

SYNTHESE

PAY-FOR-PERFORMANCE: EEN HEFBOOM VOOR KWALITEITSVERBETERING IN ZIEKENHUIZEN?



NICOLAS BOUCKAERT, JONATHAN STOKES, SØREN RUD KRISTENSEN, MARIJKE EYSSEN,
SOPHIE GERKENS, MEGGIE STAAL HØJGÅRD HANSEN, MÉLANIE LEFÈVRE, CARINE VAN DE
VOORDE



■ VOORWOORD

Al enkele decennia geleden groeide wereldwijd het besef dat gezondheidszorg niet altijd en voor iedereen tot de best mogelijke resultaten leidt. Patiënten krijgen soms niet de juiste zorg, of overbodige zorg, of onvoldoende zorg, wat leidt tot ongewenste variatie en gemiste kansen. Er werd terecht gesteld dat patiënten van een performant gezondheidszorgsysteem mogen verwachten dat zij overal en altijd de best mogelijke zorgkwaliteit krijgen, wat op zijn beurt dan gedefinieerd wordt als zorg die gebaseerd is op de best mogelijke evidence.

Zeker in een tijd waarin zowel de zorgnood als het aantal technologische ontwikkelingen sterk stijgen, met het bijhorende prijskaartje, is het belangrijker dan ooit dat we inzetten op die zorg die van goede kwaliteit is, en dus resulteert in maximale gezondheid en kwaliteit van leven voor de patiënt. Niet alleen de middelen maar ook de mensen zijn schaars, dus moeten we zowel onze zorgcapaciteit als ons gezondheidszorgbudget gericht inzetten.

Als reactie hierop ontstonden in vele landen, ook in België, pay-for-performance financieringsmechanismen, die goede zorgkwaliteit financieel belonen. Het idee is intuïtief logisch en zeer aantrekkelijk: als we de juiste financiële stimuli introduceren, zal de zorgkwaliteit vanzelf in de juiste richting evolueren. Het past ook in een bredere maatschappelijke trend waarin veel meer wordt ingezet op het meten van uitkomsten in functie van de geïnvesteerde middelen, denk maar aan het meten van onderwijskwaliteit. Het hoeft dan ook geen betoog dat dergelijke pay-for-performance financieringsmechanismen een hoge vlucht kenden in veel gezondheidszorgsystemen.

Het is passend om dan ook de effecten van dergelijke pay-for-performance financieringsmechanismen na te gaan. Hoeveel levert dit nu allemaal op? Worden onze verwachtingen ingelost? Werkt het en zo ja, onder welke voorwaarden? Dit rapport biedt een houvast om te beoordelen in welke mate pay-for-performance een rol kan hebben binnen een hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

Christophe JANSSENS
Adjunct Algemeen Directeur

Ann VAN DEN BRUEL
Algemeen Directeur



■ INHOUDSTAFEL

■	SYNTHESE	4
1	INLEIDING	4
1.1	DE UITDAGING VAN KWALITEITSVERBETERING IN ZIEKENHUIZEN	4
1.2	WAT IS PAY-FOR-PERFORMANCE (P4P)?.....	4
1.3	P4P ALS AANTREKKELIJK IDEE MET ONDUIDELIJK EFFECT	5
1.4	DOEL VAN DE STUDIE	5
1.5	ONDERZOEKSVRAGEN	6
1.6	HOE GINGEN WE TE WERK?.....	6
2	KAN P4P DE KWALITEIT VAN DE ZIEKENHUISZORG VERBETEREN?	7
2.1	GEEN ALGEMEEN TOEPASBARE STRATEGIE VOOR KWALITEITSVERBETERING. 7	
2.1.1	Geen eenduidige verbetering van patiëntuitkomsten.....	7
2.1.2	Positieve neveneffecten, maar ook risico's	7
2.1.3	Kosteneffectiviteit en billijkheid onvoldoende bestudeerd	7
2.2	P4P KAN POSITIEVE EFFECTEN TEWEEGBRENGEN, ONDER STRIKTE VOORWAARDEN	8
2.2.1	Betrekken van stakeholders	8
2.2.2	Ontwikkelen van goed onderbouwde indicatoren	8
2.2.3	Doeltreffende financiële prikkels	9
2.2.4	Haalbare doelstellingen die binnen de controle van zorgverleners en ziekenhuis liggen	10
2.2.5	Doelstellingen gericht op domeinen met nog ruimte voor verbetering.....	10
2.2.6	Binnen een breder beleid voor kwaliteitsverbetering	10
2.3	CONCLUSIE: P4P SELECTIEF INZETTEN MET DE NODIGE VOORZICHTIGHEID ...	11
3	PAY-FOR-PERFORMANCE IN BELGIË: HUIDIGE SITUATIE EN BEPERKINGEN	12
3.1	FINANCIERING VIA P4P EERDER BEPERKT	12
3.2	GESLOTEN BUDGET EN VERSCHUIVING NAAR STRUCTUURINDICATOREN	12
3.3	VAN BREDERE BETROKKENHEID NAAR MEER CENTRALE AANSTURING.....	13
3.4	INDIVIDUELE FEEDBACK ZONDER PUBLIEKE RAPPORTERING	13
3.5	ZWAK VERBAND TUSSEN KWALITEITSVERBETERINGEN EN P4P-FINANCIERING	13
3.6	CONCLUSIE: HUIDIG PROGRAMMA VOLDOET NIET AAN DE VOORWAARDEN	13
4	TOEKOMSTIGE ROL VAN P4P IN BELGIË	14
4.1	BEGIN MET DE PRIORITEITEN, NIET MET P4P	14
4.2	VOLG DE VOORWAARDEN VOOR EEN EFFECTIEF P4P-ONTWERP.....	14
4.3	PLAN P4P OP LANGERE TERMIJN EN BEREID OOK DE UITSTAP VOOR.....	14



4.4	VOORZIE VOLDOENDE MIDDELEN.....	15
4.5	LOKALE FLEXIBILITEIT IS EEN OPTIE, MAAR MET DUIDELIJKE GRENZEN	15
4.6	<i>EVIDENCE-BASED</i> KWALITEITSNORMEN EN ROBUUSTE, RECENTERE GEGEVENS	16
5	ALGEMENE CONCLUSIE.....	17
■	AANBEVELINGEN.....	18



■ SYNTHESE

1 INLEIDING

1.1 De uitdaging van kwaliteitsverbetering in ziekenhuizen

De **kwaliteit van de acute ziekenhuiszorg** is de voorbije jaren **duidelijk verbeterd**, zowel in België als internationaal. Zo zijn de overlevingskansen bij kanker en hart- en vaatziekten sterk gestegen. Het meest recente [Performantierapport](#) (2024) toont bijvoorbeeld aan dat België erg goed presteert op het vlak van de 5-jaars overleving voor colorectale en borstkanker en de behandelbare sterfte in het algemeen.

Toch verloopt de **voortgang op andere domeinen trager**, ook in binnen- en buitenland. Dit geldt onder meer voor zorggerelateerde infecties, antimicrobiële resistentie en vermijdbare ziekenhuisopnames. Bovendien bestaan er in België nog aanzienlijke en ongewenste verschillen tussen ziekenhuizen, o.a. op gebied van mortaliteit na risicocorrectie, heropnames, langdurige ziekenhuisopnames en patiëntveiligheid. Dergelijke variatie wordt ook gezien in de toepassing van *evidence-based* procedures. Deze verschillen wijzen erop dat patiënten, afhankelijk van het ziekenhuis waar zij terechtkomen, niet altijd dezelfde kwaliteit van zorg ervaren.

Deze kwaliteitsproblemen hebben grote gevolgen: ze zorgen voor vermijdbare veiligheidsincidenten of ziektelast bij patiënten, leiden tot hoge zorgkosten door inefficiënt gebruik van de schaarse middelen, en tot maatschappelijke kosten door invaliditeit, functionele beperkingen en verloren productiviteit. Een lagere zorgkwaliteit treft bovendien kwetsbare groepen harder, wat de ongelijkheid vergroot. Daarom blijft de verbetering van de zorgkwaliteit in de acute ziekenhuizen een belangrijke prioriteit.

Er bestaan al **veel initiatieven voor kwaliteitsverbetering**, zoals standaarden en erkenningsnormen voor ziekenhuizen, opleiding van zorgverleners, infectiepreventie, externe evaluaties zoals accreditatie, en publieke rapportering en benchmarking tussen ziekenhuizen. Daarnaast zijn er financiering op basis van kwaliteit, inspecties en controles, audits en feedback, systemen om veiligheidsincidenten te melden, klinische richtlijnen en beslis hulpmiddelen, zorgtrajecten, peer review en andere initiatieven waarbij zorgverleners samen leren en verbeteren.

Gezien dit brede aanbod is het **voor beleidsmakers een uitdaging** om een **samenhangende combinatie van maatregelen** te kiezen. De effectiviteit ervan hangt immers sterk af van de context, de manier waarop kwaliteitsprogramma's worden opgezet en doorgevoerd, en de mate waarin ze op zichzelf staan of deel uitmaken van een coherent en geïntegreerd kwaliteitskader. Tegelijk moeten beleidsmakers een evenwicht vinden: de intrinsieke motivatie van zorgverleners stimuleren, maar ook zorgen voor voldoende verantwoording en transparantie. Dat alles zonder onnodige administratieve last te creëren en met ruimte voor innovatie.

1.2 Wat is Pay-for-Performance (P4P)?

Ons rapport richt zich op één specifieke strategie om **de zorgkwaliteit in acute ziekenhuizen te verbeteren**: *Pay-for-Performance* (P4P), ook wel *Pay-for-Quality* (P4Q) genoemd.

P4P houdt in dat zorgverleners of, in dit rapport, de acute ziekenhuizen, financieel beloond of bestraft worden op basis van hun prestaties. Concreet krijgen ze financiële prikkels om bepaalde kwaliteitsdoelen te behalen of de kwaliteit of efficiëntie van hun zorg te verbeteren. In dit rapport gebruiken we overal de term P4P, zoals in het Belgische programma, ook al ligt de focus uitsluitend op kwaliteit (zie Tekstkader 1).

Een P4P-programma steunt op **twee basisprincipes**:

1. De **kwaliteit van de zorg wordt gemeten**, meestal met behulp van structuur-, proces- en/of uitkomstindicatoren.
2. Wanneer de doelstellingen (niet) worden behaald of kwaliteitsverbeteringen (niet) worden gerealiseerd, worden de zorgverleners hiervoor **financieel beloond** (of bestraft).

Het idee achter P4P is om zorgverleners en ziekenhuizen te motiveren om betere zorg te leveren door kwaliteit expliciet te vergoeden of slechte zorgkwaliteit financieel te bestraffen. Door deze **financiële prikkels** verschilt P4P van andere instrumenten, zoals richtlijnen, audits of publieke rapportering, die vooral inzetten op *evidence-based* informatie, vergelijking met collega's of reputatie-effecten.

P4P kadert in een bredere evolutie richting 'waardegedreven' zorg, waarbij voor financiering van zorg niet alleen het aantal interventies van belang is, maar ook de zorgkwaliteit. Sinds de jaren 2000 voerden vele landen P4P- programma's in, zowel voor de eerste lijn als voor ziekenhuizen.

Tekstkader 1 – Definitie van zorgkwaliteit

In deze studie gebruiken we de **definitie van zorgkwaliteit** volgens het meest recente Belgische [Performantierapport](#) (2024). Die definieert kwaliteit van zorg als “**de mate waarin gezondheidsdiensten voor individuen en populaties de kans op gewenste gezondheidsresultaten verhogen en consistent zijn met de huidige professionele kennis**”.

Kwaliteit van zorg omvat verschillende aspecten. In dit rapport sluiten we aan bij de indeling van het Performantierapport, met vijf sub-dimensies: doeltreffendheid, veiligheid, gepastheid van zorg, continuïteit van zorg en persoonsgerichte zorg.

Er bestaan ook bredere definities, die bijvoorbeeld efficiëntie, toegankelijkheid of billijkheid meenemen. Die bredere invulling kan echter het onderscheid doen vervagen tussen kwaliteit van zorg en het ruimere begrip performantie van het gezondheidssysteem.

1.3 P4P als aantrekkelijk idee met onduidelijk effect

Ondanks het aanvankelijke enthousiasme was het **bewijs voor de effectiviteit** van P4P in de ziekenhuiszorg tot voor kort echter niet overtuigend, met heel uiteenlopende resultaten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er voor P4P **geen uniforme aanpak** bestaat. Het gaat eerder om een heterogeen, complex geheel van maatregelen of ontwerpkeuzes met verschillende doelstellingen en kenmerken. Die keuzes bepalen in grote mate of een programma werkt, maar er is nog onvoldoende duidelijk bewijs over welke aanpak het meest effectief is.

Internationale experts pleiten daarom voor een kritische **herziening van P4P** en voor een verschuiving naar andere financieringsmodellen die meer focussen op het genereren van 'waarde'.

1.4 Doel van de studie

Sinds **2018 bestaat er in ons land een P4P-programma voor acute ziekenhuizen**, en de belangrijke budgetverhoging in 2024 (van 7,2 naar 40 miljoen euro) wakkerde het debat hierover opnieuw aan bij beleidsmakers en stakeholders.

Aanvankelijk werd aan het KCE gevraagd om aanbevelingen te formuleren voor de herziening van het Belgische P4P-programma, met o.a. de ontwikkeling van een nieuwe reeks kwaliteitsindicatoren en aanpassingen aan de manier waarop financiële prikkels worden opgezet en het budget wordt verdeeld.

Omdat er weinig overtuigend bewijs leek te zijn dat P4P de kwaliteit van ziekenhuiszorg effectief verbetert, kozen we eerst voor een **grondige en up-to-date evaluatie van de bestaande wetenschappelijke kennis**. In deze studie onderzoeken we de beoogde effecten en de mogelijke neveneffecten, en gaan we na welke ontwerpkeuzes en contextfactoren bepalen of P4P al dan niet



effectief is. Dit is essentieel om lessen te trekken en aanbevelingen te formuleren die kunnen bijdragen aan *evidence-based* verbeteringen van het Belgische P4P-programma.

1.5 Onderzoeksvragen

We hebben getracht een antwoord te geven op de volgende onderzoeksvragen:

1. Is P4P een effectieve en geschikte strategie om de kwaliteit van ziekenhuiszorg te verbeteren? Moet deze strategie in België worden toegepast?
2. Zo ja, onder welke voorwaarden en met welke ontwerpkenmerken zou P4P moeten worden geïmplementeerd?

1.6 Hoe gingen we te werk?

Het huidige rapport bouwt voort op een eerder [KCE-rapport uit 2009](#), waarin de **voor- en nadelen en de haalbaarheid van Pay-for-Quality in België** werden onderzocht. Dat rapport had een bredere scope, omvatte ook de eerstelijnszorg en werd opgesteld in een periode waarin België nog geen P4P-programma had.

We hanteerden een gemengde methodologische aanpak. Eerst brachten we het **Belgische P4P-programma** en de evolutie ervan in kaart op basis van de wetenschappelijke en grijze literatuur.

Vervolgens voerden we, in samenwerking met een team uit Denemarken, een systematisch literatuuronderzoek uit naar **de impact van P4P-programma's op de zorgkwaliteit** in acute ziekenhuizen, en naar inzichten over het ontwerp en de implementatie van dergelijke programma's. De literatuurstudie omvatte 90 studies over 31 P4P-programma's, gepubliceerd tussen 2008 en 2025.

We onderzochten ook welke lessen kunnen worden getrokken uit internationale ervaringen met P4P. Na een verkennend onderzoek en consultatie van experts brachten we een 40-tal actieve en beëindigde P4P-programma's voor ziekenhuizen in hoge-inkomenslanden in kaart. Daaruit selecteerden we **vijf programma's voor een meer diepgaande, vergelijkende analyse**:

- het Hospital Value-Based Purchasing (HVBP) programma van Medicare in de VS
- Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) in Engeland
- Best Practice Tariffs (BPT's) in Engeland
- Clinical Practice Improvement Payment (CPIP) en Quality Improvement Payments (QIP's) in Queensland (Australië)
- Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) in Frankrijk.

Vervolgens bespraken we de bevindingen uit de literatuurstudie en de internationale vergelijking met **Belgische experts en stakeholders**. Daarbij lag de nadruk op **de haalbaarheid en wenselijkheid van een P4P-programma in België**.

Tot slot werd het rapport wetenschappelijk **gevalideerd** door drie onafhankelijke experts.

Meer informatie over de methoden en gedetailleerde resultaten vindt u in de respectieve hoofdstukken in het [wetenschappelijk rapport](#).



2 KAN P4P DE KWALITEIT VAN DE ZIEKENHUISZORG VERBETEREN?

2.1 Geen algemeen toepasbare strategie voor kwaliteitsverbetering

2.1.1 Geen eenduidige verbetering van patiëntuitkomsten

Voor ons onderzoek analyseerden we de meest recente wetenschappelijke literatuur. Net als in eerdere studies is er echter ook hier **niet overtuigend aangetoond dat P4P de zorgkwaliteit in acute ziekenhuizen consistent kan verbeteren**. Sommige programma's tonen positieve effecten, maar die resultaten zijn vaak gebaseerd op één enkele studie en kunnen beïnvloed zijn door publicatiebias^a. P4P-programma's waarvoor meer bewijs beschikbaar is, laten eerder wisselende resultaten zien, met verbeteringen die meestal tijdelijk zijn of niet overeind blijven in robuustere analyses. P4P-programma's vertonen dus uiteenlopende, onduidelijke of beperkte effecten.

De buitenlandse programma's die we in detail onderzochten, bevestigen dit beeld. Voor HVBP (VS), IFAQ (Frankrijk) en CQUIN (Engeland) zien we weinig of geen impact op de patiëntuitkomsten. Een opvallende uitzondering is het Engelse *Best Practice Tariffs* (BPT)-programma, dat wél aantoonbaar de zorgkwaliteit voor heupfracturen verbeterde. Het QIP-programma in Queensland (Australië) vertoont deels positieve effecten, vooral bij beroertezorg.

Dit gebrek aan consistente resultaten komt niet alleen doordat P4P-programma's onvoldoende verfijnd zijn. Zelfs programma's die doorheen de tijd werden aangepast of die gebaseerd zijn op eerdere ervaringen, behalen geen duidelijk sterkere of duurzamere effecten. Dit wijst op een dieperliggend probleem: het is blijkbaar moeilijk om de financiële prikkels zodanig af te stemmen dat de zorgkwaliteit echt verbetert.

2.1.2 Positieve neveneffecten, maar ook risico's

P4P-programma's kunnen ook zorgen voor een aantal **neveneffecten**. Soms zijn ze **positief**, doordat vooruitgang in gestimuleerde zorgprocessen ook kan doorwerken naar andere, niet-gestimuleerde zorgprocessen, bijvoorbeeld via kennisuitwisseling of aanpassingen in zorgtrajecten.

Ze kunnen echter ook negatief zijn, wanneer **inspanningen te eenzijdig focussen** op zorg die gemeten en beloond wordt, ten koste van andere, daarom niet minder belangrijke zorg. Zo kunnen kwaliteitswinsten in de beloonde domeinen samengaan met verliezen elders. Anderzijds kunnen ziekenhuizen hun registratie of rapportering aanpassen, om betere scores voor de indicatoren, en de bijbehorende financiële beloning, te behalen, zonder dat ze de zorgkwaliteit effectief verbeteren (**gaming**). Dit kan opportunistisch gebeuren, bv. wanneer ze onvoldoende worden gecontroleerd, maar het kan ook een logische reactie zijn, wanneer echte verbetering moeilijk haalbaar lijkt.

2.1.3 Kosteneffectiviteit en billijkheid onvoldoende bestudeerd

Hoewel we niet specifiek zochten naar studies over kosteneffectiviteit, gingen we wel na of de studies in onze review hierover resultaten rapporteerden. Daaruit blijkt dat er **weinig bewijs** beschikbaar is over **de kosteneffectiviteit van P4P**. Het is dus onduidelijk of het systeem echt 'waar voor zijn geld' biedt. Ook de impact op **billijkheid** is niet eenduidig: zo had CQUIN zowel positieve als negatieve effecten, terwijl HVBP wordt bekritiseerd omdat het ziekenhuizen met een meer kwetsbare patiëntenpopulatie onevenredig zwaar bestraft.

^a Publicatiebias betekent dat studies met positieve of significante resultaten vaker gepubliceerd worden dan studies met geen of negatieve resultaten.



2.2 P4P kan positieve effecten teweegbrengen, onder strikte voorwaarden

Alles samen wijst dit rapport erop dat P4P **geen algemeen toepasbare strategie is om de kwaliteit van de ziekenhuiszorg te verbeteren**. In vergelijking met het eerdere [KCE-rapport \(2009\)](#) over *Pay-for-Quality*, dat deels was gebaseerd op positiever bewijs uit de eerstelijnszorg, leidt ons onderzoek, dat specifiek focust op ziekenhuiszorg, tot een voorzichtigere interpretatie van de effectiviteit van P4P.

Tegelijk toont het rapport dat P4P-programma's **heel uiteenlopend** zijn, en dat er bij het ontwerpen van deze programma een complex geheel aan keuzes moet worden gemaakt. Zowel het ontwerp als de context waarin het programma wordt toegepast, worden in de literatuur al langer als cruciaal beschouwd voor de mate waarin P4P de zorgkwaliteit kan verbeteren.

In ons rapport hebben we deze elementen **samengebracht** om beter te begrijpen hoe bepaalde ontwerp- en contextfactoren kunnen leiden tot betere resultaten, maar ook waarom het effect in andere omstandigheden beperkt blijft, van korte duur is of gepaard gaat met onbedoelde effecten.

Onze resultaten tonen dat P4P in ziekenhuizen **slechts onder bepaalde voorwaarden** daadwerkelijk kans heeft om impact te hebben. Enkel wanneer aan deze voorwaarden wordt voldaan, kan P4P bijdragen tot echte en duurzame veranderingen binnen ziekenhuizen.

2.2.1 Betrekken van stakeholders

Het **betrekken van stakeholders, en in het bijzonder actieve zorgverleners**, bij het ontwerpen en implementeren van een P4P-programma is **essentieel**. Zonder die betrokkenheid worden kwaliteitsinitiatieven al snel ervaren als iets dat van buitenaf wordt opgelegd en losstaat van de dagelijkse praktijk, zoals bv. bleek bij top-downprogramma's als IFAQ. Een actieve betrokkenheid versterkt het eigenaarschap, respecteert de professionele autonomie en helpt om intrinsieke en extrinsieke motivatie beter op elkaar af te stemmen.

Internationale voorbeelden illustreren dit duidelijk. In Queensland werd de sterke betrokkenheid van stakeholders gezien als een essentiële succesfactor, onder meer in de beroertezorg. Omgekeerd werd bij CQUIN de beperkte klinische betrokkenheid beschouwd als een zwak punt van het programma.

De **manier waarop** deze betrokkenheid wordt georganiseerd varieert, maar ze is vaak multidisciplinair. Ze kan vorm krijgen via klinische netwerken (zoals in Queensland^b) of via de gezamenlijke ontwikkeling van indicatoren en programma's op basis van consensus (zoals bij HVBP). Soms loopt die betrokkenheid doorheen de hele levenscyclus van een programma, van ontwerp tot herziening en uitfasering, zoals bij het Engelse BPT.

Tegelijk zijn er duidelijke **knelpunten**. Zo bemoeilijken tijdsgebrek voor overleg, het ontbreken van duidelijke structuren om klinici te betrekken, en complexe of weinig transparante indicatoren en prikkels een brede en duurzame betrokkenheid.

2.2.2 Ontwikkelen van goed onderbouwde indicatoren

Goed onderbouwde indicatoren zijn eveneens essentieel. Ze verhogen de geloofwaardigheid en aanvaardbaarheid van een P4P-programma, zeker wanneer ze steunen op bestaande klinische richtlijnen of wetenschappelijke literatuur. Programma's zoals BPT en CQUIN steunen op bestaande klinische richtlijnen, zoals ontwikkeld door NICE. Ook in Frankrijk speelt de wetenschappelijke literatuur een belangrijke rol bij de ontwikkeling van indicatoren.

^b In Queensland is een klinisch netwerk opgebouwd rond een specifiek zorgdomein waarin klinici, andere zorgprofessionals, patiënten en andere belangrijke stakeholders samenwerken. Het ondersteunt zorgverleners en beleidsmakers met expertadvies, opleiding en verbeteringen in de kwaliteit en veiligheid van zorg.

De kwaliteitsindicatoren worden over het algemeen gegroepeerd in maatstaven voor **structuur, proces, uitkomst en patiëntervaring**, maar de verhouding verschilt: procesindicatoren domineren de meeste Europese systemen, terwijl uitkomstindicatoren het meest ontwikkeld zijn in het Amerikaanse Medicare HVBP-programma. Structuurindicatoren zijn relatief beperkt en worden voornamelijk gebruikt om te voldoen aan organisatorische capaciteits- of accreditatie-eisen. Patiëntervaring wordt gemeten op basis van enquêtes, maar is in de meeste systemen nog steeds ondergeschikt aan procesmaatstaven.

Onze resultaten tonen dat P4P meer kans heeft op succes wanneer indicatoren gericht zijn op zorgprocessen die zorgverleners daadwerkelijk kunnen beïnvloeden en die een duidelijk aantoonbare link hebben met patiëntuitkomsten.

Daarnaast is ook de **beschikbaarheid van recente data** essentieel. Actuele en tijdige gegevens zijn noodzakelijk om indicatoren betrouwbaar te monitoren en om het effect van P4P-programma's op een correcte manier te evalueren en bij te sturen.

2.2.3 Doeltreffende financiële prikkels

Doeltreffende financiële prikkels delen een aantal kenmerken: ze zijn **groot genoeg, gericht en voorspelbaar**, en het belonings- en sanctiesysteem is **transparant**.

Wanneer financiële prikkels **duidelijk en stabiel** zijn, wordt het voor ziekenhuizen makkelijker om intern te beslissen om te investeren in kwaliteitsverbetering. Tegelijk gaan ziekenhuizen door het expliciet maken van financiële prikkels, ook een afweging maken: wegen de mogelijke opbrengsten op tegen de kosten, of tegen inkomstenverlies door bijvoorbeeld minder zorgactiviteiten? Als de **prikkels te klein** zijn, zullen ziekenhuizen minder geneigd zijn om te investeren. Vooral ziekenhuizen die al minder goed presteren of financiële druk ervaren, lopen dan het risico om af te haken, wat een vicieuze cirkel van onderpresteren kan teweegbrengen.

In het CQUIN-programma vonden ziekenhuizen dat de administratieve last niet in verhouding stond tot de beperkte financiële opbrengst, wat mee leidde tot de pauzering ervan. Ook in programma's zoals IFAQ en HVBP werden de prikkels als te klein ervaren om echte verandering of investeringen op gang te brengen. Er zijn ook **positieve voorbeelden**. Het BPT-programma voor heupfracturen bood ziekenhuizen een meer stabiele en voorspelbare inkomstenstroom. Daardoor konden zij wel op langere termijn investeren, bijvoorbeeld in gespecialiseerd personeel.

Uit onze analyse blijkt ook dat vooral **prikkels met absolute drempels** een grotere kans bieden op positieve resultaten. Het houdt in dat een ziekenhuis een vergoeding krijgt wanneer het een bepaalde norm of doelstelling bereikt, en een lagere of geen vergoeding als dat niet het geval is. De beoordeling gebeurt dus op basis van vaste criteria, niet in verhouding tot de resultaten van andere ziekenhuizen. Om een alles-of-niets financiering te vermijden, wordt vaak gewerkt met meerdere drempels, een onder- en bovendrempel, waarbij de vergoeding tussen deze drempels geleidelijk toeneemt naarmate de prestaties verbeteren.

We konden niet aantonen of het beter is om ziekenhuizen te belonen voor het bereiken van een bepaald niveau, voor vooruitgang ten opzichte van hun eigen uitgangspositie, **of voor een combinatie van beide**. In het buitenland combineren sommige programma's beide, zoals HVBP en IFAQ, terwijl CQUIN zijn focus verlegde van verbetering naar het behalen van bepaalde niveaus.

Er is ook geen duidelijk bewijs dat **bonussen** beter werken dan **boetes**. Belgische experts geven vaker de voorkeur aan bonussen, gefinancierd met extra middelen. Theoretisch kunnen boetes echter soms beter werken, omdat ziekenhuizen financieel verlies willen vermijden, en ze nuttig kunnen zijn bij aanhoudend slechte prestaties. Bij P4P-programma's waarin boetes worden toegepast, is deelname vaak verplicht.



2.2.4 *Haalbare doelstellingen die binnen de controle van zorgverleners en ziekenhuis liggen*

Een **cruciale voorwaarde** is ook dat de **doelstellingen haalbaar zijn en binnen de controle van zorgverleners en ziekenhuizen liggen**. Verandering moet dus **echt mogelijk zijn door de acties van zorgverleners**. Financiële prikkels zullen weinig effect hebben als er onvoldoende tijd, middelen of personeel beschikbaar zijn, of wanneer de nodige flexibiliteit ontbreekt in de organisatie.

Daarnaast spelen **externe beperkingen** mee. Soms hebben ziekenhuizen of zorgverleners maar een beperkte impact op bepaalde doelstellingen, bijvoorbeeld omdat die sterk beïnvloed worden door de gezondheidstoestand van patiënten, demografie of sociaaleconomische omstandigheden. Dat kan niet alleen de haalbaarheid van doelstellingen onder druk zetten, maar ook *gaming* uitlokken.

Een manier om dat aan te pakken is een grotere focus op het belonen van concrete, uitvoerbare **processen in plaats van op uitkomsten**, zelfs wanneer die voor risico's gecorrigeerd zijn. Om die reden werd bij de hervorming van CQUIN in 2019 bewust gekozen voor procesindicatoren.

De gegevens uit de IFAQ- en HVBP-programma's tonen bovendien dat goed presterende ziekenhuizen vaak hun voorsprong behouden, terwijl **minder presterende instellingen kunnen afhaken** wanneer de kloof te groot wordt. Sommige programma's proberen dat op te vangen door doelstellingen af te stemmen op de uitgangspositie van ziekenhuizen. Zo werkte het QIP voor beroertezorg in Queensland met verschillende doelstellingen: ziekenhuizen met nieuwe beroerte-afdelingen kregen meer tijd om te verbeteren, terwijl meer ervaren teams ambitieuzere streefwaarden en snellere trajecten kregen.

2.2.5 *Doelstellingen gericht op domeinen met nog ruimte voor verbetering*

Een ander **belangrijk element** is dat er effectief **nog ruimte voor verbetering moet zijn**. Prikkels werken het best wanneer ze zich richten op domeinen waar het niveau van de performantie nog relatief laag ligt en er nog vooruitgang mogelijk is. In Queensland werd het succes van het QIP voor beroertezorg bijvoorbeeld toegeschreven aan precies die combinatie: de toen nog beperkte toegang tot gespecialiseerde beroerte-afdelingen én sterk bewijs dat zulke afdelingen een duidelijke meerwaarde bieden. Daardoor konden de resultaten duurzaam verbeteren.

Wanneer het kwaliteitsniveau daarentegen al hoog ligt, botsen prikkels al snel op een plafond. Verdere verbetering wordt dan moeilijk, waardoor de impact op zorgprocessen en patiëntuitkomsten beperkt of zelfs verwaarloosbaar is.

Dit onderstreept ook het belang van het **regelmatig bijsturen van doelstellingen**. Indicatoren moeten tijdig en op een gecontroleerde manier worden aangepast of geschrapt, omdat prikkels hun effect verliezen zodra bepaalde praktijken routine worden.

In het HVBP-programma worden indicatoren bijvoorbeeld verwijderd zodra het kwaliteitsniveau in de meeste ziekenhuizen hoog is. In Engeland gebeurt iets gelijkaardigs: CQUIN-indicatoren met aanhoudend goede scores verdwijnen of worden opgenomen in verplichte contractnormen.

2.2.6 *Binnen een breder beleid voor kwaliteitsverbetering*

Een **laatste element** is de aanwezigheid van een **ondersteunend beleid**. Financiële prikkels werken het best als onderdeel van een bredere aanpak, met o.a. audit- en feedbacksystemen, klinische netwerken, benchmarking en publieke rapportering.

Benchmarking (zoals bij CQUIN) en publieke rapportering (zoals bij HVBP en IFAQ) kunnen het effect van financiële prikkels versterken. Ze creëren namelijk ook een reputatieprikkels, die ziekenhuizen extra kan motiveren om beter te presteren.

Om de administratieve last te beperken, wordt er best maximaal gebruik gemaakt van bestaande gegevens, volgens het principe: "eenmaal registreren, meerdere keren gebruiken". De gegevens die voor P4P worden verzameld, kunnen zo breder worden ingezet.

Tot slot is een duidelijk beleidskader essentieel, met **nationale prioriteiten voor kwaliteitsverbetering**. Dergelijk kader helpt bij het kiezen van de juiste combinatie van initiatieven voor kwaliteitsverbetering en zorgt ervoor dat verschillende initiatieven elkaar versterken. Deze middellange-termijnaanpak is er ook bij de Engelse *National Health Service* (NHS) en programma's zoals BPT en CQUIN.

2.3 Conclusie: P4P selectief inzetten met de nodige voorzichtigheid

Een belangrijke vaststelling is dat maar weinig bestaande programma's aan al deze voorwaarden tegelijk voldoen. Ook niet alle zorgdomeinen lenen zich hiertoe. Beroertezorg vormt hierop een mogelijke uitzondering: het combineert duidelijke, effectieve *evidence-based* praktijken met betere uitkomsten én voldoende ruimte voor verbetering.

Veel uitkomsten die beleidsmakers willen verbeteren – zoals patiëntbeleving, chronische zorg of gezondheidsgelijkheid – **lenen zich minder goed voor deze aanpak**. Vaak ontbreekt een duidelijk, *evidence-based*, uitvoerbaar proces, of zijn de resultaten het gevolg van complexe interacties binnen het zorgsysteem en bredere maatschappelijke factoren, eerder dan van acties binnen één ziekenhuis.

Het gebruik van P4P als op zichzelf staand instrument voor zulke doelstellingen brengt dan ook de hierboven vermelde risico's van negatieve neveneffecten, zoals een selectieve focus op meetbare indicatoren en *gaming*, met zich mee. Zelfs zorgvuldig opgezette programma's bieden geen garantie op succes. Zo werd de hervorming van CQUIN in 2019 opgebouwd rond eenvoudige, *evidence-based* en breed gedragen interventies, afgestemd op nationale prioriteiten en andere kwaliteitsinitiatieven. Toch werd het programma in 2024 opgeschort, zonder duidelijk bewijs van blijvende verbeteringen in patiëntuitkomsten.

Daarom is het belangrijk dat beleidsmakers P4P **niet zien als een algemeen toepasbare oplossing voor kwaliteitsverbetering, maar als een instrument dat alleen onder specifieke voorwaarden werkt**. Minstens even belangrijk als het ontwerp van het programma **is de vraag of het systeem er klaar voor is**: is er voldoende organisatorische capaciteit, administratieve ondersteuning, aanvullend beleid en betrokkenheid van zorgprofessionals?

Wanneer die voorwaarden ontbreken, kunnen **andere of aanvullende strategieën van kwaliteitsverbetering meer aangewezen zijn**, met minder risico op ongewenste effecten en een efficiënter gebruik van schaarse middelen.

Dit beeld wordt ook bevestigd door gesprekken met **Belgische experts en stakeholders**. Hoewel de meesten het principe van P4P ondersteunen, zijn ze kritisch over de huidige invulling. Ze zien het als een nuttig instrument als tegengewicht voor activiteitsgebonden financiering, die onbedoeld lage zorgkwaliteit kan belonen, en om kwaliteit zichtbaarder te maken in de besluitvorming. Tegelijk vormt het gebrek aan overtuigend bewijs voor de effectiviteit van P4P een belangrijke drempel voor brede steun bij zorgprofessionals.

Er is wel brede consensus dat **P4P gericht kan worden ingezet, onder de bovenvermelde specifieke voorwaarden**: sterke betrokkenheid van stakeholders, wetenschappelijk onderbouwde en bruikbare procesindicatoren met ruimte voor verbetering, en een goede afstemming met andere beleidsinstrumenten zoals benchmarking en publieke rapportering.

Meer informatie over het systematisch literatuuroverzicht en de internationale analyse vindt u respectievelijk in de hoofdstukken 3 en 4 van het [wetenschappelijk rapport](#).



3 PAY-FOR-PERFORMANCE IN BELGIË: HUIDIGE SITUATIE EN BEPERKINGEN

Als we het huidige Belgische P4P-programma toetsen aan de specifieke voorwaarden in het vorige hoofdstuk, komen verschillende beperkingen aan het licht. Veel van deze punten werden ook bevestigd door de Belgische experts en stakeholders.

3.1 Financiering via P4P eerder beperkt

Om **meer nadruk te leggen op kwaliteit in de ziekenhuisfinanciering**, werd in 2018 in ons land een P4P-programma voor acute ziekenhuizen ingevoerd. Het verving eerdere forfaitaire kwaliteitscontracten. Hoewel de deelname aan het P4P-programma vrijwillig is, nemen in de praktijk alle acute ziekenhuizen eraan deel. In 2024 werd het P4P-budget meer dan vervijfvoudigd, van 7,2 naar 40 miljoen euro.

Ondanks deze aanzienlijke budgetverhoging speelt de zorgkwaliteit voorlopig een **beperkte rol** in de Belgische ziekenhuisfinanciering. Deze is nog grotendeels gebaseerd op activiteit, waardoor vooral volume wordt beloond en minder zorgkwaliteit. Het P4P-programma is goed voor ongeveer 0,4% van het ziekenhuisbudget van de overheid (Budget van Financiële Middelen), en voor 0,15% van de totale ziekenhuisinkomsten.

3.2 Gesloten budget en verschuiving naar structuurindicatoren

In de voorbije jaren werd het P4P-programma herhaaldelijk aangepast. Zoals hierboven vermeld, werd **het budget** in 2024 meer dan vervijfvoudigd. Het gaat om een **gesloten budget**, dat tussen de ziekenhuizen wordt verdeeld. Daardoor hangt de vergoeding van een ziekenhuis mee af van de resultaten van andere ziekenhuizen, en ontstaat er concurrentie tussen ziekenhuizen om de beschikbare middelen.

Tegelijk verschoof de focus van een bredere mix van structuur-, proces- en uitkomst**indicatoren** naar een beperktere set, waarbij de procesindicatoren (oncologische registratie en profylactisch antibioticagebruik voor chirurgie) werden afgebouwd en structuurindicatoren steeds dominanter werden. De **drie huidige structuurindicatoren**, die ongeveer 60% van het P4P-budget uitmaken, hebben betrekking op accreditatie, deelname aan kwaliteitsregistraties en -labels en het meten van patiëntervaringen. Hoewel goede gegevensverzameling een noodzakelijke basis is voor kwaliteitsverbetering, leidt dit op zich niet automatisch tot betere patiëntuitkomsten. Ook voor accreditatie wijst de literatuur op een beperkt of geen direct effect op patiëntuitkomsten, ondanks enkele positieve effecten op zorgprocessen en professionele ontwikkeling. Het programma lijkt daardoor eerder een vergoeding voor inspanningen rond registratie en accreditatie dan een echte motor voor kwaliteitsverbetering.

De structuurindicatoren worden aangevuld met **één uitkomstindicator: ziekenhuisbrede mortaliteit**, gecorrigeerd voor patiëntkenmerken. Deze indicator wordt ook beïnvloed door factoren zoals patiëntkenmerken, demografie en sociaaleconomische omstandigheden en is in de literatuur omstreden. Ook wanneer hiervoor wordt gecorrigeerd in de berekening van de indicator, kunnen ziekenhuizen deze factoren maar beperkt beïnvloeden. Daardoor kan deze indicator als oneerlijk of weinig haalbaar worden ervaren en is de koppeling met concrete zorgprocessen vaak onduidelijk. Dit kan het vertrouwen ondermijnen en zelfs ongewenste effecten, zoals *gaming*, in de hand werken. Bovendien is de manier waarop deze indicator wordt berekend en gefinancierd relatief complex, en ontbreken absolute prestatiedrempels.

Frequente **wijzigingen aan de proces- en uitkomstindicatoren** doorheen de tijd, samen met het gebruik van **verouderde gegevens** en onduidelijkheid over de **looptijd van indicatoren** moedigen bovendien duurzame investeringen en gedragsverandering op de lange termijn weinig aan.

3.3 Van bredere betrokkenheid naar meer centrale aansturing

Het initiële Belgische P4P-programma en de aanpassingen ervan werden vormgegeven door de strategische **P4Q-werkgroep**, voorgezeten door de FOD Volksgezondheid. Deze werkgroep werkte via een co-creatieproces waarin overheidsadministratie, de beleidscel van de federale minister van Volksgezondheid, RIZIV, acute ziekenhuizen, beroepsorganisaties van zorgverleners en experts betrokken waren. Ook domeinspecifieke expertgroepen, met onder meer klinici en wetenschappers, droegen bij aan de ontwikkeling van indicatoren.

In de beginjaren werden programma en indicatoren jaarlijks herzien binnen de werkgroep. In 2021, tijdens de COVID-19-pandemie, werd de werkgroep echter **opgeschort** en nadien niet opnieuw opgestart. Sindsdien sturen vooral de beleidscel van de minister en de FOD Volksgezondheid het programma aan.

3.4 Individuele feedback zonder publieke rapportering

Het P4P-programma staat grotendeels **los van ander beleid**. De ziekenhuizen ontvangen **individuele feedbackrapporten**, wat hen helpt bij hun interne kwaliteitsopvolging. De rapporten bevatten echter geen vergelijking met andere ziekenhuizen of nationale gemiddelden, waardoor **benchmarking niet mogelijk is**. De resultaten worden momenteel ook niet publiek gemaakt.

Meer algemeen is het Belgische P4P-programma **niet ingebed in een bredere, samenhangende kwaliteitsstrategie**, waarin verschillende beleidsinstrumenten worden afgestemd op gedeelde prioriteiten. Daardoor blijft de mogelijke impact beperkt.

3.5 Zwak verband tussen kwaliteitsverbeteringen en P4P-financiering

Er werd nog geen grondige evaluatie uitgevoerd van de **impact van het Belgische P4P-programma op zorgkwaliteit of patiëntuitkomsten**. Een Belgische studie van Brouwers et al. (2024)^c analyseerde wel de **relatie tussen de P4P-scores en de financiering** in de periode 2018-2020.

Daaruit blijkt dat de meeste ziekenhuizen hun scores verbeterden, maar dat dit zich **niet altijd vertaalde in een hogere financiering**. Dit komt doordat het programma werkt met een gesloten budget, waardoor de financiële vergoeding afhangt van de performantie van alle ziekenhuizen. Zo zag bijna een derde van de ziekenhuizen zijn P4P-financiering dalen, ondanks stabiele of verbeterende scores.

Daarnaast lijkt het systeem **grotere ziekenhuizen te bevoordelen**. Grote ziekenhuizen (>800 erkende bedden) zagen vaker hun inkomsten stijgen, terwijl dit minder het geval was voor kleinere ziekenhuizen (<400 erkende bedden). Opvallend is ook dat ziekenhuizen die bij de opstart van het programma goed presteerden, later vaker een grotere daling van hun P4P-financiering kenden dan de zwakker presterende ziekenhuizen.

3.6 Conclusie: huidig programma voldoet niet aan de voorwaarden

Hoewel er geen formele impactevaluatie beschikbaar is, wijzen deze kenmerken erop dat het Belgische P4P-programma **niet voldoet aan de voorwaarden** waaronder P4P de meeste kans heeft om effectief te zijn. Het is dan ook weinig waarschijnlijk dat het op dit moment leidt tot een betekenisvolle en duurzame verbetering van de zorgkwaliteit.

Meer informatie over het Belgische P4P-programma vindt u in Hoofdstuk 2 van het [wetenschappelijk rapport](#).

^c Brouwers J. et al. (2024). Effect on hospital incentive payments and quality performance of a hospital pay for performance (P4P) programme in Belgium. Journal of Healthcare Quality Research. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.02.005>



4 TOEKOMSTIGE ROL VAN P4P IN BELGIË

In het vorige hoofdstuk toetsten we de bevindingen uit ons wetenschappelijk onderzoek aan het huidige Belgische P4P-programma en stelden we belangrijke tekortkomingen vast. Op basis van het wetenschappelijk onderzoek, de expertpanels bestaande uit 18 Belgische experts en het overleg met stakeholders (zie colofon) identificeerden we de voorwaarden voor een toekomstige rol van P4P in ons land.

4.1 Begin met de prioriteiten, niet met P4P

Een **eerste stap** is het verder uitwerken van een duidelijke **kwaliteitsvisie op wat precies moet verbeteren**. Toekomstige inzet van P4P moet vertrekken van heldere kwaliteitsprioriteiten, met een focus op domeinen waar verbetering nodig is én waar betekenisvolle vooruitgang mogelijk is.

Bij voorkeur gebeurt dit binnen een **brede nationale kwaliteitsstrategie**. Met het recent opgerichte Interfederaal Platform voor Kwaliteit van Zorg in Ziekenhuizen is hiervoor al een eerste aanzet gegeven. Die strategische visie moet nu verder worden ontwikkeld en verfijnd, gebaseerd op gezondheidsdoelstellingen, wetenschappelijk bewijs over kwaliteitsverschillen en -variatie en gerapporteerde kwaliteitsproblemen uit het werkveld, zoals input van hoofddartsen en medische diensthoofden.

Een **tweede stap** is nagaan voor **welke prioriteiten P4P daadwerkelijk een geschikt instrument** zou zijn. P4P werkt, zoals aangegeven in hoofdstuk 2, alleen in specifieke, duidelijk afgebakende situaties. In veel gevallen zijn andere strategieën voor kwaliteitsverbetering meer aangewezen.

P4P komt vooral tot zijn recht wanneer het de **invoering kan versnellen van bewezen effectieve praktijken die nog niet overal consequent worden toegepast**. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer de implementatie gepaard gaat met hogere opstartkosten. Belangrijk is daarbij dat er een duidelijk en aantoonbaar verband bestaat tussen de gestimuleerde acties en betere patiëntuitkomsten. Vaak is dat verband het duidelijkst binnen specifieke zorgdomeinen, zoals zorg voor heupfracturen. In sommige gevallen kan het echter ook ziekenhuisbreed gelden, bijvoorbeeld bij infectiepreventie.

4.2 Volg de voorwaarden voor een effectief P4P-ontwerp

Voortbouwend op de hierboven besproken voorwaarden (zie sectie 2.2), wezen de geraadpleegde experts vooral op het belang van **duidelijke doelstellingen voor de inzet van P4P** in termen van patiëntuitkomsten. Tegelijk moeten **kwaliteitsindicatoren gezamenlijk worden ontwikkeld** met relevante experts, en met betrokkenheid van zorgverleners op de werkvloer.

De indicatoren moeten **concrete, uitvoerbare procesindicatoren** zijn, die **binnen de controle van zorgverleners** liggen. Daarnaast moet het **financiële model transparant, eerlijk en voorspelbaar** zijn, bij voorkeur met duidelijke **absolute streefwaarden**. Concurrentie tussen ziekenhuizen die samenwerking en kennisdeling kan ondermijnen, wordt best vermeden.

Het ontwerpproces kan worden **gecoördineerd** door het Interfederaal Platform voor Kwaliteit van Zorg in Ziekenhuizen, om zo samenhang en afstemming te verzekeren.

4.3 Plan P4P op langere termijn en bereid ook de uitstap voor

P4P-programma's moeten **over een langere periode lopen**, zodat ziekenhuizen voldoende tijd hebben om veranderingen door te voeren, te investeren en hun werking aan te passen. Een **stabiel meerjarencader** biedt daarbij duidelijkheid en voorspelbaarheid, maar moet tegelijk flexibel genoeg blijven om bij te sturen waar nodig. Het maakt het ook makkelijker om P4P af te stemmen op andere initiatieven voor kwaliteitsverbetering.

Daarnaast is het belangrijk om al vanaf de start na te denken over **hoe en wanneer financiële prikkels weer worden afgebouwd**. Zonder goede exitstrategie bestaat het risico dat kwaliteitsverbeteringen verdwijnen zodra de financiële stimulans wegvalt. Mogelijke oplossingen zijn: gegevens blijven verzamelen voor benchmarking of publieke rapportering, succesvolle praktijken opnemen in de reguliere financiering (bv. via aangepaste tarieven per opname, zoals in Queensland of BPT), of ze verankeren in verplichte kwaliteitsnormen (CQUIN). Wanneer een kwaliteitsverbetering blijvende extra kosten meebrengt voor zorgverleners, maar de voordelen elders terechtkomen, bijvoorbeeld bij patiënten in de vorm van een betere levenskwaliteit, of bij het zorgsysteem door minder complicaties of heropnames, kan structurele financiering buiten P4P nodig zijn om deze goede praktijken in stand te houden.

Om het momentum te behouden en het systeem tegelijkertijd beheersbaar te houden, kan het helpen om **gefaseerd te werken**: nieuwe programma's worden geleidelijk ingevoerd, terwijl andere stapsgewijs worden afgebouwd. Zo kunnen prioriteiten mee evolueren, blijft er ruimte voor continue verbetering en worden zorgverleners niet overbelast door plotse veranderingen.

4.4 Voorzie voldoende middelen

Voldoende middelen en capaciteit zijn essentieel, want P4P vraagt aanzienlijke investeringen vanuit het overheidsbudget, in de eerste plaats voor de financiële prikkels zelf.

De prikkels moeten **groot genoeg** zijn om écht verandering te stimuleren en voldoende opwegen tegen de investeringen en implementatiekosten die de ziekenhuizen moeten doen om verbeteringen door te voeren. Aan de andere kant zijn **te hoge prikkels** dan weer niet kosteneffectief.

Daarnaast zijn **middelen** nodig voor o.a. administratieve ondersteuning, (nieuwe) gegevensverzameling en aanvullend beleid. Benchmarking is nodig, omdat dit het effect van financiële prikkels versterkt via reputatiemechanismen en het nut van gegevensregistratie duidelijk kan maken voor zorgverleners. Publieke rapportering, initiatieven rond gezamenlijk leren en andere complementaire initiatieven voor kwaliteitsverbetering kunnen dit effect nog vergroten.

Tot slot is het belangrijk dat **de financiering van P4P niet ten koste gaat van het budget voor het verlenen van de zorg** zelf. Anders is er een risico dat een veilige personeelsbezetting, de basiskwaliteit van de zorg en de organisatorische capaciteit om verbeteringen door te voeren, onder druk komen te staan.

4.5 Lokale flexibiliteit is een optie, maar met duidelijke grenzen

Sommige experts pleiten voor meer ruimte voor **lokale keuzes**, zodat nationale programma's beter kunnen aansluiten bij de specifieke noden en prioriteiten van ziekenhuizen. Dit kan bijvoorbeeld via een beperkt menu van doelstellingen waaruit ziekenhuizen zelf de meest relevante kunnen kiezen, zoals vandaag gebeurt binnen het AMR-traject van het AIM-project^d.

Die lokale flexibiliteit was ook een belangrijk kenmerk van het CQUIN-programma. Ze helpt om rekening te houden met verschillen tussen ziekenhuizen en vergroot tegelijk de betrokkenheid, het eigenaarschap en de motivatie. Bovendien verkleint ze het risico dat zorgverleners afhaken door top-down opgelegde doelstellingen.

Er zijn echter **belangrijke voorwaarden**. Zo moet duidelijk vastliggen hoe die flexibiliteit concreet wordt georganiseerd en afgebakend. Indicatoren moeten op nationaal niveau blijven ontwikkeld worden, om consistentie te garanderen. Daarnaast mag flexibiliteit benchmarking, publieke rapportering en de evaluatie van het P4P-programma niet in de weg staan. Daarom dienen de gegevens voor alle indicatoren worden verzameld in alle ziekenhuizen, behalve wanneer bepaalde

^d AIM is een recent project om antimicrobieel beheer, infectiepreventie en -bestrijding en microbiologische surveillance te verankeren, waarin gedeeltelijk een P4P-element is opgenomen.



activiteiten er niet plaatsvinden. Om de administratieve last beheersbaar te houden, blijft het aantal keuzemogelijkheden daarom best beperkt.

4.6 *Evidence-based* kwaliteitsnormen en robuuste, recentere gegevens

Tot slot zijn er **belangrijke voorwaarden** die minder met de opzet van het P4P-programma te maken hebben, maar die wel bepalend zijn voor een goede werking in de praktijk.

Allereerst is er nood aan sterkere ontwikkeling en toepassing van **klinische richtlijnen**. Die zijn nodig om duidelijk te bepalen welke zorgprocessen belangrijk zijn en om zinvolle indicatoren vast te leggen.

Ten tweede is een betere **data-infrastructuur** essentieel. In België zijn gegevens vaak pas na meerdere jaren beschikbaar zoals bijvoorbeeld de minimale ziekenhuisgegevens (MZG) en de gegevens van het InterMutualistisch Agentschap (IMA), terwijl de meeste buitenlandse P4P-programma's werken met een vertraging van maximaal één jaar. Snellere beschikbaarheid is dus cruciaal.

Daarnaast moet de gegevensverzameling **voldoende gedetailleerd** zijn om belangrijke aspecten van de betrokken processen of uitkomsten te registreren, zoals het tijdstip waarop interventies plaatsvinden, met duidelijke definities van wat precies geregistreerd moet worden. De gegevens moeten ook bruikbare feedback opleveren voor ziekenhuizen, gekoppeld kunnen worden aan patiëntuitkomsten om de impact van het programma te evalueren, en gedeeld kunnen worden voor wetenschappelijk en beleidsgericht onderzoek naar kwaliteit van zorg. Ook zijn audit- en controlemechanismen nodig om *gaming* tegen te gaan.

Daarom dient ook het **wettelijk kader** een vlotte gegevensuitwisseling en -koppeling toe te laten. Zonder deze fundamenteen zal de effectiviteit van P4P waarschijnlijk beperkt blijven.

5 ALGEMENE CONCLUSIE

P4P wordt best begrepen als een complex geheel van ontwerpkeuzes die samen bepalen in welke mate het de kwaliteit van zorg kan verbeteren. Globaal genomen wijst het beschikbare bewijs op een beperkte impact van P4P op zorgkwaliteit in ziekenhuizen, met vaak uiteenlopende, onduidelijke of tijdelijke effecten. Bovendien is er weinig duidelijkheid over de kosteneffectiviteit en bestaat er een risico op ongewenste neveneffecten. Tegelijk tonen onze resultaten dat P4P onder een specifieke set voorwaarden meer kans heeft op een positieve impact. P4P is daarom geen standaardoplossing, maar eerder een **aanvullend instrument** dat alleen zinvol is in specifieke situaties. Een **voorzichtige en gerichte aanpak** is dus nodig.

Het kan nuttig zijn om de toepassing van effectieve *evidence-based* praktijken te versnellen in domeinen waar deze al bestaan, goed meetbaar zijn en nog onvoldoende toegepast worden, en waar ziekenhuizen ook de capaciteit hebben om veranderingen door te voeren. Zelfs dan kunnen de effecten **beperkt en tijdelijk zijn**, en hangt het uiteindelijke succes sterk af van de betrokkenheid van zorgverleners en ziekenhuizen om financiële prikkels om te zetten in duurzame gedragsverandering. In de praktijk werkt P4P zelden op zichzelf en maakt het meestal deel uit van een bredere kwaliteitsstrategie, samen met andere maatregelen.

In België voldoet het huidige P4P-programma niet aan veel van deze voorwaarden, wat de impact beperkt. Een herziening vraagt daarom niet alleen aanpassingen aan het programma zelf, maar ook een **verdere uitbouw van een performante data-infrastructuur en een coherent kwaliteitsbeleid**. Het is daarbij essentieel om eerst duidelijke kwaliteitsprioriteiten te bepalen en vervolgens de juiste mix van beleidsinstrumenten te kiezen: soms kan P4P helpen, maar vaak zijn andere strategieën effectiever en zorgen ze voor een betere inzet van schaarse middelen.

Als P4P dan toch wordt ingezet, is een **grondige impactevaluatie** belangrijk, met aandacht voor de beoogde effecten – zoals verbeteringen in processen en patiëntuitkomsten – voor eventuele, onbedoelde neveneffecten, en voor de impact op billijkheid en kosteneffectiviteit.



■ AANBEVELINGEN^e

De bevindingen van dit rapport tonen aan dat P4P geen effectieve, algemeen toepasbare strategie is voor kwaliteitsverbetering in ziekenhuiszorg en enkel onder specifieke voorwaarden meer kans heeft om kwaliteitsverbetering te realiseren. In de Belgische context voldoet het huidige programma onvoldoende aan deze voorwaarden. Op basis van de beschikbare *evidence*, de internationale ervaringen en de consultatie van Belgische experts en stakeholders formuleert het KCE onderstaande aanbevelingen.

Aan de federale en gefedereerde ministers van Volksgezondheid, Sociale Zaken en Welzijn en hun administraties, en na advies van de bevoegde instanties, bevelen we aan om:

1. De interfederale strategische visie met prioritaire domeinen voor kwaliteitsverbetering in ziekenhuizen verder te ontwikkelen en te verfijnen, rekening houdend met:
 - a. Wetenschappelijke *evidence* over tekortkomingen in kwaliteit en/of ongegronde praktijkvariatie in ziekenhuiszorg;
 - b. Gerapporteerde kwaliteitsproblemen vanuit het klinisch leiderschap (bv. hoofdartsen en medische diensthoofden).

Deze visie moet richting geven aan het kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen en aansluiten bij bredere maatschappelijke en beleidsdoelstellingen inzake kwaliteit van zorg.
2. Per prioritair domein na te gaan welke strategie of combinatie van strategieën voor kwaliteitsverbetering het meest geschikt is. P4P kan daarbij beschouwd worden als één van de mogelijke strategieën en kan enkel ingezet worden wanneer aan de volgende randvoorwaarden is voldaan:
 - a. Sterke wetenschappelijke *evidence*, bijvoorbeeld in de vorm van richtlijnen, over processen binnen ziekenhuizen die aantoonbaar bijdragen aan betere patiëntuitkomsten (zie ook aanbeveling 7);
 - b. Processen die voldoende beïnvloedbaar zijn of beslissingen die samen met de patiënt kunnen worden genomen door zorgverleners en/of ziekenhuizen;
 - c. Voldoende ruimte voor verbetering in de beoogde processen en patiëntuitkomsten;
 - d. Kwaliteitsvolle, valide, betrouwbare en tijdige data om de beoogde processen en patiëntuitkomsten te monitoren en te evalueren (zie ook aanbeveling 6).
3. Indien gekozen wordt voor een P4P-strategie, dient de ontwikkeling ervan de volgende elementen te omvatten:
 - a. Het bepalen van duidelijke doelstellingen in termen van beoogde processen en patiëntuitkomsten.
 - b. Het uitwerken van wetenschappelijk onderbouwde kwaliteitsindicatoren, hoofdzakelijk procesindicatoren, en duidelijke streefwaarden in nauwe samenwerking met stakeholders, in het bijzonder zorgverleners actief in het domein en experts in implementatie. Er dienen zowel voldoende tijd als transparante procedures te worden voorzien voor dit proces van co-creatie.
 - c. Het verzekeren van publieke transparantie en eenduidigheid in de berekening van indicatoren.

^e Het KCE blijft als enige verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



- d. Het voorzien van financiering op basis van absolute drempelwaarden, waarbij een minimale en maximale drempelwaarde kunnen worden gehanteerd zodat gedeeltelijke financiering mogelijk is tussen beide drempels en alles-of-niets financiering wordt vermeden.
 - e. Het vermijden van financieringsmechanismen die concurrentie om middelen tussen ziekenhuizen creëren.
 - f. Het toepassen van een eenvoudige en robuuste methode voor de evaluatie van de performantie op basis van kwaliteitsindicatoren en de toekenning van financiering, met aandacht voor statistische variatie en onzekerheid rond drempelwaarden, waar relevant.
 - g. Het uitwerken van een meerjarenprogramma, bijvoorbeeld met een tijdshorizon van vijf jaar, dat ziekenhuizen toelaat om op een stabiele en voorspelbare manier investeringen te doen. Het meerjarenprogramma kan de te behalen drempelwaarden dynamisch aanpassen doorheen de tijd en dient ook expliciet te bepalen wat er gebeurt na afloop van deze periode.
 - h. Het voorzien van voldoende middelen in functie van de omvang van het P4P-programma om ziekenhuizen in staat te stellen te investeren in kwaliteitsverbetering.
 - i. Het afstemmen van P4P op complementaire strategieën voor kwaliteitsverbetering binnen de bredere interfederale strategische visie op kwaliteit en het prioritaire domein (zie aanbevelingen 1 en 2). Benchmarking tussen ziekenhuizen en transparantie over zorgkwaliteit zijn een minimumvereiste.
4. Een interfederale coördinatie en operationalisering van aanbevelingen 1 tot 3 is aangewezen en kan worden opgenomen door het Interfederaal Platform voor Kwaliteit van Zorg in Ziekenhuizen. Voor de verdere uitbouw van het kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen dienen voldoende capaciteit en expertise te worden samengebracht, in samenwerking met de bestaande federale en gefedereerde administraties. Dit vereist een expliciet mandaat van de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid.
 5. In afwachting van de hierboven voorgestelde hervorming zijn er drie mogelijke opties voor het huidige P4P-programma:
 - a. Het programma tijdelijk pauzeren. Gezien de *evidence* over de beperkte effectiviteit van P4P als algemeen toepasbare strategie voor kwaliteitsverbetering in ziekenhuiszorg en de beperkingen van het huidige federale programma is dit de meest aangewezen optie.
 - b. Het programma tijdelijk verderzetten met een gereduceerd budget, bijvoorbeeld in lijn met het budgetniveau vóór de budgetverhoging in 2024. Deze optie kan worden overwogen om een te abrupte breuk voor de sector te vermijden.
 - c. Het programma tijdelijk verderzetten in zijn huidige vorm en met het huidige budget. Deze optie is, in vergelijking met de andere opties, het minst aangewezen.
 6. De data-infrastructuur te versterken als noodzakelijke randvoorwaarde voor kwaliteitsbeleid en P4P. Naast voldoende middelen dient ook voorzien te worden in een aangepast en helder wettelijk kader voor dataverwerking en datakoppeling, zodat:
 - a. Data tijdig beschikbaar zijn. De tijdspanne tussen het verstrekken van zorg en de evaluatie ervan binnen P4P dient beperkt te worden tot maximaal één jaar. Momenteel is dit onder meer niet het geval voor de minimale ziekenhuisgegevens (MZG) en de gegevens van het InterMutualistisch Agentschap (IMA).
 - b. Data volledig zijn om de beoogde processen en relevante patiëntuitkomsten te beoordelen, bijvoorbeeld via tijdsregistratie van tijdsgevoelige handelingen.
 - c. Data kwaliteitsvol zijn, onder andere dankzij:



- i. Het gebruik van uniforme definities en registratiestandaarden;
 - ii. Het systematisch toepassen van het principe “registreer één keer, gebruik meerdere keren” om de administratieve belasting te beperken;
 - iii. Het voorzien van controles en sancties om manipulatie van coderingen voor financieel gewin te voorkomen.
 - d. Data van verschillende bronnen op een legale, snelle en vlotte manier gekoppeld kunnen worden, bijvoorbeeld administratieve ziekenhuisdata en relevante patiëntuitkomsten, zoals mortaliteit.
 - e. Data hergebruikt kunnen worden voor andere doeleinden, zoals feedback aan en benchmarking tussen ziekenhuizen, publieke rapportering en wetenschappelijk en beleidsondersteunend onderzoek naar kwaliteit van zorg.
7. *Evidence-based* richtlijnen voor ziekenhuiszorg verder te ontwikkelen.
- a. Stem de prioriteiten voor de ontwikkeling van *evidence-based* richtlijnen af op de prioritaire domeinen voor kwaliteitsverbetering, zoals gedefinieerd in aanbeveling 1.
 - b. Zet parallel met de ontwikkeling van *evidence-based* richtlijnen ook in op:
 - i. Het identificeren van mogelijke indicatoren en de benodigde data om ziekenhuisprocessen te meten die een duidelijke link hebben met patiëntuitkomsten;
 - ii. Het uitvoeren van een nulmeting, met aandacht voor de praktijkvariatie tussen ziekenhuizen.
8. Te voorzien in een impactanalyse van P4P op de kwaliteit van zorg.
- a. Voorzie, voorafgaand aan de implementatie van P4P, in een robuuste methodologie om de impact te meten op:
 - i. De gestimuleerde processen en patiëntuitkomsten;
 - ii. De niet-beoogde processen en patiëntuitkomsten waarvoor spillovereffecten kunnen worden verwacht;
 - iii. De mogelijke veranderingen in coderingspraktijken.
 - b. Analyseer of de impact verschilt naargelang patiëntkenmerken en of het programma effecten heeft op billijkheid in gezondheid en zorggebruik.
 - c. Analyseer de kosteneffectiviteit van het programma.

Aan de ziekenhuizen bevelen we aan om:

9. Te investeren in een organisatiecultuur en leiderschap die kwaliteitsverbetering ondersteunen.
- a. Investeer verder in een intern kwaliteitsbeleid, ondersteund door leiderschap en een organisatiecultuur die kwaliteitsverbetering bevorderen. Dit kan de intrinsieke motivatie voor kwaliteitsverbetering versterken en de impact van externe financiële prikkels ondersteunen.
 - b. Stimuleer samenwerking en kennisuitwisseling rond kwaliteitsverbetering, zodat ziekenhuizen kunnen leren van goede praktijken in andere organisaties.
 - c. Gebruik interne benchmarking als aanvulling op benchmarking tussen ziekenhuizen om variatie binnen de organisatie zichtbaar te maken en kwaliteitsverbetering te ondersteunen.



COLOFON

Titel:	Pay-for-performance: een hefboom voor kwaliteitsverbetering in ziekenhuizen? – Synthese
Auteurs:	Nicolas Bouckaert (KCE), Jonathan Stokes (University of Glasgow, United Kingdom), Søren Rud Kristensen (University of Southern Denmark, Denmark), Marijke Eyssen (KCE), Sophie Gerkens (KCE), Meggie Staal Højgård Hansen (University of Southern Denmark, Denmark), Mélanie Lefèvre (KCE), Carine Van de Voorde (KCE)
Programma manager:	Imgard Vinck (KCE)
Wetenschappelijk directeur:	Roos Leroy (KCE)
Expert gezondheidsinformatie:	Nicolas Fairon (KCE)
Redactie synthese:	Gudrun Briat (KCE), Emily Van Coolput (KCE)
Externe experts:	Alice Benzmira (Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), France), Stephen Duckett (University of Melbourne, Australia), Guy Durant (Cliniques universitaires Saint-Luc), Kristof Eeckloo (UZ Gent), Peter Fontaine (Europa Ziekenhuizen), Svin Deneckere (Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ)), Vera De Troyer (Zorgnet-Icuro), Donatienne Grégoire (Cliniques universitaires Saint-Luc), Denis Herbaux (Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS)), Didier Hoornaert (Clinique Saint-Pierre Ottignies), Grégoire Lefebvre (Centre Hospitalier de Mouscron), Annemie Lesage (FOD Volksgezondheid – SPF Santé publique), Mathieu Louiset (KU Leuven), Stéphan Mercier (ex-CHU HELORA), Alisha Lucas (Queensland Health, Australia), Samira Ouraghi (SPF Santé publique – FOD Volksgezondheid), Edward Norton (University of Michigan, United States), Johan Pauwels (RIZIV – INAMI), Quentin Schoonvaere (PAQS), Kris Vanhaecht (KU Leuven), Manfredi Ventura (Grand Hôpital de Charleroi), Joan Vlayen (Sint-Trudo Ziekenhuis)
Stakeholders:	Nicolas Böttcher (Santhea), Karin Cormann (Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft), Stephanie De Kempe (Zorgnet-Icuro), Vera De Troyer (Zorgnet-Icuro), Philippe Devos (UNESSA), Mieke Dolphens (Christelijke Mutualiteit), Anne Groswasser (Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB)), Coralie Herijgers (Departement Zorg), Julie Peemans (Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)), Geert Peuskens (Departement Zorg), Sabine Stordeur (SPF Santé publique – FOD Volksgezondheid), Laleh Taghipour Naghshi (CHAB)
Externe validatoren:	Jonas Brouwers (KU Leuven, UZ Leuven), Ricarda Milstein (OECD), Zeynep Or (IRDES, France)
Acknowledgements:	Yan Feng (Queen Mary University of London, United Kingdom), Sandrine Morin (Haute Autorité de Santé (HAS), France), Koen Van den Heede (KCE), Leen Verleye (KCE)



Belangen
experten:

KCE

Het KCE is een federale instelling die wordt gefinancierd door het RIZIV, door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. De opdracht van het KCE bestaat erin de beleidsmakers te adviseren over beslissingen inzake gezondheidszorg en ziekteverzekering op basis van wetenschappelijk en objectief onderzoek. Het moet de best mogelijke oplossingen identificeren en belichten, in het kader van een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, rekening houdend met de groeiende vraag en de budgettaire beperkingen.

Het KCE heeft geen belangen in bedrijven (commerciële of niet-commerciële, d.w.z. ziekenhuizen en universiteiten), verenigingen (bv. beroepsverenigingen, vakbonden), personen of organisaties (bv. lobbygroepen) die door de uitvoering van de aanbevelingen positief of negatief (financieel of anderszins) zouden kunnen worden beïnvloed. Alle experts die betrokken waren bij het schrijven van het verslag of het peer-reviewproces hebben een belangenverklaring ingevuld. Informatie over mogelijke belangenconflicten staat in de colofon van dit verslag. Alle leden van het team van KCE-experts leggen jaarlijks een belangenverklaring af en nadere gegevens daarover zijn op verzoek verkrijgbaar.

Gemelde belangen:

Alle experts en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie: P4P in ziekenhuizen. Daarom hebben zij per definitie mogelijk een zekere graad van belangenconflict.

Layout:

Ine Verhulst

Disclaimer:

- Verschillende externe experts (cf. supra) werden geraadpleegd over een (voorlopige) versie van het wetenschappelijk rapport. Ze werden geselecteerd op basis van hun expertise in het onderwerp van dit rapport; bij de selectie werd rekening gehouden met mogelijke belangenconflicten. Hun commentaar werd besproken in meetings en/of via e-mail. Zij zijn geen co-auteur van het wetenschappelijke rapport en zijn het niet noodzakelijk eens met de inhoud ervan.
- Vervolgens heeft het KCE-onderzoeksteam drie onafhankelijke experts ('validatoren', cf. supra), die niet eerder bij het onderzoek betrokken waren, uitgenodigd een peer review uit te voeren van de definitieve versie van het wetenschappelijke rapport. Ze werden geselecteerd op basis van hun expertise in het onderwerp van dit rapport; bij de selectie werd rekening gehouden met mogelijke belangenconflicten. Zij besloten of het rapport al dan niet wetenschappelijk valide was. De validatoren zijn geen co-auteurs van het wetenschappelijke rapport en zijn het niet noodzakelijk alle drie eens met de inhoud ervan. Hun naam en affiliatie worden vermeld in het colofon.
- Tot slot werd dit rapport met meerderheid van stemmen goedgekeurd door de Raad van Bestuur



- Het KCE is als enige verantwoordelijk voor de beleidsaanbevelingen. Eventuele (mogelijke) blijvende fouten of onvolledigheden vallen uitsluitend onder de verantwoordelijkheid van het KCE.

Publicatiedatum: 14 juli 2026
Project nummer: 2025-02
Domein: Health Services Research (HSR)
MeSH: Reimbursement, Incentive; Quality of Health Care; Hospitals, General
NLM classificatie: W 84.4
Taal: Nederlands
Formaat: Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot: D/2026/10.273/48
ISSN: 2466-6432
Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties>.



Hoe refereren naar dit document?

Bouckaert N, Stokes J, Kristensen SR, Eyssen M, Gerkens S, Hansen MSH, Lefèvre M, Van de Voorde C. Pay-for-performance: een hefboom voor kwaliteitsverbetering in ziekenhuizen? – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2026. KCE Reports 424As. <https://doi.org/10.57598/R424AS>.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.