluation et l'amélioration ultérieure. Il est crucial que le système fonctionne, sans aucun effet secondaire indésirable important.

L'origine du budget et la redistribution de l'enveloppe entre les hôpitaux qui obtiennent de bons résultats sur la base des indicateurs sélectionnés.

Le ministre demande l'avis du CFEH sur le principe de réduire - dans le cadre du budget fermé actuel - l'enveloppe du B2 utilisée pour le calcul de la valeur du point en fonction du nombre total de journées d'hospitalisation justifiées réalisées, à hauteur de l'équilibre entre le budget P4P actuel et le budget P4P augmenté proposé (cf. supra pour les ordres de grandeur des montants). L'enveloppe ainsi libérée serait ensuite redistribuée, ce qui se traduirait par un bonus net pour les hôpitaux performants par rapport à l'ensemble des indicateurs.

Le ratio de la source de financement proposée (B2) échappe au CFEH. L'enveloppe B2 vise à financer la mise à disposition de personnel infirmier et de soins "au chevet du patient" ainsi que de personnel de bloc opératoire, des urgences, de la stérilisation centrale et du cadre infirmier. **La réduction et la redistribution de ces coûts de fonctionnement dans le B2 met le financement BMF du personnel de soins en danger.** Ceci n'est pas acceptable pour le CFEH⁷. En outre, aujourd'hui plus que jamais, la sécurité des patients et la qualité des soins reposent sur un travail d'équipe durable, dynamique et multidisciplinaire. Dans ce contexte, le CFEH se demande si la responsabilisation (uniquement) du personnel infirmier et soignant (B2) est une piste de réflexion appropriée. En fonction, notamment, du choix final de l'indicateur, un débat s'impose sur la question de savoir si les incitations (et/ou les récompenses) à la qualité doivent valoriser explicitement la contribution de tous les groupes professionnels engagés dans cette entreprise commune. En outre, les modifications apportées au programme P4P doivent éviter de creuser davantage l'écart en matière de qualité des soins entre les

⁶ le choix des thèmes, des indicateurs et de la méthodologie correspondante reste à faire, ce qui peut en soi avoir un impact sur les budgets à prévoir si l'on vise, par exemple, un rapport de 30 % à 70 % entre la mesure et l'amélioration de la qualité par euro investi dans la qualité (33), également pour les petits hôpitaux.

⁷ La morbidité et la mortalité sont significativement influencées par le taux d'encadrement infirmier, médical et soignant. Mesurer des indicateurs de résultats qui dépendent du comportement et de l'encadrement en personnel soignant tout en diminuant les moyens financiers pour financer ce même personnel soignant est un non-sens.

hôpitaux bien notés (qui sont récompensés financièrement) et les hôpitaux moins bien notés, (voir également CFEH/D/566-2).

Idéalement et pour être réellement incitatif, le secteur soutient que des budgets supplémentaires (exogènes) sont nécessaires. **En même temps, le CFEH estime qu'il n'est pas tabou de regarder - dans le cadre du budget global des soins de santé - ce qui peut être envisagé**, même si ce n'est pas un exercice simple et que toute proposition alternative peut aussi dépendre des thèmes ou des indicateurs finalement retenus. Dans ce cas, par exemple, l'on doit pouvoir envisager qu'il puisse y avoir une co-responsabilisation au niveau des budgets des honoraires ou des médicaments.

Principe du transfert des ressources et définition de la performance

L'un des éléments essentiels d'un programme P4P est d'évoluer vers un ensemble durable d'indicateurs de qualité qui stimule une culture d'apprentissage et d'amélioration, où chacun se sent en permanence incité à aller de l'avant et à maintenir ses efforts. **Une bonne définition de la "performance" dépend dans une large mesure des thèmes, des indicateurs et des choix méthodologiques finement sélectionnés.** Le CFEH estime que les groupes de développement (qui doivent encore être créés) peuvent être chargés de formuler une proposition bien fondée et méthodologiquement solide à cet égard. Si nécessaire, complétée par une proposition de trajet de développement, car les objectifs peuvent évoluer dans le temps.

En fonction du thème ou de l'indicateur, l'incitation financière peut être axée **sur la qualité atteinte sur l'amélioration de la qualité**, sur la **fourniture d'informations spécifiques**, sur le **partage d'expériences** (meilleures pratiques mais aussi initiatives moins réussies), sur la **collaboration manifeste dans les processus d'amélioration**, sur la **comparaison mutuelle**, ... Cela doit être examiné par indicateur. Des combinaisons et/ou des systèmes gradués sont également possibles et peuvent être repris dans un système de points pour distribuer l'enveloppe disponible.

Il est important que les plus performants ne soient pas les seuls à se sentir concernés et récompensés par le P4P. Dans ce sens, le CFEH estime qu'il convient de fixer - par indicateur - des critères fins mais simples, en évitant de se contenter d'un système reposant « by default » sur la médiane – ou pire encore, le quartile supérieur – pour qualifier le concept de performance. Par exemple : (a) travailler avec un système de points qui peut évoluer dans le temps, (b) travailler avec une norme minimale par indicateur où chaque acteur qui atteint la norme est récompensé, avec ou sans gradation au-dessus de cette norme ou (c) travailler avec des objectifs vers lesquels les acteurs travaillent.

Un simple transfert de ressources aux hôpitaux sur la base d'une définition unique de la performance ne semble pas approprié au CFEH.

Pondération des indicateurs

Le CFEH estime **que les pondérations (devraient) pouvoir varier d'un indicateur à l'autre et également (devraient) pouvoir évoluer dans le temps.** Ceci afin de stimuler des incitations ciblées et permanentes, en tenant compte des objectifs prioritaires proposés en matière de santé (soins), du potentiel d'amélioration et des évaluations intermédiaires. Le CFEH est prêt à formuler des recommandations à ce sujet, une fois que les thèmes et les indicateurs auront été déterminés.

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, Vandenbroucke.** *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, Wadhera 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-een-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.