



P4P-indicatorenset 2019

Pay for Performance programma voor algemene ziekenhuizen – versie 2.0



1 APRIL 2019

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| 1. P4P-PROGRAMMA 2019 | 2 |
| 1.1. Set 2019: indicatoren en puntenverdeling | 2 |
| 1.1.1. <i>ISQua-accreditatiestatus die op datum van 15 maart 2019 van toepassing is</i> | 2 |
| 1.1.2. <i>Klinische registraties, kwaliteitsbevorderende activiteiten en kwaliteitslabels</i> | 3 |
| 1.1.3. <i>Implementatie VMS: % incidentmeldingen dat conform gecodeerd is</i> | 4 |
| 1.1.4. <i>Patiëntenervaringen</i> | 4 |
| 1.1.5. <i>Klinische procesindicatoren oncologie</i> | 5 |
| 1.1.6. <i>Klinische procesindicator: Antibioticaprofylaxe bij totale knieprothese</i> | 7 |
| 1.1.7. <i>Resultaatsindicatoren</i> | 7 |
| 1.1.8. <i>Overzicht van de P4P- indicatorenset 2019</i> | 8 |
| 1.2. Validatie van de resultaten | 9 |
| 1.3. Verdeling P4P-budget vast-variabel | 9 |
| 2. METEN VAN VERBETERING | 10 |
| 3. VOORBEREIDEN PUBLIEKE RAPPORTERING | 10 |
| 4. WERKGROEP P4P | 11 |

In overleg met de strategische werkgroep P4P (d.d. 13/12/2018) werd het **P4P-programma 2019** gefinaliseerd. Er werden eveneens reeds een aantal **opties voor de komende jaren** vastgelegd (o.a. toekomstige indicatoren en publieke rapportering).

Tijdens de laatste vergadering van de werkgroep P4P (d.d. 14/03/2019) werden, na grondig overleg, nog een aantal wijzigingen doorgevoerd voor de volgende twee indicatoren: **klinische registraties/ kwaliteitsbevorderende activiteiten/ kwaliteitslabels en klinische procesindicatoren oncologie**. In de paragrafen 1.1.2 en 1.1.5 van deze nota wordt verduidelijkt waarom deze aanpassingen werden gedaan.

In de loop van 2018 werd de werkgroep P4P uitgebreid met enkele leden. De **hernieuwde samenstelling** van de werkgroep is terug te vinden in onderdeel 4.

1. P4P-PROGRAMMA 2019

1.1. Set 2019: indicatoren en puntenverdeling

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

- De ziekenhuisbrede indicatoren omvatten 3 structuurindicatoren en 1 resultaatsindicator.
- De pathologiegebonden indicatoren bevatten 1 procesindicator antibioticaprofylaxe bij chirurgische interventies, 5 procesindicatoren oncologie en 2 mortaliteitsindicatoren waarvoor betrouwbare data voorhanden zijn.

In totaal zijn **80 punten** te verwerven, op basis waarvan een P4P-totaalscore wordt berekend. Ook in 2019 is het grootste deel van de punten te behalen met de ziekenhuisbrede indicatoren (55/80).

1.1.1. ISQua-accreditatiestatus die op datum van 15 maart 2019 van toepassing is

Zoals in 2018 worden de punten voor deze indicator toegekend volgens een getrappt systeem. In 2019 werd de datum voor accreditatiestatus vastgelegd op **15 maart 2019**.

Concreet betekent dit het volgende:

| | |
|---|-----------|
| • ISQua-accreditatie behaald die op 15 maart 2019 van toepassing is: | 25 punten |
| • Proefaudit achter de rug door een ISQua-geaccrediteerde instantie uiterlijk op 15 maart 2019: | 15 punten |
| • Contract ondertekend met ISQua -geaccrediteerde instantie uiterlijk op 15 maart 2019 | 10 punten |

1.1.2. Klinische registraties, kwaliteitsbevorderende activiteiten en kwaliteitslabels

In de indicatorenset 2019 worden enkele klinische registraties geschrapt en zijn er enkele nieuwe, ook kwaliteitsbevorderende activiteiten toegevoegd. Voor de kwaliteitslabels werd geen aanpassing doorgevoerd. Deze zijn dezelfde als in 2018.

De **registraties uit de set van 2018** die behouden blijven zijn:

- Prisma-RT (radiotherapie)
- STEMI-register (BIWAC)

Enkele **nieuw toegevoegde en niet-verplichte registraties/kwaliteitsbevorderende activiteiten** zijn:

- Deelname aan MICA (Monitoring Intensive Care Activities): registratie, benchmarking en kwaliteitsverbetering van de Intensieve Zorgen
- Deelname aan het Trauma Register DGU¹ dat wereldwijde kwaliteitsnormen vastlegt voor de chirurgische behandeling van patiënten met ernstig trauma
- Deelname aan de Patient Participation Culture Tool (PaCT): een instrument om de cultuur rond patiëntenparticipatie bij zorgverleners te meten
- Deelname aan de pre- en postcampagne registratie voor handhygiëne (data 2016-2017 – minimum 150 observaties)

De strategische werkgroep P4P besliste om deze 4 registraties/kwaliteitsbevorderende activiteiten toe te voegen omdat de inspanningen om ze te behalen kwaliteitsbevorderend zijn voor de patiëntenzorg. Ze zijn ook niet gekoppeld aan een bepaalde RIZIV-conventie en in principe zijn ze haalbaar voor alle ziekenhuizen.

De strategische werkgroep P4P besliste eveneens om deelname aan de ontwikkeling en de implementatie van ICHOM-standaarden niet te weerhouden. Na onderzoek bleek het niet mogelijk om een betrouwbare stand van zaken te bekomen van ziekenhuizen die ICHOM-standaarden mee ontwikkelen en/of implementeren.

Kwaliteitslabels:

- Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI-label)
- EBCOG (European Board & College of Obstetrics and Gynaecology)
- Breast Centres Certification ITALCERT (EUSOMA)

Ziekenhuizen verwerven 1 punt per deelname aan een niet-verplichte registratie of activiteit uit de lijst en 1 punt per kwaliteitslabel uit de lijst. Het maximumaantal te verwerven punten kan voor deze indicator echter niet hoger zijn dan 5.

¹ Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie - <http://www.traumaregister-dgu.de>

Indien een ziekenhuis omwille van een specifieke patiëntenpopulatie, niet kan deelnemen aan een bepaalde registratie, kwaliteitsbevorderende activiteit of kwaliteitslabel, wordt de noemer aangepast. Bijvoorbeeld: indien een ziekenhuis PRISMA-RT niet kan behalen omdat er geen radiotherapie centrum aanwezig is, dan worden de punten berekend op basis van een noemer op 8 in plaats van op 9 (= totaal aantal items uit de lijst). Het totaal aantal punten voor deze indicator wordt omgerekend naar 5.

1.1.3. Implementatie VMS: % incidentmeldingen dat conform gecodeerd is

Deze indicator blijft behouden in de indicatorenset van 2019. Voor de berekening zal opnieuw gebruik worden gemaakt van de resultaten uit het XML-exportrapport waarbij dezelfde werkwijze wordt gehanteerd als in 2018. In 2019 blijft het vereiste minimumaantal incidentmeldingen 100 en wordt dezelfde puntenverdeling gehanteerd. De enige wijziging die voor deze indicator wordt doorgevoerd is de **periode** waarover gevraagd wordt te rapporteren.

- Periode: ziekenhuizen rapporteren over de XML-data uit de **periode tussen 01/07/2018 en 31/12/2018. Het is de bedoeling om voor alle incidentmeldingen uit deze periode een XML-export te realiseren.**
- Puntenverdeling:
 - 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

1.1.4. Patiëntenervaringen

In 2018 werd de indicator patiëntenervaringen opgedeeld in een procesgedeelte en een resultaatgedeelte. Met het procesgedeelte (het al dan niet uitvoeren van de meting) konden ziekenhuizen 10 punten verwerven, met het resultaatgedeelte waren 5 punten te verwerven voor de volgende 2 items:

- “Welk cijfer zou u dit ziekenhuis geven voor deze opname?”
- “Zou u dit ziekenhuis aanbevelen aan uw vrienden en familie?”

In 2019 worden opnieuw C- en D-diensten geïncludeerd. Er zijn wel **wijzigingen in de meetperiode voor P4P, het aantal vragenlijsten, de streefwaarden en de puntenverdeling.**

- Meetperiode op C-en D-diensten (P4P): van 01/07/2018 tot 31/12/2018
- Een minimum van 125 vragenlijsten is vereist voor deze indicator
- Puntenverdeling:
 - er worden geen punten toegekend op het procesgedeelte van deze indicator (het uitvoeren van de meting)
 - het aantal te verwerven punten voor het resultaatgedeelte van deze indicator is 15 punten (7,5 punten per item)

- De streefwaarden worden verhoogd met 20 % (van 60% positieve respons naar 80 %) en de puntenverdeling wordt aangepast.

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 |

De moeilijkheid bij deze indicator is de verschillende aanpak in de beide landsgedeelten (methodologie, meetperiode, gebruikte schalen,...).

Voor deze indicator is het de bedoeling dat **vanaf 2021**, patiëntenervaringen gemeten worden volgens een **uniforme methodologie**. De expertenwerkgroep patiëntenervaringen, waarin alle betrokken partijen vertegenwoordigd zijn, zal hiervoor de nodige initiatieven nemen.

1.1.5. Klinische procesindicatoren oncologie

Zoals in 2018 werden de procesindicatoren oncologie gekozen door de Stichting Kankerregister (BCR), in samenspraak met klinische experts en werden 5 indicatoren. (gespreid over 2 deeldomeinen) weerhouden.

- **Deeldomein prostaat, -long-, colon, - en rectumkanker** (op basis van de incidentiejaren 2015-2016):

Deze indicatoren worden berekend op basis van de status van de gegevens die beschikbaar zijn in de afgesloten databank van de BCR voor de incidentiejaren 2015 en 2016. De volgende indicatoren werden weerhouden:

- % patiënten gediagnosticeerd met invasieve **prostaatkanker**, waarvoor het pathologisch stadium (pTNM) niet is aangeleverd door een zorgprogramma oncologie aan de BCR en die een chirurgische ingreep ondergingen t.e.m. 9 maanden na incidentiedatum
- % patiënten gediagnosticeerd met invasieve **longkanker**, waarvoor het pathologisch stadium (pTNM) niet is aangeleverd door een zorgprogramma oncologie aan de BCR en die een chirurgische ingreep ondergingen t.e.m. 9 maanden na incidentiedatum
- % patiënten gediagnosticeerd met invasieve **colonkanker**, waarvoor het pathologisch stadium (pTNM) niet is aangeleverd door een zorgprogramma oncologie aan de BCR en die een chirurgische ingreep ondergingen t.e.m. 9 maanden na incidentiedatum

- % patiënten gediagnosticeerd met invasieve **rectumkanker**, waarvoor het pathologisch stadium (pTNM) niet is aangeleverd door een zorgprogramma oncologie aan de BCR en die een chirurgische ingreep ondergingen t.e.m. 9 maanden na incidentiedatum
- **Deeldomein hoofd-en halstumoren** (op basis van het KCE-rapport², incidentiejaren 2009-2014)

Voor de klinische procesindicatoren hoofd- en halskanker werd met klinische experts en de BCR een keuze gemaakt op basis van het KCE-rapport (incidentiejaren 2009-2014).

Aanvankelijk werden de volgende 3 indicatoren weerhouden:

- % patiënten met niet-gemetastaseerde spinocellulaire hoofd- en halskanker dat een MRI en/of CT met contrast van de primaire tumorregio en drainerende lymfeklieren onderging vóór de start van de curatieve behandeling
- % patiënten met geopereerde spinocellulaire hoofd- en halskanker, waarvoor de pTNM beschikbaar is in de databank van de BCR
- % patiënten met vroeg stadium (klinisch stadium I of II) spinocellulaire hoofd- en halskanker dat behandeld werd met monotherapie

Na discussie in de werkgroep P4P (d.d. 14/03/2019) werd beslist om slechts één indicator te weerhouden voor hoofd-en halskanker. De belangrijkste reden hiervoor is het probleem van toewijzing van patiënten aan een ziekenhuis volgens het algoritme van de BCR en de KCE-studie.

De indicator voor hoofd-en halskanker die wordt weerhouden is het % patiënten waarvoor de pTNM beschikbaar is in de databank van de BCR.

Samengevat: voor het domein van de klinische procesindicatoren oncologie werden 5 indicatoren weerhouden (cf. tabel 1).

Voor de indicator pTNM hoofd-en halskanker is de streefwaarde $\geq 95\%$, in tegenstelling tot de andere pTNM indicatoren met een streefwaarde van $\leq 10\%$.

Deze beslissing werd genomen om de analogie te behouden met het KCE-rapport en de individuele feedback van de BCR naar de ziekenhuizen.

De indicatoren voor de niet-geregistreerde pTNM prostaat, -long, -colon-en rectumkanker vertegenwoordigen elk een gewicht van 2, terwijl de indicator beschikbare pTNM hoofd-en halskanker een gewicht heeft van 1 aangezien de streefwaarde strikter is.

Ziekenhuizen kunnen per indicator 5, 3 of 0 punten verwerven (funnel plot).

² <https://kce.fgov.be/nl/kwaliteitsindicatoren-voor-de-aanpak-van-hoofd-en-halskanker>

Het maximum aantal te behalen punten voor het domein van de klinische procesindicatoren oncologie bedraagt 15 punten.

Tabel 1: 5 weerhouden klinische procesindicatoren oncologie met streefwaarde en gewicht per indicator

| Indicatoren | Streefwaarde | Gewicht per indicator |
|---|--------------|-----------------------|
| % niet-geregistreerde pTNM prostaatkanker | ≤ 10 % | 2 |
| % niet-geregistreerde pTNM longkanker | ≤ 10 % | 2 |
| % niet-geregistreerde pTNM colonkanker | ≤ 10 % | 2 |
| % niet-geregistreerde pTNM rectumkanker | ≤ 10 % | 2 |
| % beschikbare pTNM hoofd- en halskanker | ≥ 95 % | 1 |

1.1.6. Klinische procesindicator: Antibiotica profylaxe bij totale knieprothese

In afstemming met de BAPCOC-experten wordt de indicator “Antibiotica profylaxe bij totale knieprothese” weerhouden in de set van 2019 (data 2016). Andere interventies konden niet weerhouden worden omwille van lage volumes of omdat geen AB-profylaxe vereist is

De **streefwaarde** voor deze indicator is **90 %** compliance met antibiotica profylaxe richtlijnen, zoals overeengekomen met de BAPCOC-experten.

Voor deze indicator zal in het individuele feedbackrapport meer gedetailleerde info gegeven worden over:

- de ongecorrigeerde antibiotica compliance (teller/noemer);
- een overzicht van de verblijven die niet compliant zijn met de antibiotica richtlijnen:
 - aantal verblijven waarvoor missende facturatiegegevens
 - aantal verblijven waarvoor verkeerde keuze antibiotica
 - aantal verblijven waarvoor verkeerde dosis Cefazoline/Cefuroxime;
- de gecorrigeerde antibiotica compliance (correctie voor parameters in het statistische model);
- de positionering van het ziekenhuis in de funnel plot op basis waarvan de puntenberekening gedaan wordt.

Ziekenhuizen kunnen met deze indicator 5,3 of 0 punten verwerven op basis van hun positie in de funnel t.o.v. de streefwaarde.

1.1.7. Resultaatsindicatoren

In het P4P-programma 2019 zijn twee mortaliteitsindicatoren opgenomen en zijn er in dit domein 5 punten te verwerven.

Van zodra ook andere mortaliteitsindicatoren kunnen worden berekend met zo recent mogelijke MZG-data, zullen deze worden opgenomen in de P4P-indicatorenset. Dit kan ten vroegste vanaf 2020 aangezien er verschillende jaren moeten worden gebundeld om de indicatoren op voldoende volumes van opnames te berekenen (van 2016 tot 2018).

Door mortaliteitsindicatoren op te nemen in de set van 2019 en ook deels te belonen wordt het belang ervan aangegeven en wordt het signaal gegeven dat ze een belangrijke triggerfunctie hebben. Van de ziekenhuizen wordt accurate registratie, analyse en interne bespreking verwacht van de mortaliteitscijfers zodat verbeterstrategieën kunnen worden opgestart.

Om ziekenhuizen hierin te ondersteunen werd een programma ontwikkeld met workshops waarin een aantal bruikbare instrumenten en tools om verbeterinitiatieven op te starten, worden verduidelijkt (bv. de workshop *statistical procescontrol*).

De twee mortaliteitsindicatoren die in de P4P-indicatorenset van 2019 werden opgenomen zijn:

- **90-dagen postoperatieve mortaliteit radicale chirurgie voor rectumkanker** (data BCR, incidentiejaren 2014-2016)

Ziekenhuizen kunnen met deze indicator 5,3 of 0 punten verwerven op basis van hun positie in de funnel t.o.v. “het gemiddelde ziekenhuis” en niet t.o.v. een streefwaarde.

- **Mortaliteit heupfractuur** (data MZG 2016)

Voor deze indicator kunnen nog geen punten verworven worden aangezien de aantallen voor 1 jaar onvoldoende zijn. De resultaten worden aan de ziekenhuizen meegedeeld met de bedoeling om deze te bekijken en intern te analyseren. In de toekomst zal deze indicator, op basis van data over meerdere jaren, wel in de P4P-set worden opgenomen.

1.1.8. Overzicht van de P4P- indicatorenset 2019

In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de P4P-indicatorenset 2019 per domein en het aantal te verwerven punten dat er tegenover staat. Het totaal aantal te verwerven punten is 80 (zoals in 2018). Op termijn is het de bedoeling om het jaarlijks aantal te verwerven punten te verhogen tot 100 waarbij het gewicht voor de pathologiegebonden resultaatsindicatoren zal toenemen. De strategische werkgroep P4P zal de meest wenselijke verdeling voor de ziekenhuisbrede en de pathologiegebonden indicatoren bepalen.

Tabel 2: P4P-indicatorenset 2019

| Ziekenhuisbrede indicatoren (55/80) | | Pathologiegebonden indicatoren (25/80) | |
|--|---------------------------------------|---|--|
| Structuur 40/80 | Resultaat 15/80 | Proces 20/80 | Resultaat 5/80 |
| ISQua-accreditatiestatus die op datum van 15 maart 2019 van toepassing is (25/80) | Patiëntenervaringen (15/80) | 5 klinische procesindicatoren oncologie (15/80) | 90-dagen postoperatieve mortaliteit radicale chirurgie voor rectum kanker (5/80) |
| Registraties, kwaliteitsbevorderende activiteiten en kwaliteitslabels (status op 15 maart 2019) (5/80) | | 1 klinische procesindicator antibioticaprofylaxe totale knieprothese (5/80) | Mortaliteit heupfractuur (0/80) |
| Implementatie VMS: % conform gecodeerde incidentmeldingen (10/80) | | | |

1.2. Validatie van de resultaten

In april 2019 ontvangen de ziekenhuizen een feedbackrapport met de behaalde resultaten per indicator. Ziekenhuizen kunnen deze valideren, uiterlijk **tot 30 juni 2019**.

Nadien wordt het feedbackrapport beschikbaar gesteld via Portahealth.

1.3. Verdeling P4P-budget vast-variabel

Het P4P-financieringsbedrag 2019 voor de algemene ziekenhuizen bedraagt, na indexaanpassing, **6.182.154 euro**.

Idealiter wordt het volledige P4P-bedrag gerelateerd aan de behaalde P4P-score (i.e. wordt er geen vast gedeelte meer toegekend).

In 2019 wordt het **vast gedeelte** toch nog vastgelegd op **10 %** en het **variabele gedeelte** op **90 %**. Het vast gedeelte is een vast bedrag, uniform voor elk participierend ziekenhuis, ongeacht de P4P-score of de omvang van het ziekenhuis. Het variabele gedeelte wordt toegekend op basis van het totaal aantal verworven punten per ziekenhuis, gewogen volgens de verantwoorde activiteit.

Vanaf 2020 wordt het volledige budget verdeeld volgens het aantal verworven punten per ziekenhuis, gewogen volgens de verantwoorde activiteit (i.e. enkel nog variabel gedeelte).

2. METEN VAN VERBETERING

Met het huidige P4P-programma worden de ziekenhuizen aangemoedigd om een bepaald *niveau* van performantie te bereiken (“*achievement*”). In de toekomst is het ook de bedoeling om *verbetering* in performantie te belonen (“*improvement*”). Om verbetering te kunnen stimuleren, is het noodzakelijk dat tijdig wordt aangekondigd aan de ziekenhuizen welke indicatoren hiervoor zullen gebruikt worden, zodat de ziekenhuizen alsnog verbeteracties kunnen opzetten.

Daarom is het de bedoeling om de indicatoren afwisselend op te nemen in de jaarlijkse P4P-programma's. Zo zullen de 4 indicatoren borstkanker en de 5 indicatoren (cTNM) over andere kwaadaardige tumoren uit de set van 2018 worden hernomen in het P4P-programma van 2023 (incidentiejaren 2018 – 2019 -2020). Ook de indicatoren AB-profylaxe totale heupprothese, implantatie permanente pacemaker en hysterectomie, zullen hernomen worden van zodra er data beschikbaar zijn voor de periode 2018 – 2019 - 2020. In de tussentijd zullen jaarlijks andere indicatoren worden opgenomen (zoals bv. totale knieprothese in 2019) die op hun beurt, zodra recentere data ter beschikking zijn, worden hernomen.

De strategische werkgroep P4P zal een methode en een puntensysteem ontwikkelen dat toelaat om op termijn ook verbetering te meten en aan te moedigen.

3. VOORBEREIDEN PUBLIEKE RAPPORTERING

In de toekomst zal publieke rapportering over de P4P-indicatoren worden ingevoerd. Dit zal echter kaderen in een federale strategie rond publieke rapportering over gezondheidszorgindicatoren.

4. WERKGROEP P4P

Begin 2017 werd een **werkgroep P4P** opgericht met experts van de administraties en uit de sector, onder het voorzitterschap van de FOD Volksgezondheid.

De samenstelling van de werkgroep gebeurde in samenspraak met de beleidscel van Minister De Block. De taak van de werkgroep is, via een proces van co-creatie, een klankbord zijn voor de betrokken stakeholders en een concreet, werkbaar voorstel voor een P4P-programma voor de algemene ziekenhuizen uit te werken.

In 2018 kwam de werkgroep P4P **driemaandelijks** bijeen en heeft vergaderd op 19/4, 7/6 en 13/12. De vergadering in 2019 vond plaats op 14 maart.

In de loop van 2018 werd de werkgroep **uitgebreid met enkele leden** (cf. tabel 3).

Tabel 3: leden van de werkgroep P4P

| | | |
|-------------|-----------|--|
| Aelvoet | Wim | Cel kwaliteit en patiëntveiligheid van de FOD Volksgezondheid |
| Annemans | Lieven | UGent |
| Casselmann | Kristien | Beleidscel Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken |
| Claesen | Marlies | Cel kwaliteit en patiëntveiligheid van de FOD Volksgezondheid |
| Coolen | Tom | UZ Brussel |
| Crommelynck | Anja | Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles |
| De Toeuf | Jacques | BVAS-ABSyM |
| Dehanne | Fabian | CHU UCL Namur |
| Dusart | Michelle | CHU Saint-Pierre |
| Geboers | Marc | ZorgnetICURO |
| Goemaere | Dieter | GIBBIS |
| Haelterman | Margareta | Hoofd van de cel kwaliteit en patiëntveiligheid, voorzitter van de werkgroep P4P |
| Hotterbeex | Aline | Unessa |
| Kesteloot | Katrien | Beleidscel Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken |
| Lefebvre | Grégoire | Centre Hospitalier de Mouscron |
| Marquet | Kristel | UHasselt - AZ Vesalius |
| Meeus | Pascal | RIZIV |
| Peleman | Hilde | Cel kwaliteit en patiëntveiligheid van de FOD Volksgezondheid |
| Ramaekers | Dirk | Jessaziekenhuis – KU Leuven |
| Schoonvaere | Quentin | PAQS |
| Swaluë | Anne | Cel kwaliteit en patiëntveiligheid van de FOD Volksgezondheid |
| Vanhaecht | Kris | Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid (LIGB) – UZ Leuven |
| Vlayen | Annemie | Cel kwaliteit en patiëntveiligheid van de FOD Volksgezondheid |
| Vlayen | Joan | Sint-Trudo ziekenhuis |
| Winnen | Bert | Kabinetschef Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken |