



Pay for performance-programma 2020 voor algemene ziekenhuizen

Individuele feedback



ZIEKENHUIS: ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. DIMPNA, GEEL

ERKENNINGSNUMMER (ERK): 709

IDENTIFICATIENUMMER (ID NUMMER) IN DE FUNNEL PLOTS: 64

OKTOBER 2020

[Toevoeging rapport juli 2020: \(dit rapport heeft betrekking op het BMF van 1 juli 2020\)](#)

- Toelichting van de berekening van het P4P budget
- Correctie van de resultaten van de mortaliteitsindicator ischemisch beroerte

Inhoud

1.	INLEIDING	4
2.	RESULTATEN VOOR DE P4P -INDICATOREN 2020	4
2.1.	Ziekenhuisbrede structuurindicatoren	4
2.1.1.	ISQua-accreditatiestatus die op datum van 15 maart 2020 van toepassing is	4
2.1.2.	Deelname aan niet-verplichte registraties, kwaliteitsbevorderende activiteiten en kwaliteitslabels	5
2.1.3.	Implementatie van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem: % incidentmeldingen dat conform gecodeerd is	7
2.2.	Ziekenhuisbrede resultaatsindicator	7
2.2.1.	Patiëntenervaringen	7
2.3.	Pathologiegebonden klinische procesindicatoren oncologie	8
2.3.1.	Registratie WHO-performantiescore	9
2.3.2.	Registratie incorrecte of aspecifieke maag- of slokdarmlokalisatie	10
2.3.3.	Domeinscore klinische procesindicatoren oncologie	11
2.4.	Pathologiegebonden resultaatsindicatoren	12
2.4.1.	90-dagen postoperatieve mortaliteit na radicale chirurgie voor colonkanker (incidentiejaren 2014-2016)	12
2.4.2.	Mortaliteit na hoofddiagnose van heupfractuur (registratieperiode 2016-2017-2018)	14
2.4.3.	Mortaliteit na hoofddiagnose van ischemische beroerte (2016, 2017 en 2018)	15
3.	BEREKENING P4P-BUDGET PER ZIEKENHUIS	17
4.	HET P4P-BUDGET VAN UW ZIEKENHUIS VOOR 2020	19
	BIJLAGE 1: Figuren klinische procesindicatoren oncologie	20
	BIJLAGE 2: Figuren resultaatsindicatoren	22

Lijst van tabellen met scores van uw ziekenhuis

Tabel 1: Score voor uw ziekenhuis voor de indicator "ISQua-accreditatiestatus die op datum van 15 maart 2020 van toepassing is"	4
Tabel 2: Score voor uw ziekenhuis voor de indicator: "Deelname aan niet-verplichte registraties, kwaliteitsbevorderende activiteiten en kwaliteitslabels"	5
Tabel 3: Score voor uw ziekenhuis voor de indicator "Implementatie van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem: % incidentmeldingen dat conform gecodeerd is"	7
Tabel 4: Score voor uw ziekenhuis voor de indicator "Patiëntenervaringen"	8
Tabel 5: Score voor uw ziekenhuis voor de klinische procesindicator "Registratie WHO performantiescore"	9
Tabel 6: Score voor uw ziekenhuis voor de klinische procesindicator "Registratie incorrecte of aspecifieke maag- of slokdarmlokalisatie"	11
Tabel 7: Domeinscore voor uw ziekenhuis voor de klinische procesindicatoren "oncologie"	11
Tabel 8: Score voor uw ziekenhuis voor de indicator "90-dagen postoperatieve mortaliteit na radicale chirurgie voor colonkanker"	13
Tabel 9: Score voor uw ziekenhuis voor de indicator "Mortaliteit na hoofddiagnose van heupfractuur"	14
Tabel 10: Resultaten voor de indicator " mortaliteit na hoofddiagnose van ischemische beroerte"	16
Tabel 11: Overzichtstabel met de scores per domein en de p4p-score	17

Lijst van figuren met scores van uw ziekenhuis

Figuur 1: Registratie WHO-performantiescore	20
Figuur 2: Funnel plot indicator 'Registratie incorrecte of aspecifieke maag- of slokdarmlokalisatie	21
Figuur 3: Funnel plot indicator 90-dagen postoperatieve mortaliteit na radicale chirurgie voor colonkanker	22
Figuur 4: Funnel plot indicator mortaliteit na hoofddiagnose van heupfractuur	23
Figuur 5: Funnel plot mortaliteit na hoofddiagnose van ischemische beroerte	24

1. INLEIDING

Zoals in 2018 en 2019, bestaat de P4P-indicatorenset 2020 zowel uit **ziekenhuisbrede** als uit **pathologiegebonden** indicatoren.

- De ziekenhuisbrede indicatoren blijven inhoudelijk ongewijzigd in vergelijking met 2019.
- De pathologiegebonden indicatoren omvatten 2 procesindicatoren oncologie en 3 mortaliteitsindicatoren.

In de [begeleidende nota](#) wordt meer gedetailleerd toelichting gegeven over de aangepaste indicatorenset van het P4P-programma 2020.

2. RESULTATEN VOOR DE P4P-INDICATOREN 2020

2.1. Ziekenhuisbrede structuurindicatoren

2.1.1. ISQua-accreditatiestatus die op datum van 15 maart 2020 van toepassing is

De [accreditatiestatus van ziekenhuizen](#) werd nagegaan bij de respectievelijke ISQua-geaccrediteerde instellingen. De algemene ziekenhuizen waarover bij de ISQua-instellingen geen informatie beschikbaar was, werden individueel gecontacteerd om hun accreditatiestatus op te vragen.

Aantal te verwerven punten met ziekenhuisbrede ISQua-accreditatie:

ISQua-accreditatie behaald die op 15 maart 2020 nog van toepassing is	25 punten
Proefaudit achter de rug door een ISQua-geaccrediteerde instantie uiterlijk op 15 maart 2020	15 punten
Contract ondertekend met ISQua-geaccrediteerde instantie uiterlijk op 15 maart 2020	10 punten

TABEL 1: SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE INDICATOR "ISQUA-ACCREDITATIESTATUS DIE OP DATUM VAN 15 MAART 2020 VAN TOEPASSING IS"

ERK	709
ISQUA-ACCREDITATIESTATUS DIE OP DATUM VAN 15 MAART 2020 VAN TOEPASSING IS	
SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS OP 25 PUNTEN	25

2.1.2. Deelname aan niet-verplichte registraties, kwaliteitsbevorderende activiteiten en kwaliteitslabels

Voor deze indicator komen enkele niet-verplichte registraties en kwaliteitsbevorderende activiteiten in aanmerking. Kwaliteitslabels die ziekenhuizen op vrijwillige basis kunnen behalen, maken ook onderdeel uit van deze indicator.

Voor deze indicator werd per ziekenhuis nagegaan voor welke [registraties, kwaliteitsbevorderende activiteiten en kwaliteitslabels](#) punten konden behaald worden. Indien een ziekenhuis, bijvoorbeeld omwille van een specifieke patiëntenpopulatie, niet kon deelnemen aan een bepaalde klinische registratie dan werd de noemer aangepast om de score op 5 punten te berekenen. Dezelfde redenering werd toegepast voor de kwaliteitsbevorderende activiteiten en de kwaliteitslabels.

Score:	= totaal aantal registraties en labels in uw ziekenhuis x correctiefactor
Correctiefactor:	= $\frac{9}{\text{mogelijk te behalen registraties en labels voor uw ziekenhuis}}$

Door de COVID-19 crisis konden de data 2019 van het STEMI-register, MICA, het Trauma Register DGU® en Sciensano (pre-en postcampagne handhygiëne) niet aangeleverd worden. Daarom werden voor deze 4 registraties de gegevens gebruikt uit het P4P programma van 2019, aangevuld naar aanleiding van de opmerkingen die in 2019 werden gemaakt.

TABEL 2: SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE INDICATOR: “DEELNAME AAN NIET-VERPLICHTE REGISTRATIES, KWALITEITSBEVORDERENDE ACTIVITEITEN EN KWALITEITSLABELS”

Indien in de JA/NEE kolom een leeg veld verschijnt, betekent dit dat het betreffende item voor uw ziekenhuis niet van toepassing is.

ERK 709	
NIET-VERPLICHTE REGISTRATIES EN KWALITEITSBEVORDERENDE ACTIVITEITEN WAAR UW ZIEKENHUIS AAN DEELNAM	JA=1 NEE=0
Radiotherapie: PRISMA-RT Belgium m.b.t. incident analyse in radiotherapiediensten (1/1/2019-15/3/2020)	
Cardiologie: STEMI-register (ST elevation myocardial infarction), BIWAC (1/1/2018-15/3/2019)	0
Intensieve Zorgen: MICA (Monitoring Intensive Care Activities), FOD Volksgezondheid en het College voor Intensieve Zorg (1/1/2018-15/3/2019)	0
Traumachirurgie: TraumaRegister DGU® (tot 15/3/2019)	0
Patiëntenparticipatiecultuur: Patient Participation Culture Tool (PaCT), UGent (1/1/2014-15/3/2020)	1
Deelname aan de pre- en postcampagne registratie voor handhygiëne (data 2016-2017)	1
KWALITEITSLABELS IN UW ZIEKENHUIS DIE OP DATUM VAN 15 MAART 2020 NOG VAN TOEPASSING ZIJN	JA=1 NEE=0
Moeder/kind: Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI-label)	0
Gynaecologie en verloskunde, EBCOG	0
Borstkanker Breast Centres Certification ITALCERT (EUSOMA)	0
TOTAAL AANTAL REGISTRATIES EN LABELS IN UW ZIEKENHUIS	2
MOGELIJK TE BEHALEN REGISTRATIES EN LABELS VOOR UW ZIEKENHUIS	8
SCORE OP 5 PUNTEN	2,25

2.1.3. Implementatie van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem: % incidentmeldingen dat conform gecodeerd is

Voor de indicator "[Implementatie van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem](#)" werd gevraagd om **alle incidentmeldingen** voor de periode tussen 1/1/2019 en 31/12/2019 uit het eigen meld- en leersysteem te exporteren in een XML-bestand. De conformiteit van de coderingen van de incidentmeldingen werd softwarematig gecontroleerd door middel van een controleprogramma dat online beschikbaar werd gesteld. De gebruikersbeheerder van elk ziekenhuis ontving hiervoor een gebruikersnaam en een login. Een kopie van het rapport, dat de ziekenhuizen via dit controleprogramma ontvingen, werd bewaard op een beveiligde plek in de Cloud die enkel toegankelijk was voor het P4P-team van de FOD Volksgezondheid. Het in dit rapport vermelde conformiteitspercentage werd door de FOD Volksgezondheid gebruikt om het aantal punten voor deze indicator te berekenen.

Het aantal te verwerven punten voor deze indicator werd als volgt bepaald:

XML-bestand met ≥ 98 % conform gecodeerde incidentmeldingen	10 punten
XML-bestand met 90 – 98 % conform gecodeerde incidentmeldingen	8 punten
XML-bestand met < 90% conform gecodeerde incidentmeldingen	6 punten
XML-bestand dat niet kan aangeleverd worden	0 punten

TABEL 3: SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE INDICATOR "IMPLEMENTATIE VAN EEN PATIËNTVEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM: % INCIDENTMELDINGEN DAT CONFORM GEDEEERD IS"

ERK	TELLER	NOEMER	% INCIDENTMELDINGEN DAT IN HET XML-BESTAND 'CONFORM' GEDEEERD IS	SCORE OP 10 PUNTEN
709	1128	1128	100,00	10

2.2. Ziekenhuisbrede resultaatsindicator

2.2.1. Patiëntenervaringen

Het domein "[Patiëntenervaringen](#)" bestaat uit een resultaatsindicator met twee deelindicatoren:

1. De tevredenheid van de patiënt over het verblijf in het ziekenhuis
2. De aanbeveling van het ziekenhuis aan familie, vrienden,...door de patiënt

De minimale vereisten voor deze indicator zijn:

De meting van patiëntenervaringen werd uitgevoerd in de periode tussen 1-01-2019 en 31-12-2019 op een C- of D-dienst, waarbij een minimum van 250 vragenlijsten werd beantwoord.

Het aantal te verwerven punten voor deze indicator is 15 punten (7,5 punten per deelindicator), op basis van de positieve respons. Concreet betekent dit het volgende:

RESULTAATSINDICATOR % POSITIEVE SCORES	≥ 80%	< 80 % en ≥ 70%	< 70 % en ≥ 60%	< 60%	Geen respons
“Welk cijfer zou u dit ziekenhuis geven voor deze opname?”	7,5 punten	4,5 punten	3 punten	1,5 punten	0 punten
“Zou u dit ziekenhuis aanbevelen aan uw vrienden en familie?”	7,5 punten	4,5 punten	3 punten	1,5 punten	0 punten

Voor de door de Vlaamse Gemeenschap erkende ziekenhuizen die deelnamen aan de Vlaamse Patiëntenpeiling werd gebruik gemaakt van de data van VIP². De data van de Franstalige ziekenhuizen die samenwerken met BSM-management werden via deze organisatie bekomen. De andere ziekenhuizen, aangesloten bij Santhea of ziekenhuizen die patiëntenervaringen autonoom bevroegden, werden door de FOD Volksgezondheid individueel gecontacteerd voor het aanleveren van hun resultaten.

In [Tabel 4](#) worden de individuele scores voor deze indicator weergegeven.

TABEL 4: SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE INDICATOR “PATIËNTENERVARINGEN”

ERK		709	
RESULTAATINDICATOR	Aantal beantwoorde vragenlijsten	% positieve scores	SCORE OP 15 PUNTEN (7,5 PUNTEN PER DEELINDICATOR)
DEELINDICATOR 1: De tevredenheid van de patiënt over het verblijf in het ziekenhuis	309	91,00	7,5
DEELINDICATOR 2: De aanbeveling van het ziekenhuis aan familie, vrienden	309	89,00	7,5
SCORE OP 15 PUNTEN			15

2.3. Pathologiegebonden klinische procesindicatoren oncologie

In overleg met de Stichting Kankerregister (BCR) en de strategische werkgroep P4P werden twee klinische procesindicatoren oncologie geselecteerd. Deze omvatten de klinische registratie door een zorgprogramma oncologie van:

1. registratie: WHO performantiescore
2. registratie: incorrecte of aspecifieke maag- of slokdarmlokalisatie

De klinische procesindicatoren oncologie worden berekend op een domeinscore van 25 punten.

2.3.1. Registratie WHO-performantiescore

De indicator "[WHO-performantiescore](#)" meet het percentage patiënten met een residentie in België gediagnosticeerd met invasieve tumor(en), waarvoor de WHO-performantiescore bij diagnose **gerapporteerd** werd aan de Stichting Kankerregister door het zorgprogramma oncologie. De WHO performantiescore classificeert het algemeen welzijn en de dagelijkse activiteiten van een kankerpatiënt.

De procesindicator werd berekend op basis van de gegevens die beschikbaar zijn in de afgesloten databank van de Stichting Kankerregister voor het **incidentiejaar 2017**.

Er dient minimum één aanlevering te zijn van de WHO-performantiescore per patiënt. De patiënten werden toegewezen aan het(de) ziekenhuis(zen) dat(die) een kankerregistratie voor de diagnose uitvoerde(n). Indien een patiënt in verschillende ziekenhuizen werd behandeld en er voor die patiënt minstens één ingevulde WHO-performantiescore werd aangeleverd door één van deze ziekenhuizen, wordt dit als een gerapporteerde score beschouwd voor al deze ziekenhuizen.

Voor de evaluatie van deze indicator werd geen funnel methodiek gehanteerd, gezien deze indicator een zuivere kwaliteitsregistratie indicator is. De registratie van de WHO-performantiescore moet steeds gebeuren.

Het maximaal aantal te verwerven punten met deze indicator bedraagt 15 punten. In de onderstaande tabel worden de streefwaarden aangegeven, alsook de score die wordt toegekend naargelang het resultaat van het ziekenhuis.

≥ 90 % gerapporteerde WHO-performantiescore	15 punten
Tussen 85 en 90 % gerapporteerde WHO-performantiescore	5 punten
< 85 % gerapporteerde WHO-performantiescore	0 punten

Het resultaat van uw ziekenhuis voor de indicator "Registratie WHO-performantiescore" wordt weergegeven in [Tabel 5](#). [Figuur 1](#) in bijlage geeft de resultaten voor deze indicator weer. Voor deze indicator komt een hoog percentage overeen met een goed resultaat.

TABEL 5: SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE KLINISCHE PROCESINDICATOR "REGISTRATIE WHO-PERFORMANTIESCORE"

INDICATOREN	ERK	Volume (noemer)	Aantal registraties (teller)	% geregistreerd	Streefwaarde (%)	SCORE OP 15 PUNTEN
WHO-performantiescore	709	523	518	99	≥ 90 %	15

2.3.2. Registratie incorrecte of aspecifieke maag- of slokdarmlokalisatie

De indicator “[Registratie incorrecte of aspecifieke maag- of slokdarmlokalisatie](#)” meet het percentage patiënten een residentie in België gediagnosticeerd met (een) primaire maag- of slokdarmtumor(en) in de loop van incidentiejaren 2015-2017, waarvoor de topografie bij diagnose **onvoldoende specifiek of incorrect** werd geregistreerd door een zorgprogramma oncologie en aangeleverd aan de Stichting Kankerregister. De Stichting Kankerregister beveelt aan om de lokalisatie steeds zo specifiek of nauwkeuring mogelijk te coderen.

De procesindicator werd berekend op basis van de gegevens die beschikbaar zijn over de lokalisatie van primaire maag- en slokdarmtumoren in de afgesloten databank van de Stichting Kankerregister voor de **incidentiejaren 2015-2017**.

Er dient minimum één correcte, specifieke topografiecode te zijn per patiënt. De patiënten werden toegewezen aan het(de) ziekenhuis(zen) dat(die) een kankerregistratie voor de diagnose uitvoerde(n). Indien een patiënt in verschillende ziekenhuizen werd behandeld en er voor die patiënt minstens één correcte, specifieke topografiecode werd aangeleverd door één van deze ziekenhuizen dan wordt dit als correct beschouwd voor al deze ziekenhuizen.

Voor de evaluatie van deze indicator wordt een **funnel plot** gehanteerd, aangezien het registreren van een specifieke lokalisatie niet altijd mogelijk is en er voor deze indicator kan gesteld worden dat er (vanuit het statistische oogpunt) een graad van onzekerheid is. De **streefwaarde** voor deze indicator werd vastgelegd op **10 %**. De resultaten worden weergegeven in een funnel plot rond deze streefwaarde.

De ziekenhuizen kunnen voor deze indicator 5, 3 of 0 punten verwerven, afhankelijk van de positie in de funnel plot. Hierbij wordt een 99,8 % controlelimiet gehanteerd (dit is het 99,8 % exact betrouwbaarheidsinterval van een binomiaal verdeelde variabele). Vervolgens wordt dit herrekend naar een totaal van 10 punten.

Het resultaat van uw ziekenhuis voor de indicator “Registratie incorrecte of aspecifieke maag- of slokdarmlokalisatie” wordt weergegeven in [Tabel 6](#). Voor deze indicator komt een laag percentage overeen met een goed resultaat.

In [bijlage \(Figuur 2\)](#) worden de resultaten voorgesteld met een funnel plot (trechtergrafiek). Aan de hand van het identificatienummer kan elk ziekenhuis haar positie in de funnel plot nagaan. In de funnel plot wordt enkel voor de afwijkende ziekenhuizen het anonieme identificatienummer weergegeven.

TABEL 6: SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE KLINISCHE PROCESINDICATOR "REGISTRATIE INCORRECTE OF ASPECIFIEKE MAAG- OF SLOKDARMLOKALISATIE"

INDICATOR	ERK	ID	N	Teller	%	OCL	Ref (%)	BCL	SCORE OP 5 PUNTEN
Aspecifieke of incorrecte maag- of slokdarm-lokalisatie	709	64	44	26	59,09	-2,04	≤10	24,99	0
SCORE OP 10 PUNTEN									0

- *N* = volume = noemer
- *Teller* = Aantal aspecifieke of incorrecte registraties
- % = het percentage Aspecifieke of incorrecte maag- of slokdarm-lokalisatie
- *OCL* = Onderste controlelimiet van het 99,8% BI
- *Ref* = streefwaarde van ≥ 90
- *BCL* = Bovenste controlelimiet van het 99,8% BI

2.3.3. Domeinscore klinische procesindicatoren oncologie

De domeinscore van de klinische procesindicatoren wordt berekend op 25 punten en is weergegeven in [Tabel 7](#).

Indien voor het ziekenhuis voor één van de twee indicatoren geen gegevens beschikbaar zijn bij de Stichting Kankerregister (bijvoorbeeld, omdat er geen diagnose van maag- of slokdarmkanker was), kan het ziekenhuis geen punten verwerven voor de indicator. In dit geval worden de punten berekend op basis van de resultaten van de andere indicator van het domein klinische procesindicatoren.

Voor de berekening van de domeinscore wordt gecorrigeerd door de score (op 25 punten) te vermenigvuldigen met een correctiefactor. Voor ziekenhuizen waarvoor de gegevens voor beide indicatoren van het domein beschikbaar zijn, is de correctiefactor gelijk aan 1.

TABEL 7: DOMEINSCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE KLINISCHE PROCESINDICATOREN "ONCOLOGIE"

ERK	709
SCORE REGISTRATIE WHO PERFORMANTIESCORE OP 15 PUNTEN	15
SCORE REGISTRATIE INCORRECTE OF ASPECIFIEKE MAAG- OF SLOKDARMLOKALISATIE OP 10 PUNTEN	0
CORRECTIEFACTOR	1
DOMEINSCORE KLINISCHE PROCESINDICATOREN ONCOLOGIE OP 25 PUNTEN	15

2.4. Pathologiegebonden resultaatsindicatoren

In het P4P-programma 2020 zijn drie resultaatsindicatoren opgenomen:

1. 90-dagen postoperatieve mortaliteit na radicale chirurgie voor colonkanker
2. Mortaliteit na hoofddiagnose van heupfractuur
3. Mortaliteit na hoofddiagnose van ischemische beroerte (nog geen toekenning van punten)

De pathologie gebonden resultaatsindicatoren worden berekend op een domeinscore van 20 punten.

Indien voor het ziekenhuis voor een mortaliteitsindicator geen gegevens beschikbaar zijn (omdat een specifieke pathologie niet behandeld wordt in het ziekenhuis) kan het ziekenhuis geen punten verwerven voor deze indicator. In dit geval worden de punten berekend op basis van de resultaten van de andere indicator(en) waarop het ziekenhuis wél punten kan behalen.

Voor de berekening van de domeinscore wordt gecorrigeerd door de score (op 20 punten) te vermenigvuldigen met een correctiefactor. Voor ziekenhuizen waarvoor de gegevens voor alle indicatoren beschikbaar zijn, is de correctiefactor gelijk aan 1.

2.4.1. 90-dagen postoperatieve mortaliteit na radicale chirurgie voor colonkanker (incidentiejaren 2014-2016)

De gegevens voor de berekening van deze indicator werden aangeleverd door de Stichting Kankerregister (incidentiejaren 2014-2016). De methodologie voor de berekening van de indicator wordt beschreven in [de indicatorfiche](#).

Ziekenhuizen kunnen met deze indicator 0, 3 of 5 punten verwerven op basis van hun positie in de funnel plot. Hierbij wordt een 99,8 % controlelimiet gehanteerd (dit is het 99,8 % exact betrouwbaarheidsinterval van een binomiaal verdeelde variabele). Vervolgens wordt dit herrekend naar een totaal van 10 punten. Voor deze indicator komt een laag percentage overeen met een goed resultaat.

Ziekenhuizen met $\% \geq$ de bovenste controlelimiet	0 punten
Ziekenhuizen met $\%$ binnen de controlelimieten	3 punten
Ziekenhuizen met $\% \leq$ de onderste controlelimiet	5 punten

De individuele scores worden weergegeven in [Tabel 8](#). In [Figuur 3](#) worden de resultaten met de funnel plot weergegeven. In de funnel plot wordt enkel voor de afwijkende ziekenhuizen het anonieme identificatienummer weergegeven.

TABEL 8: SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE INDICATOR "90-DAGEN POSTOPERATIEVE MORTALITEIT NA RADICALE CHIRURGIE VOOR COLONKANKER"

INDICATOR	ERK	ID	N	O	E	SER	Mor- taliteit (%)	OCL	Ref (%)	BCL	SCORE OP 5 PUNTEN
% 90 dagen post-operatieve mortaliteit colonkanker	709	64	118	1	4,80	0,21	1,26	0,06	6,05	13,41	3
SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS OP 10 PUNTEN											6

- *N= Noemer* = Het aantal patiënten beschikbaar bij de Stichting Kankerregister: Alle patiënten gediagnosticeerd met colonkanker in de loop van incidentiejaren 2014-2016, waarbij radicale chirurgie werd uitgevoerd binnen 9 maanden na incidentie, waarvan de vitale status gekend is of die niet lost-to-follow up zijn binnen de 90 dagen na chirurgie.
- *Overlijdens (O)* = het aantal geobserveerde of waargenomen overlijdens
- *Verwachte overlijdens (E)* = het aantal patiënten dat 'verwacht' wordt te overlijden na standaardisatie van de gegevens. De volgende patiënt- en tumorkarakteristieken werden gebruikt voor de standaardisatie: leeftijd bij diagnose, geslacht, WHO performantie score en het gecombineerde stadium bij diagnose.
- *SER* = Standardized Event Ratio = O/E = overlijdens/verwachte overlijdens van het ziekenhuis
- *Mortaliteit = 90-dagen risico-gecorrigeerde mortaliteit (%)* = $SER * \text{referentiewaarde} = O/E * \text{referentiewaarde}$
- *OCL* = onderste controlelimiet van het 99,8% BI
- *Ref* = referentiewaarde = $(\sum \text{overlijdens} / \sum \text{patiënten beschikbaar bij BCR}) * 100$ voor alle ziekenhuizen samen.
- *BCL* = bovenste controlelimiet van het 99,8% BI

2.4.2. Mortaliteit na hoofddiagnose van heupfractuur (registratieperiode 2016-2017-2018)

Om deze indicator te berekenen werd gebruik gemaakt van de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG, FOD Volksgezondheid) voor de jaren 2016, 2017 en 2018. De methodologie voor de berekening van de indicator wordt beschreven in [de indicatorfiche](#).

Ziekenhuizen kunnen met deze indicator 0, 3 of 5 punten verwerven op basis van hun positie in de funnel plot. Hierbij wordt een 99,8 % controlelimiet gehanteerd (dit is het 99,8 % exact betrouwbaarheidsinterval van een binomiaal verdeelde variabele). Vervolgens wordt dit herrekend naar een totaal van 10 punten.

Voor deze indicator komt een laag percentage overeen met een goed resultaat.

Ziekenhuizen met % mortaliteit \geq de bovenste controlelimiet	0 punten
Ziekenhuizen met % mortaliteit binnen de controlelimieten	3 punten
Ziekenhuizen met % mortaliteit \leq de onderste controlelimiet	5 punten

De individuele scores worden weergegeven in [Tabel 9](#). In [Figuur 4](#) worden de resultaten met de funnel plot weergegeven. In de funnel plot wordt enkel voor de afwijkende ziekenhuizen het anonieme identificatienummer weergegeven.

TABEL 9: SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE INDICATOR "MORTALITEIT NA HOOFDDIAGNOSE VAN HEUPFRACTUUR"

INDICATOR	ERK	ID	N	O	E	SMR	OCL	Ref	BCL	SCORE OP 5 PUNTEN
Mortaliteit heupfractuur	709	64	311	7	10,78	64,91	16,91	100	199,13	3
SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS OP 10 PUNTEN										6

- *N= Volume* = Aantal patiënten \geq 65 jaar bij opname, opgenomen voor een heupfractuur in 2016, 2017 en 2018
- *Overlijdens (O)* = het aantal geobserveerde of waargenomen overlijdens
- *Verwachte overlijdens (E)* = het aantal patiënten dat 'verwacht' wordt te overlijden op basis van standaardisatie van de gegevens. De volgende parameters werden gebruikt voor de standaardisatie: geslacht, leeftijd bij opname, plaats vóór opname, registratiejaar en Charlson Comorbidity Index (CCI)
- $SMR = O/E * 100 = \text{overlijdens/verwachte overlijdens van het ziekenhuis} * 100$
- *OCL* = onderste controlelimiet van het 99,8% B
- *Ref* = de referentiewaarde = $(\sum \text{overlijdens} / \sum \text{opnamen}) * 100$ voor alle ziekenhuizen samen. Deze referentiewaarde komt overeen met de SMR van 100.
- *BCL* = bovenste controlelimiet van het 99,8% B

2.4.3. Mortaliteit na hoofddiagnose van ischemische beroerte (2016, 2017 en 2018)

Om deze indicator te berekenen werd gebruik gemaakt van de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG, FOD Volksgezondheid) voor de jaren 2016, 2017 en 2018. De methodologie voor de berekening van de indicator wordt beschreven in [de indicatorfiche](#).

Voor deze indicator worden nog geen punten toegekend voor de berekening van de P4P score in 2020.

De feedback over het resultaat van de mortaliteitsindicator ischemische beroerte is momenteel enkel informatief bedoeld. Het is aan te bevelen dat ziekenhuizen het resultaat intern analyseren en bespreken. Bij een slecht resultaat is het wenselijk om verbeteracties te implementeren.

De individuele scores (zwak, gemiddeld en excellent) worden weergegeven in [Tabel 10](#). In [Figuur 5](#) worden de resultaten met de funnel plot weergegeven. Hierbij wordt een 99,8 % controlelimiet gehanteerd (dit is het 99,8 % exact betrouwbaarheidsinterval van een binomiaal verdeelde variabele). Voor deze indicator komt een laag percentage overeen met een goed resultaat.

Ziekenhuizen met % mortaliteit \geq de bovenste controlelimiet	Heel zwakke score
Ziekenhuizen met % mortaliteit binnen de controlelimieten	Gemiddelde score
Ziekenhuizen met % mortaliteit \leq de onderste controlelimiet	Excellente score

In de funnel plot wordt enkel voor de afwijkende ziekenhuizen het anonieme identificatienummer weergegeven.

TABEL 10: RESULTATEN VOOR DE INDICATOR " MORTALITEIT NA HOOFDDIAGNOSE VAN ISCHEMISCHE BEROERTE"

INDICATOR	ERK	ID	N	O	E	SMR	OCL	Ref	BCL
Mortaliteit ischemische beroerte	709	64	361	13	20,285	64,09	40,41	100	166,51

DE SCORE OP DEZE INDICATOR WORDT NIET MEEGENOMEN IN DE BEREKENING VAN DE P4P SCORE

- *N = Volume* = Aantal patiënten van 18 jaar en ouder bij opname, met een hoofddiagnose ischemische beroerte in 2016, 2017 en 2018
- *Overlijdens (O)* = het aantal geobserveerde of waargenomen overlijdens
- *Verwachte overlijdens (E)* = het aantal patiënten dat 'verwacht' wordt te overlijden op basis van standaardisatie van de gegevens. De volgende parameters werden gebruikt voor de standaardisatie: geslacht, leeftijd bij opname, plaats vóór opname, registratiejaar en Charlson Comorbidity Index (CCI).
- $SMR = O/E * 100$ = overlijdens/verwachte overlijdens van het ziekenhuis * 100
- *OCL* = onderste controlelimiet van het 99,8% BI
- *Ref* = de referentiewaarde = $(\sum \text{overlijdens} / \sum \text{opnamen}) * 100$ voor alle ziekenhuizen samen. Deze referentiewaarde komt overeen met de SMR van 100.
- *BCL* = Bovenste controlelimiet van het 99,8 % BI

TABEL 11: OVERZICHTSTABEL MET DE SCORES PER DOMEIN EN DE P4P-SCORE

P4P-SCORE 79,25/100 PUNTEN			
ZIEKENHUISBREDE INDICATOREN 52,25/55 PUNTEN		PATHOLOGIEGEBONDEN INDICATOREN 27/45 PUNTEN	
STRUCTUUR 37,25/40 PUNTEN	RESULTAAT 15/15 PUNTEN	PROCES 15/25 PUNTEN	RESULTAAT 12/20 PUNTEN
ISQua-accreditatiestatus die op datum 15 maart 2020 van toepassing is 25/25 PUNTEN	Patiëntenervaringen 15/15 PUNTEN	Registratie WHO performantiescore 15/15 PUNTEN	Gecorrigeerde 90-dagen postoperatieve mortaliteit na radicale chirurgie voor colonkanker 6/10 PUNTEN
Deelname aan niet-verplichte en kwaliteitsbevorderende klinische en niet-klinische registraties en/of het behalen van bepaalde kwaliteitslabels 2,25/5 PUNTEN		Registratie incorrecte of aspecifieke maag- of slokdarmlokalisatie 0/10 PUNTEN	Mortaliteit heupfractuur 6/10 PUNTEN
Implementatie van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem: % incidentmeldingen dat conform gecodeerd is 10/10 PUNTEN			Mortaliteit ischemische beroerte DE SCORE OP DEZE INDICATOR WORDT NIET MEEGENOMEN IN DE BEREKENING VAN DE P4P SCORE

3. BEREKENING P4P-BUDGET PER ZIEKENHUIS

Het beschikbare P4P-budget blijft ongewijzigd in 2020 en bedraagt **6.182.154 euro**. Het budget wordt verdeeld volgens het aantal verworven punten per ziekenhuis, gewogen volgens de verantwoorde activiteit.

Het beschikbare bedrag (A) wordt verdeeld over de deelnemende ziekenhuizen, op basis van de P4P score en het aantal erkende en/of verantwoorde bedden zoals meegedeeld bij de vaststelling van de begroting voor de financiële middelen voor het jaar 2019.

$$\frac{A}{\sum (B_i * C_i)} = \text{BEDRAG PER PUNT PER BED} = Z$$

waarbij:

A = beschikbaar P4P-budget van € 6.182.154

B_i = aantal bedden van elk ziekenhuis:

Met 'bed' worden de verantwoorde of de erkende bedden bedoeld voor bed indexen waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de in artikel 33, § § 1 en 2 van het Koninklijk Besluit van 25 april 2002 betreffende de vastlegging en vereffening van het Budget Financiële Middelen van de ziekenhuizen..

Het aantal verantwoorde bedden is het aantal dat betekend is bij vaststellen van het budget van de financiële middelen van het jaar n-1 en het aantal erkende bedden dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betreffende jaar.

Het **bedrag per ziekenhuis (A_i)** wordt als volgt berekend:

$$A_i = Z * B_i * C_i$$

Voor uw ziekenhuis bedragen de waarden:

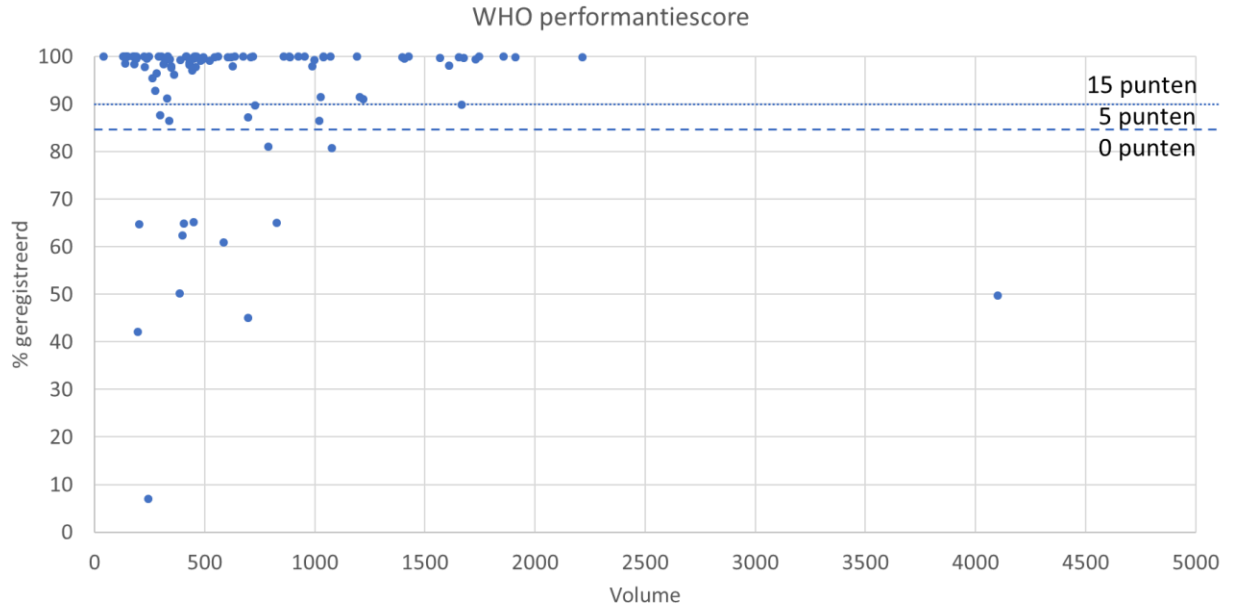
ERK	709	
A_i	P4P budget voor uw ziekenhuis	40.964,30
Z	Het bedrag per punt per bed	1,662
B_i	Totaal aantal verantwoorde bedden van uw ziekenhuis (status 01-01-2019)	311
C_i	De P4P score voor uw ziekenhuis	79,25

4. HET P4P-BUDGET VAN UW ZIEKENHUIS VOOR 2020

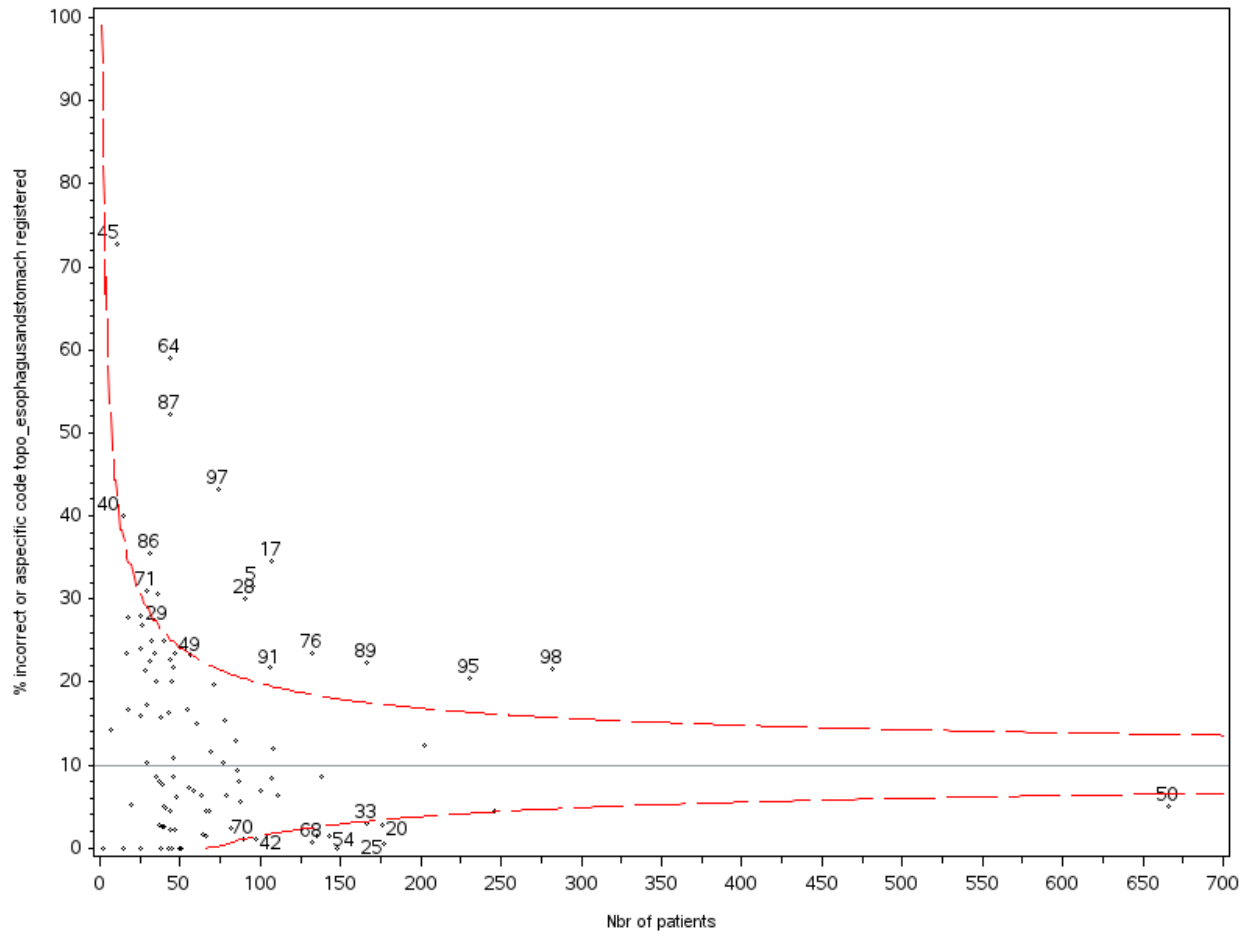
Het P4P-budget van uw ziekenhuis bedraagt: € 40.964,30

BIJLAGE 1: Figuren klinische procesindicatoren oncologie

FIGUUR 1: REGISTRATIE WHO-PERFORMANTIESCORE

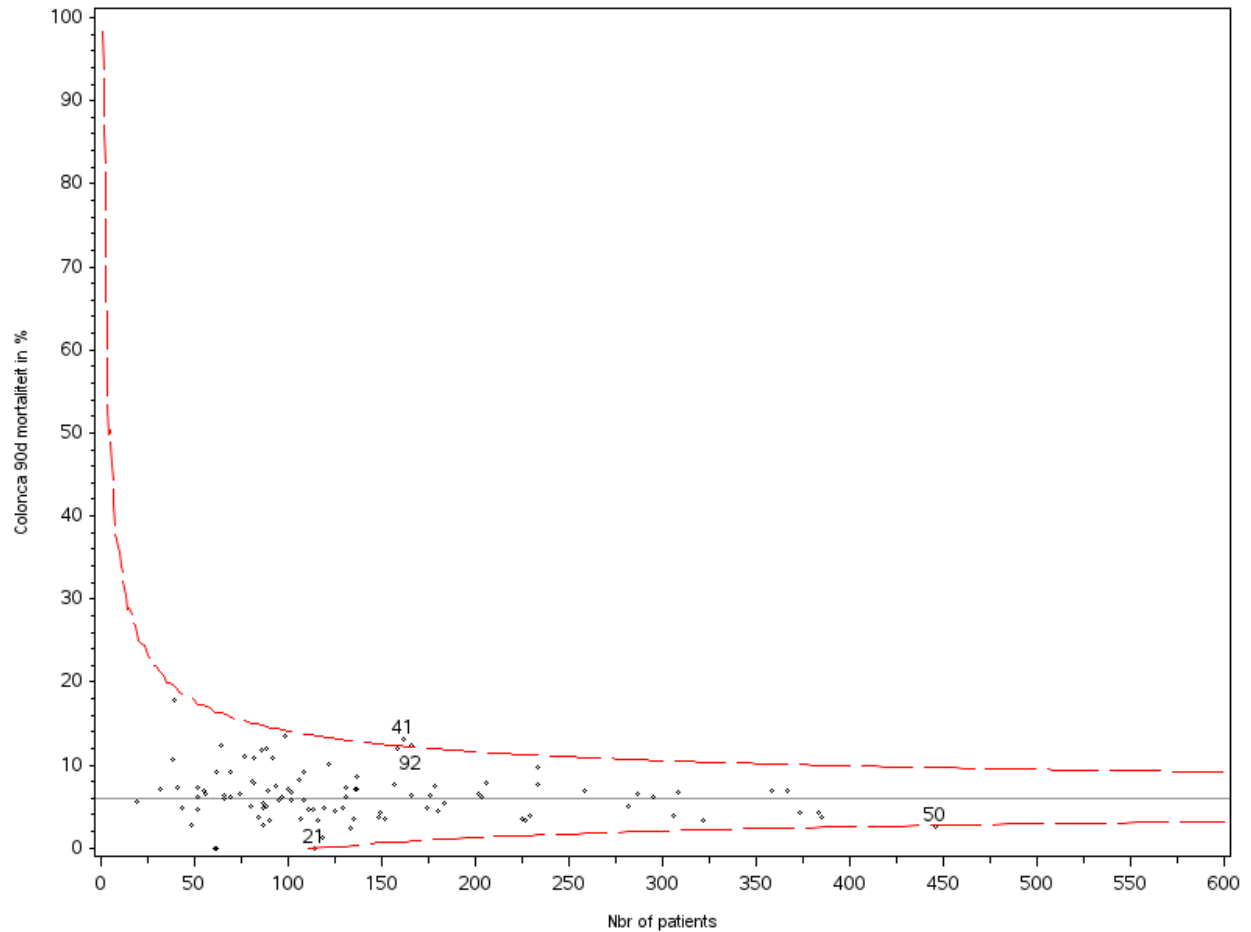


FIGUUR 2: FUNNEL PLOT INDICATOR REGISTRATIE INCORRECTE OF ASPECIFIEKE MAAG- OF SLOKDARMLOKALISATIE

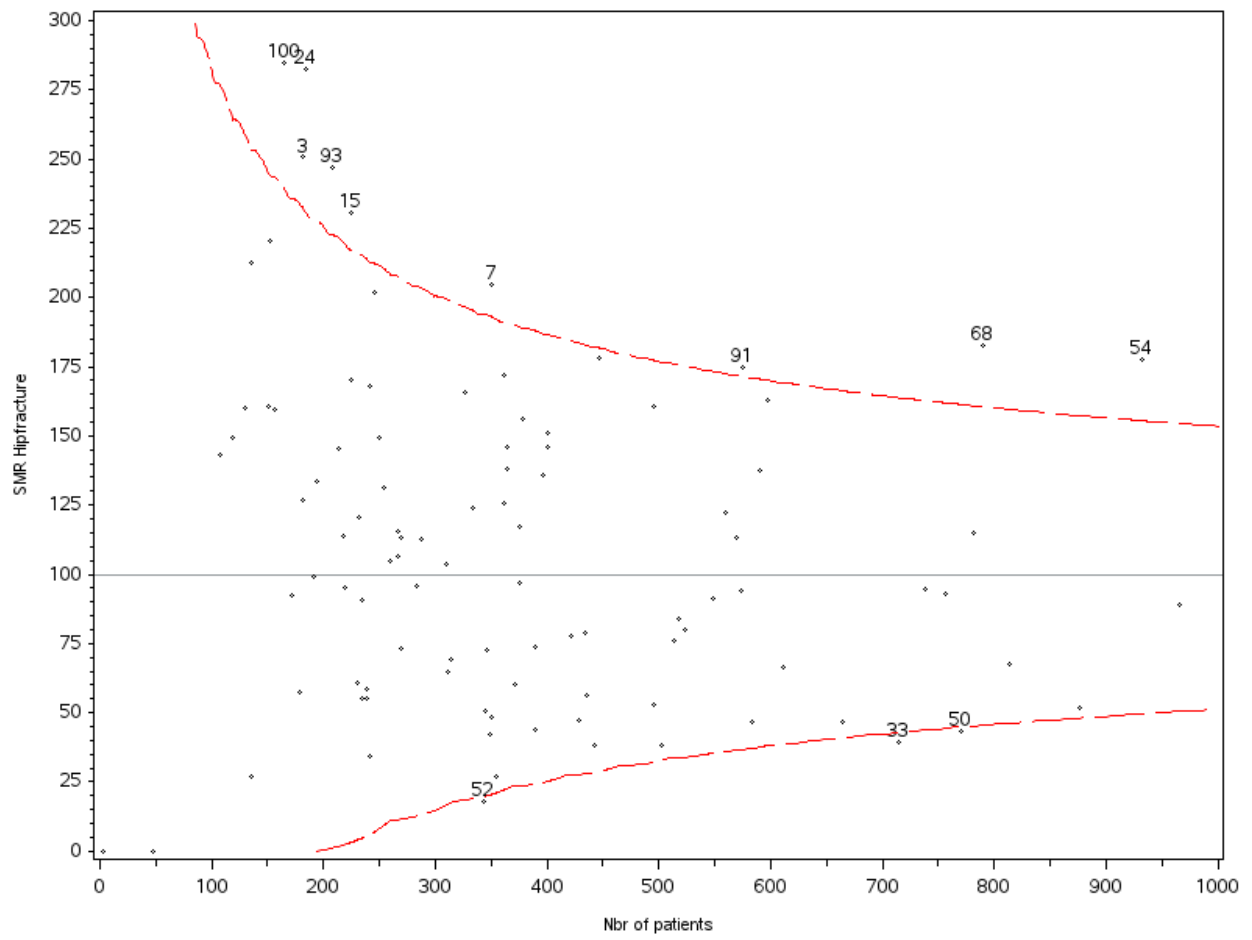


BIJLAGE 2: Figuren resultaatsindicatoren

FIGUUR 3: FUNNEL PLOT INDICATOR 90-DAGEN POSTOPERATIEVE MORTALITEIT NA RADICALE CHIRURGIE VOOR COLONKANKER



FIGUUR 4: FUNNEL PLOT INDICATOR MORTALITEIT NA HOOFDDIAGNOSE VAN HEUPFRACTUUR



FIGUUR 5: FUNNEL PLOT MORTALITEIT NA HOOFDDIAGNOSE VAN ISCHEMISCHE BEROERTE

