KCE REPORT 341B

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

ÉVALUATION DE LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE AU MOYEN DE PROJECTIONS

COMPLÉMENT AU RAPPORT « PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE – 2019 »





KCE REPORT 341B
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

ÉVALUATION DE LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE AU MOYEN DE PROJECTIONS

COMPLÉMENT AU RAPPORT « PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE – 2019 »

MÉLANIE LEFÈVRE, SOPHIE GERKENS

2021 www.kce.fgov.be

Titre :	Évaluation de la soutenabilité du système de santé belge au moyen de projections Complément au rapport « Performance du système de santé belge – 2019 »
Auteurs :	Mélanie Lefèvre (KCE), Sophie Gerkens (KCE)
Facilitateur de projet :	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Experts externes :	Elise Boucq (Federal Planning Bureau), Nicole Fasquelle (Federal Planning Bureau), Joanna Geerts (Federal Planning Bureau), Pieter-Jan Miermans (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Johan Peetermans (RIZIV – INAMI), Peter Willemé (Federal Planning Bureau)
Stakeholders :	Les administrations et institutions publiques suivantes ont été consultées tout au long de la réalisation de ce projet : Au niveau fédéral : • Représentant du Ministre de la santé : Bernard Lange • INAMI – RIZIV: Mickaël Daubie, Marine Lutgen, Pascal Meeus • SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid: Lieven Deraedt, Pol Gerits, Peter Jouck, Annick Poncé, Pascale Steinberg, Timmy Van Dijck, Veerle Vivet, Harun Yaras • Sciensano: Brecht Devleesschauwer, Françoise Renard • SPF Sécurité Sociale – FOD Sociale Zekerheid: Dirk Moens, Rudi Van Dam Au niveau régional : • Vlaamse Gemeenschap (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid): Erik Hendrickx • Région Wallonne (Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé et observatoire wallon de la santé): Anouck Billiet, Dominique Dubourg • Fédération Wallonie-Bruxelles (Direction générale de la Santé): Annalisa Tancredi • Communauté Germanophone (DGOV Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft): Karin Cormann • Région Bruxelles Capitale (Observatoire de la Santé et du Social): Olivier Gillis, Elise Mendes da Costa
Validateurs externes :	Jon Cylus (European Observatory on Health Systems and Policies), Gaetan Lafortune (OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development), Karel Van den Bosch (Federal Planning Bureau)
Remerciements :	Irina Cleemput (KCE), Christelle Durand (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Marijke Eyssen (KCE), Christophe Janssens (KCE), Karin Rondia (KCE), Sabine Stordeur (KCE), Carine Van de Voorde (KCE)

Intérêts déclarés :	Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine des projections et/ou de l'évaluation de la performance des systèmes de santé. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.
Layout :	Ine Verhulst
Disclaimer :	• **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.** • **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.** • **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise).** • **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**
Date de publication :	18 juin 2021
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Delivery of Health Care; Forecasting; Health Expenditure; Health Workforce
Classification NLM :	W84
Langue :	Français
Format :	Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal :	D/2021/10.273/13
ISSN :	2466-6459
Copyright :	Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce.



Comment citer ce rapport ?

Lefèvre M, Gerkens S. Évaluation de la soutenabilité du système de santé belge au moyen de projections – Complément au rapport « Performance du système de santé belge – 2019 ». Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2021. KCE Reports 341B. D/2021/10.273/13.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES **2**
LISTE DES TABLEAUX **2**
LISTE DES ABRÉVIATIONS **3**
RAPPORT SCIENTIFIQUE **4**
1 INTRODUCTION **4**
2 CADRE CONCEPTUEL ET CHOIX DES INDICATEURS **7**
2.1 CADRE CONCEPTUEL 7
2.2 SÉLECTION DES INDICATEURS 9
2.2.1 Prestation de services 9
2.2.2 Personnel de santé 10
2.2.3 Produits médicaux, vaccins et technologies 13
2.2.4 Financement 15
3 RÉSULTATS **16**
3.1 PERSONNEL DE SANTÉ 16
3.2 FINANCEMENT 20
4 LIMITATIONS **23**
5 CONCLUSIONS **24**
RÉFÉRENCES **27**

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Nombre de contacts (consultations et visites) avec des médecins généralistes en Belgique (2011-2025) 16

Figure 2 – Nombre de médecins généralistes actifs dans les soins de santé, en individus et en ETP, en Belgique et dans ses communautés linguistiques, 2016-2036 18

Figure 3 – Dépenses publiques en matière de soins aigus et de longue durée (% du PIB) en Belgique (2000-2019 et projections 2020-2070) 20

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Matrice des indicateurs potentiels basés sur des projections 8

Tableau 2 – Indicateurs basés sur les projections concernant les effectifs des médecins généralistes 19

Tableau 3 – Indicateurs basés sur les projections concernant le financement 21

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABRÉVIATION	DÉFINITION
AFMPS	Agence fédérale des médicaments et des produits de santé
AWG	Ageing Working Group
CPE	Comité de politique économique
ECOFIN	Conseil « Affaires économiques et financières »
EPS	Échantillon permanent (*Échantillon Permanent(e) Steekproef*)
ETP	Équivalent temps plein
HSPA	Health System Performance Assessment (Évaluation de la performance du système de santé)
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
MEA	Managed Entry Agreement
MORSE	Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	Produit intérieur brut
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PROMES	PROjecting Medical Spending
SPF	Service public fédéral
UE	Union européenne

RAPPORT SCIENTIFIQUE

1 INTRODUCTION

Objectif du rapport

Le présent rapport est un complément au rapport d'évaluation de la performance du système de santé belge, publié par le KCE en 2019.[1] Bien que ce précédent rapport comportait de nombreuses conclusions orientées vers l'avenir, il n'y était pas fait usage de modèles de projection. L'objet de ce complément est donc d'explorer si et comment des modèles de projection peuvent être utilisés dans le contexte de l'évaluation de la performance du système de santé (*Health System Performance Assessment,* HSPA)

L'objectif du présent rapport est double. Nous développerons tout d'abord un cadre conceptuel pouvant être utilisé pour identifier et sélectionner des indicateurs pertinents basés sur des projections. Nous appliquerons ensuite ce cadre à la situation belge afin de sélectionner, parmi les modèles de projection existants réalisés par diverses institutions, ceux qui peuvent fournir des indicateurs pertinents pour évaluer la performance du système de santé belge. Conformément à la procédure du rapport précédent, les données exploitées ici sont extraites de sources de données existantes et aucune nouvelle collecte de données n'a été entreprise.

Le rapport est structuré comme suit : l'introduction présente le contexte général de l'évaluation de la performance du système de santé en Belgique et la manière dont les indicateurs basés sur des projections s'inscrivent dans ce cadre. Le chapitre 2 développe un cadre conceptuel afin d'identifier les indicateurs basés sur des projections pertinents. Ensuite, seuls les indicateurs qui sont également disponibles via des modèles existants développés en Belgique sont inclus dans l'évaluation de la performance du système de santé belge. Les résultats pour ces indicateurs sélectionnés sont présentés dans le chapitre 3. Le chapitre 4 discute de certaines limites de l'exercice et enfin le chapitre 5 en tire les conclusions.

Évaluation de la performance du système de santé en Belgique

L'*Health System Performance Assessment* (HSPA) est un processus visant à évaluer le système de santé de manière holistique, un « bilan de santé » basé sur des indicateurs mesurables. L'HSPA est mentionnée de façon explicite dans la Charte de Tallinn[2] signée par l'ensemble des pays membres de la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Chaque HSPA est développée sur la base d'un cadre conceptuel spécifique au pays. L'HSPA est un processus continu, avec des mises à jour répétées, destiné à alimenter les besoins en information de la politique de santé.

Les objectifs stratégiques du processus HSPA belge sont[3] :

1. renseigner les autorités sur la performance du système de santé et offrir un soutien à la planification des politiques ;
2. fournir une vision transparente et responsable de la performance du système de santé, conformément aux engagements pris dans la Charte de Tallinn ;
3. permettre un monitoring de la performance du système de santé dans le temps.

En Belgique, quatre rapports HSPA complets – également appelés « Rapports Performance » – ont été publiés jusqu'à présent (2009, 2012, 2015 et 2019)[1, 3-5] ; le plus récent est assorti d'un site web (www.healthybelgium.be) qui permet de télécharger les données pour une sélection d'indicateurs. Le cadre conceptuel initial de l'HSPA belge structurait les indicateurs selon quatre dimensions : qualité, accessibilité, efficacité et soutenabilité, avec une subdivision de la qualité en cinq sous-dimensions (efficacité, adéquation, sécurité, continuité et centralité du patient). En 2012 y a été ajoutée une cinquième dimension, l'équité, considérée comme une dimension transversale. Cette dernière dimension fait l'objet d'un rapport récent (2020)[6] qui analyse en détail l'équité dans l'accès, l'utilisation et le financement des soins de santé.

Pourquoi inclure des indicateurs basés sur des projections dans le cadre de l'HSPA

Bien que de nombreuses conclusions des rapports HSPA soient orientées vers l'avenir, tous les indicateurs mesurables utilisés sont basés sur les résultats nationaux disponibles les plus récents et sur leur évolution passée. Les valeurs au niveau national sont comparées à des valeurs-cibles, aux résultats des pays de l'UE-15 et/ou aux normes de soins. Si ces comparateurs n'existent pas, l'évaluation se fonde sur un consensus entre les auteurs du rapport. Des signaux d'alerte sont alors identifiés à partir de ces indicateurs pour informer les décideurs politiques sur les domaines qui nécessitent une attention particulière.

Dans ce qui suit, nous adoptons une vision supplémentaire qui n'a jamais été réalisée dans les précédents rapports HSPA belges : nous évaluons la soutenabilité du système de santé en utilisant des projections statistiques pour l'évolution future d'un ensemble limité d'indicateurs. De tels modèles et données de projection sont disponibles auprès de plusieurs institutions belges, mais ils n'ont jamais été analysés conjointement dans le rapport HSPA. La raison d'être de l'inclusion de ces indicateurs de performance basés sur des modèles de projection dans le cadre du HSPA est de détecter de futurs déséquilibres entre l'offre et la demande.

Cette vision est cohérente avec le cadre de l'HSPA car les indicateurs considérés sont mesurables et peuvent contribuer aux trois objectifs mentionnés ci-dessus. En outre, comme l'indique le groupe d'experts de la Commission européenne sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé (2018)[7], *« l'HSPA a le potentiel d'être à la fois prédictive et prescriptive »* et *« il pourrait être fait davantage pour promouvoir un rôle plus stratégique de l'HSPA afin d'informer efficacement l'amélioration du système (...) explorer la possibilité d'intégrer des approches plus stratégiquement prédictives ou de modélisation pour aider à identifier les options politiques »*. Bien que les indicateurs basés sur des projections n'aient jamais été utilisés dans le contexte de l'HSPA belge, de tels indicateurs (projections des dépenses de santé) ont déjà été utilisés dans les rapports d'évaluation de la performance du système de santé de l'OCDE (Panorama de la santé, 2018[8] et 2019[9]).

Des indicateurs fondés sur des projections pour évaluer la soutenabilité du système de santé

La soutenabilité peut être définie comme la capacité du système à :[3, 10]

- rester durablement financé par des sources publiques ;
- fournir et entretenir les infrastructures, les ressources humaines, les installations et les équipements ;
- se montrer innovant ;
- réagir aux nouveaux besoins.

Dans le dernier rapport HSPA belge (2019), 16 indicateurs spécifiques ont été sélectionnés pour représenter les quatre éléments de cette définition en combinant un éventail de sous-dimensions (soutenabilité financière, ressources humaines, installations et innovation) qui reflètent l'hétérogénéité du concept.

Les projections s'inscrivent dans ce cadre en donnant un aperçu de l'évolution future des indicateurs pertinents, afin d'évaluer la soutenabilité du système de santé dans un avenir proche ou lointain. Elles évaluent dans quelle mesure les chocs chroniques attendus perturberont l'équilibre entre l'offre et la demande, menaçant ainsi la soutenabilité. Cette approche est également instructive pour évaluer la préparation à des chocs aigus : un système de santé dont on s'attend déjà à ce qu'il connaisse un déséquilibre entre l'offre et la demande en l'absence de chocs aigus n'est, a fortiori, pas protégé contre un déséquilibre soudain et profond des ressources provoqué par un choc inopiné (pour plus de détails sur la distinction entre chocs aigus et chroniques, voir l'Encadré 1).

Encadré 1 – Typologie des chocs du système de santé

« Les chocs (...) peuvent être catégorisés de plusieurs façons, notamment en fonction de leur nature, leur gravité, leur durée et leur fréquence. Dans le contexte de la complexité des systèmes de santé, ces dimensions doivent être considérées comme des continuums, avec (i) des chocs aigus et soudains qui se produisent occasionnellement et (ii) des stress chroniques et structurels qui affectent systématiquement le fonctionnement des systèmes de santé comme les deux extrémités opposées du spectre de classification. En fonction de leur nature, une typologie doit au moins permettre de déterminer si les chocs et les tensions affectent principalement l'offre ou la demande des systèmes de santé. Une typologie plus granulaire pourrait classer les chocs et les stress en fonction de leur nature principale – épidémiologique, économique, technologique, environnementale, sociétale et géopolitique. »[11]

Source : Groupe d'experts de l'UE sur l'évaluation des performances des systèmes de santé (2020)[11]

2 CADRE CONCEPTUEL ET CHOIX DES INDICATEURS

La méthodologie de la série de rapports HSPA vise à composer le cadre conceptuel avec les indicateurs les plus utiles.[1] Les indicateurs pertinents sont d'abord identifiés, puis sont confrontés à la disponibilité des données. Toutes les données exploitées sont extraites de sources de données existantes, de sorte qu'aucune nouvelle collecte de données n'est entreprise. La sélection finale des indicateurs est un compromis entre la pertinence conceptuelle et la faisabilité (disponibilité des données et nombre gérable d'indicateurs).

2.1 Cadre conceptuel

Les piliers du système de santé

La sélection d'indicateurs basés sur des projections qui peuvent être pertinents pour évaluer la soutenabilité du système de santé est structurée autour du cadre de l'OMS qui décrit les systèmes de santé selon six piliers (*building blocks*) : (1) prestation de services, (2) personnel de santé, (3) système d'information sanitaire, (4) produits médicaux, vaccins et technologies, (5) financement et (6) leadership/gouvernance (voir Encadré 2).

Ces six piliers permettent d'articuler clairement les objectifs de l'OMS en matière de renforcement des systèmes de santé. Dans le cadre défini par l'OMS, les six piliers sont nécessaires pour améliorer les résultats.[12] Bien sûr, tout type de division d'un système complexe est imparfaite. En particulier, il n'est pas tenu compte des interactions substantielles et dynamiques qui existent entre chaque composante. Néanmoins, le fait de se concentrer séparément sur chacune de ces composantes permet de délimiter le système complexe et d'identifier des indicateurs permettant de monitorer les progrès.[13]

Encadré 2 – Piliers d'un système de santé issus du cadre de l'OMS

*« Les bons **services de santé** sont ceux qui fournissent des interventions de santé personnelles et non personnelles efficaces, sûres et de qualité à ceux qui en ont besoin, au moment et à l'endroit opportuns, avec un minimum de gaspillage de ressources.*

*Un **personnel de santé** performant est un personnel qui œuvre de manière réactive, juste et efficace pour obtenir les meilleurs résultats possibles en matière de santé, compte tenu des ressources disponibles et des circonstances (c'est-à-dire qu'il y a suffisamment de personnel, réparti équitablement, qui soit compétent, réactif et productif).*

*Un **système d'information sanitaire** qui fonctionne bien est un système qui assure la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'informations fiables et disponibles en temps opportun sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et l'état de santé.*

*Un système de santé qui fonctionne bien assure un accès équitable aux **produits médicaux, vaccins et technologies** essentiels dont la qualité, la sécurité, l'efficacité et le rapport coût-efficacité sont garantis, ainsi que leur utilisation scientifiquement fondée et coût-efficace.*

*Un bon système de **financement de la santé** mobilise des fonds adéquats pour la santé, de manière à ce que les populations puissent recourir aux services nécessaires et soient protégées de la catastrophe financière ou de l'appauvrissement liés au fait de devoir les payer. Il incite les fournisseurs et les utilisateurs à être efficients.*

*Le **leadership et la gouvernance** impliquent d'assurer que des cadres politiques stratégiques existent et soient combinés à une supervision efficace, à la création de coalitions, à une réglementation, à une attention portée à la conception du système et à une redevabilité. »*

Source : OMS (2007)[12]

Équilibrer l'offre et la demande

Pour évaluer la soutenabilité du système de santé dans un avenir proche ou lointain, il faut anticiper l'impact des changements structurels qui l'affectent (par exemple, le vieillissement de la population, la charge croissante des maladies chroniques). Ces changements tendent généralement à déséquilibrer la demande et l'offre de services de santé, soit par une augmentation des besoins en soins, soit par une réduction des ressources, soit les deux. L'objectif du présent rapport est donc d'analyser de manière cohérente les données existantes sur les projections/scénarios futurs concernant l'offre et la demande, afin d'identifier les signaux d'alerte (c'est-à-dire les risques de déséquilibres futurs).

Une matrice d'indicateurs potentiels

En combinant les six piliers issus du cadre de l'OMS sur les systèmes de santé avec la nécessité d'évaluer les changements futurs de l'offre et de la demande, on peut construire la matrice présentée au Tableau 1. Dans ce tableau, des exemples de domaines d'évaluation liés à l'offre et à la demande sont présentés pour quatre des six piliers. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais plutôt d'une série d'exemples. Les piliers « système d'information» et « leadership et gouvernance » ne sont pas repris dans cette matrice car, contrairement aux autres, ils ne sont pas caractérisés par une dichotomie entre l'offre et la demande. En outre, l'évaluation du « leadership et de la gouvernance » devrait être basée sur des méthodes qualitatives plutôt que sur des indicateurs quantitatifs (mesurables).

Tableau 1 – Matrice des indicateurs potentiels basés sur des projections

Piliers	Projection au niveau de la demande	Projection au niveau de l'offre
Prestation de services*	Projections du nombre de lits d'hôpitaux nécessaires Projections des besoins en matière de soins résidentiels pour personnes âgées Projections des besoins en matière de capacité des laboratoires Etc.	Nombre futur de lits d'hôpitaux selon différents scénarios politiques Nombre futur de lits de soins résidentiels selon différents scénarios politiques Nombre futur de laboratoires selon différents scénarios politiques Etc.
Personnel de santé*	Projections de l'utilisation/consommation des services de médecine générale Projections de l'utilisation/consommation des services de médecine spécialisée Projections de l'utilisation/consommation des services infirmiers Projections de l'utilisation/consommation des services infirmiers hospitaliers Etc.	Projections des effectifs médicaux (médecins généralistes) Projections des effectifs médicaux (médecins spécialistes) Projections des effectifs en personnel infirmier Projections des effectifs infirmiers hospitaliers Etc.
Produits médicaux, vaccins et technologies	Projections de la consommation de médicaments Projections des dépenses en médicaments Etc.	Nombre futur de médicaments selon différents scénarios politiques Projections des dépenses publiques en médicaments Etc.
Financement	Projections des dépenses de santé Projections des dépenses publiques de santé Etc.	Projections du Produit Intérieur Brut Projections des dépenses publiques Etc.

** Bien que le nombre requis de professionnels de santé puisse être classé dans la catégorie de la demande de prestation de services, une distinction est faite entre les indicateurs concernant les prestataires et ceux concernant les autres aspects de la prestation de services.*

2.2 Sélection des indicateurs

2.2.1 Prestation de services

La prestation de services couvre un large éventail de sujets tels que la capacité des hôpitaux et la disponibilité des équipements, mais aussi les établissements de soins résidentiels, les services de santé mentale ou les laboratoires et les capacités de diagnostic. Les hôpitaux, en particulier, sont confrontés à des défis qui devraient encore s'intensifier à l'avenir : le développement de nouvelles technologies de diagnostic et de traitement, le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques associées à la multimorbidité et l'évolution des mentalités avec des attentes croissantes du public.[14] Ce contexte changeant aura un impact sur le nombre et le type d'hôpitaux et d'infrastructures hospitalières qui seront nécessaires à l'avenir. Dans un précédent rapport du KCE (2017)[14], des prévisions concernant la **capacité hospitalière** requise jusqu'en 2025 ont été générées. Le modèle de projection prenait en compte trois évolutions : l'évolution de la taille et de la composition de la population, l'évolution de la durée moyenne des séjours (estimée par groupe de pathologies) et l'évolution des taux d'admission (calculés par groupes d'âge et de pathologies). L'analyse montrait une diminution globale du nombre de lits nécessaires pour les soins aigus, à l'exception des lits de soins chroniques et de soins gériatriques.

On peut vouloir comparer cette future capacité requise avec l'évolution de l'offre. À l'échelle internationale, les hôpitaux sont confrontés à deux grandes tendances : les soins sont de plus en plus spécialisés et concentrés, mais ils sont également dispensés plus près du domicile. En outre, les services sont de plus en plus intégrés, les services communautaires, primaires, secondaires et spécialisés/tertiaires étant davantage reliés entre eux. Au cours des dernières décennies, le nombre d'hôpitaux et de lits d'hôpitaux dans les structures de soins aigus n'a cessé de diminuer dans de nombreux pays, en raison d'une volonté politique de réduire les capacités excédentaires et de réorganiser l'offre de soins vers des alternatives aux séjours hospitaliers.[14] En Belgique, un moratoire défini en 1982 s'applique encore aujourd'hui : le nombre de lits hospitaliers agréés pour les hôpitaux généraux est fixé au nombre de lits agréés au 1er juillet 1982 et toute création de nouveau lit doit entraîner la fermeture d'un autre lit ailleurs dans le système hospitalier. Même si la Belgique n'a pas encore été confrontée à une diminution importante du nombre de lits comparable à celles observées par exemple en Angleterre, en France ou dans les pays nordiques européens, il serait pertinent de surveiller la capacité hospitalière afin de la maintenir en adéquation avec la capacité requise.

Malheureusement, le rapport de 2017 sur la capacité hospitalière requise jusqu'en 2025 est basé sur des données obsolètes (la dernière année des données historiques étant 2014), ce qui diminue sa pertinence pour la présente étude HSPA. Si toutefois les résultats de ce rapport devaient être mis à jour avec des données plus récentes, il serait indiqué d'inclure la projection du nombre requis de lits d'hôpitaux comme indicateur de soutenabilité dans le prochain rapport HSPA. Mais à moins que l'ensemble de ce rapport ne soit régulièrement remis à jour par la suite, il est peu probable que cet indicateur puisse faire partie des indicateurs *de base* du rapport HSPA, qui sont évalués dans chacune des éditions.

En ce qui concerne les **soins résidentiels pour les personnes âgées** en Belgique, un précédent rapport du KCE (2011)[15] prévoyait que le nombre de résidents dans les établissements pour personnes âgées et les maisons de repos passerait de 125 500 en 2010 à 166 000 en 2025, ce qui correspond à une augmentation de 32 %. Les scénarios alternatifs situaient cette projection entre 149 000 et 177 000 (de +19 % à +41 %). Le modèle de projection intégrait les principales variables déterminant le recours aux soins de longue durée : la projection de la répartition future de la population par âge et par sexe, la situation de vie des personnes âgées (disponibilité des aidants informels) et leur degré d'incapacité.

Étant donné que le nombre de lits de soins résidentiels en Belgique était de 129 732 en 2011, le rapport concluait que l'offre devait être considérablement développée. Un nouvel indicateur (ELD-4) a été introduit dans le dernier rapport HSPA (2019) afin de suivre l'évolution du nombre de lits. Selon les dernières données disponibles, on dénombrait un total de 144 399 lits de soins résidentiels en 2018, ce qui indique toujours un besoin de croissance supplémentaire.[1] Le suivi de la possibilité de créer de tels lits selon différents scénarios politiques pourrait donc être pertinent pour anticiper un éventuel déséquilibre futur entre la demande et l'offre.

Malheureusement, le rapport sur les projections du nombre de personnes âgées institutionnalisées repose sur des données obsolètes (la dernière année des données historiques utilisées est 2009) et aucune autre mise à jour n'est prévue dans un avenir proche. Bien que ces résultats aient été examinés dans le rapport HSPA 2019, ces projections ne peuvent pas être utilisées comme un indicateur *de base* pertinent pour les futurs rapports HSPA (le prochain étant prévu pour 2024).

Aucun autre modèle de projection existant concernant la prestation de services n'a été identifié au niveau belge. En conclusion, aussi longtemps qu'aucune mise à jour des analyses susmentionnées n'est prévue, aucun indicateur basé sur des projections relatif la prestation de services ne peut être inclus dans la série de rapports HSPA.

2.2.2 *Personnel de santé*

Un personnel suffisant (en nombre et en compétences), robuste, flexible et motivé est essentiel à la performance du système de santé, comme l'a encore illustré tout récemment la crise du COVID-19 (voir par exemple Van de Voorde et al., 2020[16]). Un récent rapport du groupe d'experts de la Commission européenne sur l'HSPA[11] indique que seul un petit nombre de pays rapportent des indicateurs visant à évaluer l'adéquation du personnel de santé, tant en termes d'offre que de composition des compétences. En Belgique, le dernier rapport HSPA[1] comprend plusieurs mesures relatives aux ressources humaines pour évaluer l'accessibilité et la soutenabilité (voir Encadré 3). En particulier, dix indicateurs relatifs au personnel sont mesurés dans l'évaluation de la soutenabilité, mais ils portent uniquement sur l'offre et sont tous basés sur des données historiques. Aucun indicateur basé sur des projections n'a encore été pris en compte.

Encadré 3 – Indicateurs relatifs aux ressources humaines dans le rapport HSPA belge 2019

Personnel médical :

Nouveaux diplômés en médecine (/100 000 habitants) (S-4)

Médecins formés à l'étranger (% des médecins autorisés à exercer) (S-14)

Nouveaux diplômés en médecine devenant généralistes (% des diplômés ayant une spécialisation médicale) (S-5)

Âge moyen des médecins généralistes en activité (en ETP, années) (S-6)

Médecins âgés de 55 ans et plus (% de ceux en activité) (S-7)

Médecins généralistes âgés de 55 ans et plus (% de ceux en activité) (S-15)

Médecins en activité (/1 000 habitants) (A-5)

Personnel infirmier :

Nouveaux diplômés en soins infirmiers (/100 000 habitants) (S-8)

Infirmiers détenteurs d'un bachelier (% des nouveaux diplômés) (S-9)

Infirmiers âgés de 50 ans et plus (% de ceux qui sont professionnellement actifs) (S-10)

Infirmiers formés à l'étranger (% des infirmiers autorisés à exercer) (S-16)

Infirmiers en activité (/1 000 habitants) (A-6)

Nombre de places vacantes pour personnel infirmier dans les hôpitaux (A-7)

Nombre de patients par infirmier (A-8)

Source : Devos et al. (2019)[1]

En ce qui concerne l'**offre de personnel de santé**, des projections à court et à long terme sont disponibles en Belgique. En effet, la Commission de planification – offre médicale soutenue par la Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, dépendant du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, quantifie les effectifs des professionnels de la santé, ainsi que leurs évolutions futures. Cette commission, créée en 1996, examine l'évolution de l'offre de médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes et logopèdes. Les projections sont généralement composées d'un scénario de base et d'un ou plusieurs scénarios alternatifs. Le scénario de base fournit un point de départ qui est discuté dans un groupe de travail avec des représentants de la profession. Dans le(s) scénario(s) alternatif(s), d'autres hypothèses et/ou approches sont développées afin de prendre en compte les défis mis en évidence par le scénario de base. Les projections sont faites à l'horizon de 5, 10, 15 et 20 ans.

La Cellule Planification utilise un modèle *stock-and-flow* pour quantifier l'évolution des effectifs des professionnels des soins de santé (pour plus de détails, voir l'annexe). Pour les médecins, le nombre prévu d'étudiants commençant une spécialisation (nombre d'assistants) est calculé pour tous les médecins spécialistes (y compris les généralistes) ensemble, mais avec une distinction par communauté linguistique sur la base de la langue dans laquelle le diplôme est délivré (ou la langue de contact choisie pour les diplômes étrangers). Comme il n'y a pas d'école de médecine en Communauté germanophone, seules les Communautés française et flamande sont présentées.

À partir de là, des calculs spécifiques sont effectués pour chaque spécialité médicale. Le nombre d'étudiants entamant une formation dans chacune des spécialités est obtenu en appliquant un « taux de spécialité » au nombre d'assistants. La proportion d'assistants choisissant de se spécialiser en médecine générale a augmenté ces dernières années ; en 2019, elle était de 35,9% en Communauté flamande et de 41,9% en Communauté française.[17] L'accès à la spécialisation pour les médecins (y compris les généralistes) en Belgique est limité par un système de quotas, avec des quotas globaux définissant le nombre maximum de médecins ainsi que des quotas minimums pour certaines spécialités où un risque de pénurie a été identifié (par exemple les généralistes). Avant la sixième réforme de l'État, les deux quotas étaient fixés par le ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique (Arrêté royal du 12 juin 2008[18]). Depuis la sixième réforme de l'État, la responsabilité de définir les quotas minimums a été transférée aux entités fédérées. Si l'Arrêté royal du 16 août 2020[19], portant modification de l'Arrêté royal du 12 juin 2008, définit les quotas globaux, les entités fédérées sont désormais responsables de la fixation des sous-quotas par spécialité (dans le respect des quotas globaux). En réponse, les deux communautés sont en train de créer leur propre commission de planification.[20, 21] Les quotas d'accès minimum à la spécialisation en médecine générale ont été relevés en Communauté française en 2018[22] et 2019[23] et il existe une volonté politique de les augmenter en Communauté flamande à partir de 2021.[24] Sur la base des évolutions récentes observées et des décisions prises dans les deux communautés linguistiques, la Cellule Planification a fixé dans son modèle de projection le « taux de spécialité » en médecine générale (la proportion d'assistants choisissant de se spécialiser en médecine générale) pour l'avenir à 42 % en Communauté française et 40 % en Communauté flamande.[17] Les « taux de spécialité » pour les autres spécialités sont réduits en conséquence.

À partir de ce modèle, le nombre attendu de médecins en activité (le nombre de médecins individuels actifs dans les soins de santé) est calculé pour chaque spécialité médicale. L'application d'un « taux d'activité » permet également de calculer une projection du nombre d'ETP actifs dans les soins de santé pour chaque spécialité médicale.

La **demande de personnel de santé** n'est pas projetée en soi en Belgique, mais un modèle de micro-simulation (PROMES) développé par le Bureau fédéral du Plan en collaboration avec l'INAMI fournit des projections jusqu'en 2025 pour la consommation de soins médicaux (pour plus de détails, voir l'annexe). La consommation attendue est modélisée à l'aide d'un modèle en deux étapes dans lequel la probabilité de recours (première étape) et le volume moyen (deuxième étape) sont expliqués en fonction de caractéristiques démographiques et socio-économiques individuelles, d'indicateurs de morbidité, de la consommation antérieure et de facteurs environnementaux.[25, 26] Le modèle se compose d'environ 25 modules correspondant à différents groupes de dépenses, parfois divisés en sous-modules. Les projections de quatre de ces sous-modules

(consultations de généralistes, visites de généralistes, contacts avec des médecins spécialistes et contacts avec des urgentistes) peuvent être utilisées pour déterminer le nombre attendu de contacts avec des médecins, qui peut servir de proxy pour la demande de ces professionnels médicaux. Pour le personnel infirmier, il n'existe que des projections pour les services de soins à domicile, qui constituent un sous-ensemble restreint et non représentatif des activités de ces professionnels. Les autres projections disponibles concernent les kinésithérapeutes, les dentistes et les logopèdes (aucune projection n'est disponible pour la consommation de soins des sages-femmes).

Pour limiter le nombre total d'indicateurs, nous avons restreint l'analyse du personnel de santé aux seuls médecins et infirmiers, suivant le choix fait dans le rapport HSPA 2019 (voir Encadré 3). Cependant, étant donné que les informations disponibles concernant la demande d'infirmiers sont partielles, seuls les indicateurs relatifs à l'**offre et à la demande de médecins** ont finalement été sélectionnés pour le présent rapport.

En particulier, le scénario de base des projections de la Commission de planification – offre médicale pour l'offre de **généralistes** jusqu'en 2036 est utilisé comme indicateur de l'offre.[17] Pour la demande, c'est la projection du nombre de contacts (consultations et visites) avec les **généralistes** à partir du modèle PROMES qui est utilisée. Comme le but de cette analyse est de comparer les projections de la demande future avec celles de l'offre future, il a fallu s'assurer que les deux indicateurs soient indépendants l'un de l'autre, ce qui explique que les résultats présentés ici diffèrent légèrement des modèles originaux (voir Encadré 4).

Encadré 4 – Ajustements effectués pour séparer l'offre et la demande

Demande

Dans le modèle PROMES, la consommation de soins au niveau individuel est liée à des caractéristiques individuelles pertinentes telles que la catégorie d'âge, le sexe, l'état de santé, le statut professionnel et le statut d'assurance maladie. À partir des caractéristiques spécifiques d'une personne, ce modèle permet d'estimer la probabilité de recourir à des soins et le volume de ces soins. En particulier, la probabilité de contact avec un médecin (modélisée par des régressions logistiques) dépend de plusieurs caractéristiques individuelles, dont notamment la densité médicale, mesurée pour chaque individu comme le nombre de médecins pour 10 000 habitants dans l'arrondissement dans lequel il vit. On peut s'attendre à ce que la probabilité de recourir aux soins soit plus élevée là où la densité médicale est plus forte, en raison d'un effet dit de « demande induite ».

Les résultats de ce modèle sont ensuite re-pondérés afin de pouvoir être appliqués aux populations futures. Les ajustements sont effectués à l'aide d'un modèle séparé de micro-simulation dynamique, ou en recourant à des données externes lorsqu'elles sont disponibles. En particulier, la densité médicale est projetée en utilisant les projections de l'offre de professionnels de la santé de la Commission de planification – offre médicale.

Les projections de la demande future à partir du modèle original PROMES dépendent des projections de l'offre future, les deux indicateurs ne sont donc pas indépendants l'un de l'autre. Pour neutraliser cet effet, nous présentons dans la section 3.1 les résultats d'un scénario alternatif où les projections de densité médicale sont maintenues artificiellement constantes à partir de 2020. Les résultats du modèle original sont également présentés dans l'annexe, ce qui permet de souligner la faible différence entre les résultats des deux scénarios.

Offre

La Commission de planification – offre médicale présente généralement ses résultats sous différentes formes : la projection du nombre d'individus (ou d'ETP) dans la force de travail, la densité « brute » d'individus (ou

d'ETP) définie comme le nombre d'individus (ou d'ETP) actifs dans les soins de santé pour 10 000 habitants, et la densité « pondérée » d'individus (ou d'ETP) qui indique le nombre d'individus (ou d'ETP) actifs dans les soins de santé pour 10 000 habitants en utilisant des pondérations de population qui reflètent la composition d'un groupe de population en termes de sa consommation de soins. Pour cette dernière projection, la consommation est mesurée par les dépenses et est supposée rester inchangée pour chaque segment de la population, bien que l'évolution de la population soit prise en compte. Une composante de la demande est donc incluse dans cette façon de présenter les projections de l'offre médicale. Pour garantir que les indicateurs de l'offre analysés dans le présent rapport soient indépendants de la demande, nous présentons dans la section 3.1 des résultats uniquement en termes d'individus et d'ETP dans la force de travail, mais pas en termes de densités (pondérées). Le lecteur intéressé par des résultats plus détaillés peut les trouver dans le rapport de la Cellule Planification (2020).[17]

En plus du calcul pour les médecins généralistes, nous avons effectué la même analyse pour **l'ensemble des médecins** (y compris les généralistes). Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence. Premièrement, l'agrégation de tous les médecins peut masquer des différences importantes entre les spécialités. Même si l'offre et la demande de tous les spécialistes médicaux étaient équilibrées, il serait possible que la demande dépasse l'offre (ou l'inverse) pour certaines spécialités. Deuxièmement, pour les médecins spécialistes, tous les contacts ne sont pas comparables, en termes de charge de travail (temps). Par conséquent, le nombre total de contacts est un moins bon indicateur de la demande exprimée. Troisièmement, pour les médecins qui exercent une activité indépendante, le calcul des ETP repose sur le montant des remboursements effectués par les mutualités aux prestataires pour les actes qu'ils ont réalisés. Cependant, en particulier pour les médecins spécialistes, le montant associé aux actes n'est pas proportionnel au temps pris pour les réaliser.

2.2.3 Produits médicaux, vaccins et technologies

Les produits pharmaceutiques jouent un rôle important dans le système de santé et sont en constante évolution. Un nombre croissant de nouveaux médicaments parfois très coûteux arrivent sur le marché chaque année, ce qui a des répercussions importantes sur le budget de l'assurance soins de santé. Les responsables politiques doivent trouver le juste équilibre entre l'accès des patients aux nouveaux médicaments et les incitants pour les firmes pharmaceutiques, tout en reconnaissant les limites des budgets de soins de santé.[27] En Europe, la croissance des dépenses pharmaceutiques a été réduite pendant quelques années après la crise de 2008, en raison notamment d'une combinaison de politiques de maîtrise des coûts et de la dynamique du marché, y compris la concurrence des génériques et des biosimilaires.[28] Toutefois, les taux de croissance sont récemment revenus à des niveaux plus élevés, ce qui peut s'expliquer par l'apparition de nouveaux traitements à coût élevé, comme ceux de l'hépatite C ou certains médicaments contre le cancer.[29]

Du côté de l'offre, un premier indicateur de soutenabilité pourrait être la capacité du système à attirer des **produits pharmaceutiques innovants**. En ce sens, le délai entre l'autorisation de mise sur le marché dans l'UE et l'accès aux médicaments innovants au niveau national (S-12) avait été sélectionné dans le rapport HSPA belge (mais a été temporairement exclu du rapport 2019 pour une raison méthodologique, voir la première annexe du rapport 2019).[1] Aucune projection n'est cependant disponible pour cet indicateur.

Un deuxième indicateur pourrait être l'évaluation de la **pénurie de produits pharmaceutiques**. Toute pénurie (« suspension temporaire », ce qui signifie qu'aucune livraison n'est possible dans les trois jours ouvrables) ou arrêt définitif doit être communiqué à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS, art. 6 de la loi du 25 mars 1964 sur les produits pharmaceutiques) et les informations sont disponibles sur un site web public (www.pharmastatus.be).[30] Bien qu'aucun modèle de projection à long terme sur les pénuries potentielles ne soit disponible, il serait néanmoins intéressant d'étudier un tel indicateur dans le prochain rapport HSPA (2024).

Le développement d'un système d'***horizon scanning*** est également en cours, entre autres pour identifier les produits pharmaceutiques nouveaux et émergents qui pourraient arriver sur le marché endéans un délai prédéfini, mais aucun modèle de projection à long terme n'est disponible.[31]

Du côté de la demande, un monitoring des **dépenses en produits pharmaceutiques remboursés** est effectué par l'INAMI (rapport « *Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses* », MORSE).[32] L'objectif de ce rapport est de commenter les évolutions observées dans les principales classes de médicaments, d'évaluer l'impact financier des mesures gouvernementales et de tenter de faire des prévisions pour les dépenses futures (toutefois limitées à environ deux trimestres).

Les projections à long terme relatives aux produits pharmaceutiques remboursés ne figurent pas dans le rapport MORSE, mais sont disponibles via le modèle de micro-simulation (PROMES) développé par le Bureau fédéral du Plan en collaboration avec l'INAMI (voir ci-dessus). D'après ces projections, les dépenses pharmaceutiques totales devraient augmenter de 5 à 6 % chaque année, avec une hausse de 35,6 % pour la période 2020-2025. On observe de grandes différences dans la trajectoire de croissance attendue en fonction du type de produit. Le taux de croissance annuel des dépenses pour les produits pharmaceutiques délivrés en officines publiques et pour ceux délivrés aux patients hospitalisés devrait rester inférieur à 2 % jusqu'en 2025. En revanche, les dépenses pour les produits pharmaceutiques délivrés par les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires devraient progresser de plus de 10 % chaque année, poussant les dépenses pharmaceutiques hospitalières totales à croitre d'environ 6% par an (calculs KCE basés sur les estimations du modèle PROMES de juin 2020). Cette différence notoire de taux de croissance entre les dépenses pharmaceutiques hospitalières et de détail est également observée dans d'autres pays européens (voir par exemple OCDE/UE, 2020).[29]

Il est cependant probable que les dépenses pour les produits pharmaceutiques délivrés par les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires soient surestimées. En effet, depuis 2010, des conventions (*Managed Entry Agreements,* MEA) peuvent être conclues à la demande du fabriquant. La plupart du temps, ces MEA comprennent des mécanismes de compensation financière qui sont confidentiels. Le recours à ces MEA est en hausse, notamment pour les nouveaux produits pharmaceutiques innovants et coûteux[33], mais en raison de la confidentialité des mécanismes de compensation, les dépenses réelles sont inconnues. Dans le rapport MORSE[32], l'INAMI publie les chiffres d'affaires des entreprises pharmaceutiques pour les produits sous MEA ainsi que les montants qu'elles payent dans le cadre de ces MEA. Une estimation du taux de compensation moyen peut donc être calculée. Pour la période 2014-2019, ce taux de compensation moyen était d'environ 23 %. On observe également une augmentation du taux de compensation au fil des années (de 18,4 % en 2014 à 38,5 % en 2019). Le rapport souligne également que, si l'accroissement des dépenses publiques pour les produits pharmaceutiques au cours de la période 2014-2019 était de 30,5 %, cette augmentation serait réduite à 16,7 % après déduction des recettes perçues via les MEA. Dans le modèle PROMES, les compensations liées aux MEA sont prises en compte séparément, de sorte que les projections des dépenses pharmaceutiques puissent être réduites en conséquence. Néanmoins, à partir de 2020, ces compensations sont supposées suivre le même taux de croissance que les dépenses totales en produits pharmaceutiques. Cette hypothèse implique que les compensations sont proportionnelles à la dépense totale en produits pharmaceutiques et ne reflète donc pas l'augmentation du taux de compensation observée dans le rapport MORSE. Par conséquent, le taux de croissance 2020-2025 des dépenses pharmaceutiques reste égal à 35,6 %. C'est la raison pour laquelle les projections des dépenses pharmaceutiques n'ont pas été retenues comme un indicateur pertinent pour ce rapport. Dans la prochaine version (1.14) du modèle PROMES, le Bureau fédéral du Plan a décidé de modifier cette hypothèse et de supposer que les compensations confidentielles seront proportionnelles aux dépenses pour les spécialités délivrées en milieu hospitalier plutôt qu'aux dépenses pharmaceutiques totales. En effet, les produits pharmaceutiques sous MEA sont principalement délivrés dans les pharmacies hospitalières. Pour le prochain rapport HSPA complet, il sera important d'examiner si une telle hypothèse reflète mieux la réalité et d'envisager l'inclusion de l'indicateur dans le rapport.

A notre connaissance, il n'existe pas en Belgique de modèle de projection spécifique concernant les vaccins, dispositifs médicaux et autres technologies de la santé.

2.2.4 *Financement*

Un aspect particulier de la soutenabilité d'un système de santé est sa soutenabilité financière, qui comprend à la fois la soutenabilité économique et la soutenabilité fiscale. La première fait référence à la croissance des dépenses de santé en proportion du PIB, tandis que la seconde fait référence à la capacité de collecter des recettes publiques (impôts et cotisations sociales) pour faire face aux dépenses publiques. Les indicateurs des dépenses totales de santé et des dépenses publiques de santé sont donc complémentaires pour évaluer la soutenabilité financière du système de santé. Dans le dernier rapport HSPA belge[1], trois indicateurs de soutenabilité financière, reflétant ces deux versants, ont été mesurés (voir Encadré 5).

Encadré 5 – Indicateurs relatifs à la soutenabilité financière dans le rapport HSPA belge 2019

Soutenabilité économique :

Dépenses courantes de santé (% du PIB) (S-1)

Dépenses courantes de santé par habitant (en US $ PPA) (S-2)

Soutenabilité fiscale :

Dépenses courantes de santé (% financé par le secteur public) (S-3)

Source : Devos et al. (2019)[1]

Le vieillissement de la population et les progrès technologiques devraient exercer une pression supplémentaire sur les dépenses publiques de santé au cours des prochaines décennies.[34] Dans le même temps, la taille de la population en âge de travailler – qui contribue à financer ces dépenses – devrait rester relativement stable, voire diminuer, ce qui suscite des inquiétudes quant à la soutenabilité fiscale des systèmes de santé et des soins de longue durée.[35, 36] Par conséquent, les projections à long terme peuvent aider les décideurs à envisager l'évolution possible des dépenses publiques et l'impact des principaux déterminants des coûts de santé.[37]

Dans ce qui suit, nous évaluons la soutenabilité financière à long terme à l'aide de projections des dépenses publiques de santé (soins aigus et de longue durée) en pourcentage du PIB, provenant de deux sources différentes mais liées : d'une part, au niveau belge, le Comité d'étude sur le vieillissement établi au sein du Conseil supérieur des finances et soutenu par le Bureau fédéral du Plan, et d'autre part, au niveau européen, l'*Ageing Working Group* (AWG) du Comité de politique économique (CPE) du Conseil « Affaires économiques et financières » (ECOFIN). Tous deux fournissent des projections des dépenses publiques de santé, mais avec de légères différences dans la modélisation, les hypothèses sous-jacentes ainsi que les données utilisées (voir l'annexe pour plus de détails).

Mesurer les dépenses publiques de santé en proportion du PIB permet de combiner la soutenabilité économique et fiscale. Plus l'indicateur est élevé, plus la pression sur le système est forte, soit parce que le secteur de la santé prend une plus grande importance dans l'économie globale, soit parce qu'il est de plus en plus financé par le secteur public, soit les deux.

3 RÉSULTATS

3.1 Personnel de santé

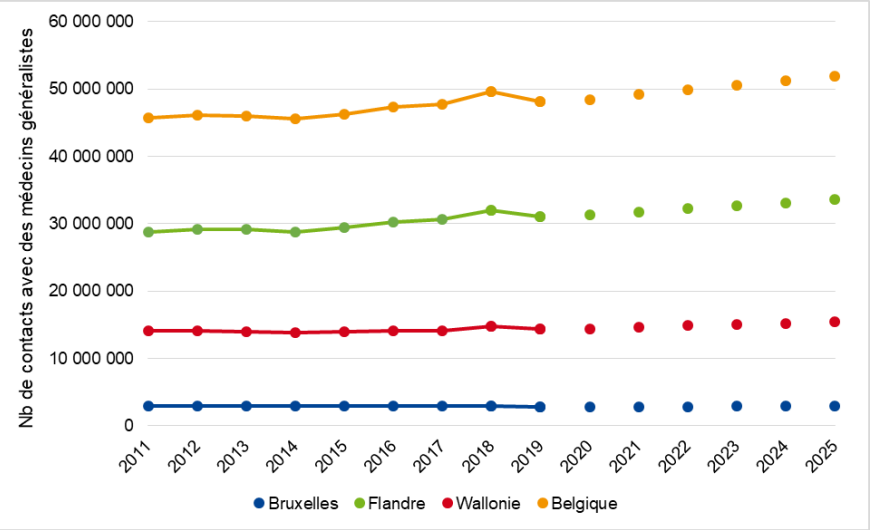
Indicateurs concernant les effectifs des médecins généralistes

La capacité à fournir et à maintenir un personnel de santé suffisant est un élément important pour la soutenabilité du système de santé. Pour évaluer l'évolution de cette capacité à l'avenir, nous aurons recours à deux indicateurs basés sur des projections. Le premier, la projection du nombre de contacts (consultations et visites) avec les médecins généralistes, servira à évaluer l'évolution de la demande, sur la base d'un modèle de micro-simulation (PROMES) développé par le Bureau fédéral du Plan en collaboration avec l'INAMI. Le second, la projection du nombre de médecins généralistes actifs dans les soins de santé, permettra de mesurer l'évolution de l'offre. Il est issu du scénario de base de l'évolution de la force de travail « médecins » de la Commission de planification – offre médicale.

Demande

Les résultats du modèle de micro-simulation PROMES montrent que l'on s'attend à une augmentation du nombre de contacts avec les médecins généralistes en Belgique : d'environ 47,7 millions de contacts en 2017 à 51,9 millions en 2025, soit une augmentation annuelle moyenne de 1,1 % (voir Figure 1). Entre 2020 et 2025, une augmentation de 7,1 % est attendue en Belgique (5,5 % à Bruxelles, 7,0 % en Wallonie et 7,4 % en Flandre).

Figure 1 – Nombre de contacts (consultations et visites) avec des médecins généralistes en Belgique (2011-2025)



Source : Bureau fédéral du Plan, estimations du modèle PROMES juin 2020 basées sur l'EPS 13. Dans le scénario présenté, les projections de densité médicale sont maintenues artificiellement constantes. La région est déterminée par le lieu de résidence du patient. Le pic de 2018 peut être dû à différents facteurs tels que l'introduction de eAttest pour les consultations de généralistes (les généralistes soumettent les attestations directement à la mutualité plutôt que sur papier au patient), qui a accéléré le remboursement et l'enregistrement ; un pic de grippe plus long en 2018 ; les valeurs projetées d'autres variables exogènes.

Offre

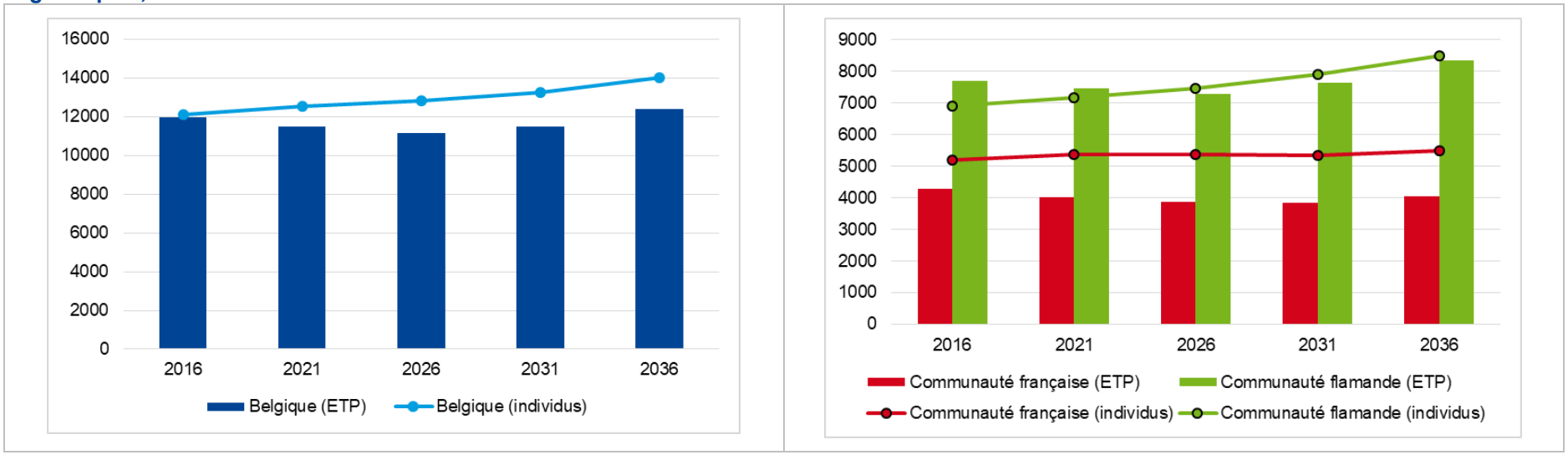
En ce qui concerne l'offre, les projections de la Commission de planification – offre médicale indiquent que le nombre de généralistes en activité (c'est-à-dire actifs dans les soins de santé) en Belgique devrait passer de 12 099 en 2016 à 12 525 en 2021, soit une hausse de 3,5 %. Ce nombre devrait encore croître pour atteindre 12 844 en 2026, 13 269 en 2031 et 13 999 en 2036, ce qui correspond à des augmentations quinquennales de respectivement 2,6 %, 3,3 % et 5,5 %. Il convient de noter que ces projections, du moins à court terme, sont probablement sous-estimées. En effet, les données les plus récentes disponibles[38, 39], bien que basées sur des calculs différents mais connexes, indiquent que l'augmentation réelle du nombre de généralistes en activité entre 2016 et 2021 sera plus importante que prévu.

À la Figure 2, le nombre (projeté) de généralistes en activité en Belgique est représenté par une ligne pour la Belgique (à gauche) et pour les deux communautés linguistiques (à droite). Sur cette même figure, les barres indiquent le nombre d'ETP. En 2016, le nombre de médecins généralistes actifs dans les soins de santé correspondait à 11 977 ETP (4 284 en Communauté française et 7 693 en Communauté flamande). Ces chiffres devraient diminuer en 2021 et 2026 avant d'augmenter en 2031 et 2036.

Globalement, en Communauté française, le modèle prévoit que le nombre de médecins généralistes en activité augmentera légèrement entre 2016 et 2036 (de 5 192 à 5 489, soit une augmentation de 297 individus). Cette augmentation du nombre d'individus (+5,7 %) ne se traduit pas par une augmentation du nombre d'ETP pour lesquels une baisse de 5,7 % est attendue entre 2016 et 2036. Entre 2021 et 2026, le nombre de médecins généralistes en activité ne devrait augmenter que de 0,4 %, tandis que le nombre d'ETP devrait diminuer de 4,0 %.

En Communauté flamande, on s'attend à une augmentation plus importante du nombre de médecins généralistes, qui passera de 6 907 en 2016 à 8 510 en 2036, soit une augmentation de 1 603 individus. Cette importante hausse (+23,2 %) ne se traduit que partiellement par une augmentation du nombre d'ETP (+8,5 %). À court terme, cependant, le nombre d'ETP devrait diminuer (de 3,0 % entre 2016 et 2021 et de 2,4 % entre 2021 et 2026), alors que le nombre de médecins généralistes en exercice augmentera (de respectivement 3,7 % et 4,1 %).

Figure 2 – Nombre de médecins généralistes actifs dans les soins de santé, en individus et en ETP, en Belgique et dans ses communautés linguistiques, 2016-2036



Source : Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement), juillet 2020.

Le précédent rapport HSPA soulignait que l'élévation de l'âge moyen des médecins généralistes en Belgique, due à la difficulté d'orienter les nouveaux diplômés vers la médecine générale, pourrait *« provoquer très rapidement des problèmes dans le fonctionnement des soins de première ligne»*.[1] En 2015, 54,5 % des médecins généralistes en activité étaient âgés de 55 ans ou plus (51,1 % en Communauté flamande, 58,6 % en Communauté française). Les projections de la Commission de planification – offre médicale montrent que ces pourcentages diminueront à l'avenir. Selon ces projections, le pourcentage de médecins généralistes en activité âgés de plus de 50 ans (en 2016, 57,9 % en Communauté flamande et 67,1 % en Communauté française) devrait être ramené à respectivement 53,1 % et 60,2 % en 2021, 42,8 % et 49,3 % en 2026, 30,7 % et 37,7 % en 2031, et à 23,2 % et 29,4 % en 2036[17] grâce à une augmentation du nombre de jeunes diplômés qui choisiront de se spécialiser en médecine générale (voir également la section 2.2.2, en particulier les hypothèses faites sur les quotas de médecins généralistes).

Comparaison de l'évolution de l'offre et de la demande

Les résultats ci-dessus montrent que l'augmentation attendue de la demande de médecins généralistes à court terme (5 ans) est plus importante que l'augmentation attendue de l'offre (voir également le Tableau 2). C'est particulièrement vrai dans la partie francophone du pays, où l'offre devrait rester presque constante alors que l'on assistera à une hausse de la demande. Les efforts importants déployés pour accroître l'offre de médecins généralistes semblent donc insuffisants pour satisfaire la progression prévue de la demande. Mesurer l'offre de médecins généralistes en termes d'ETP donne des résultats plus inquiétants encore,

car le nombre d'ETP devrait diminuer dans les deux communautés linguistiques.

Néanmoins, à long terme, l'offre enregistrera une plus forte hausse. En effet, elle devrait augmenter davantage à partir de 2026, avec un accroissement du nombre d'ETP de près de 8 % entre 2031 et 2036. Ce changement attendu dans l'évolution de l'offre est rassurant. Il semble indiquer que les récents efforts déployés pour augmenter le nombre d'assistants optant pour la médecine générale (voir la section 2.2.2) auront finalement un impact non négligeable sur l'offre. Il reste cependant impossible de savoir si cela sera suffisant pour compenser l'augmentation de la demande, car nous ne disposons pas de projections à long terme de celle-ci. Il est possible que la demande augmente fortement à long terme, notamment suite à un accroissement important de la population âgée.

Tableau 2 – Indicateurs basés sur les projections concernant les effectifs des médecins généralistes

Indicateur		Score	Période (5 ans)	Belgique	Flandre	Bruxelles	Wallonie	Source
S-18	**Demande** : Projection du nombre de contacts avec des médecins généralistes	↗↗	2020-2025	+7,1 %	+7,4 %	+5,5 %	+7,0 %	Bureau fédéral du Plan
S-19	**Offre** : Projection du nombre de médecins généralistes actifs dans les soins de santé	↗	2016*-2021	+3,5 %	+3,7 %**	+3,3 %**		Commission de planification – offre médicale
		↗	2021-2026	+2,6 %	+4,1 %**	+0,4 %**		Commission de planification – offre médicale
	Projection du nombre d'ETP de médecins généralistes actifs dans les soins de santé	↘	2016*-2021	-4,1 %	-3,0 %**	-6,0 %**		Commission de planification – offre médicale
		↘	2021-2026	-3,0 %	-2,4 %**	-4,0 %**		Commission de planification – offre médicale
	Évaluation	🟠						

** Dernière année de données historiques **Selon les communautés linguistiques et non les régions.*

Autres médecins

En plus du calcul pour les médecins généralistes, nous avons effectué la même analyse pour l'ensemble des médecins (y compris les généralistes). Ces résultats sont disponibles en annexe ; ils doivent toutefois être interprétés avec prudence, comme expliqué à la section 2.2.2.

Le nombre total de médecins devrait augmenter en Belgique pendant toute la période 2016-2036, principalement sous l'effet d'une forte augmentation en Communauté flamande. L'augmentation en Communauté française devrait être beaucoup plus faible, notamment pour les périodes 2026-2031 et 2031-2036. En ce qui concerne les ETP, une augmentation est attendue dans la Communauté flamande pendant toutes les périodes considérées, tandis qu'en Communauté française, une baisse est prévue pour la période 2016-2021, suivie de légères augmentations.

Du côté de la demande, il faut s'attendre à une augmentation continue du nombre de contacts entre 2020 et 2025, un peu moins marquée à Bruxelles que dans les deux autres régions.

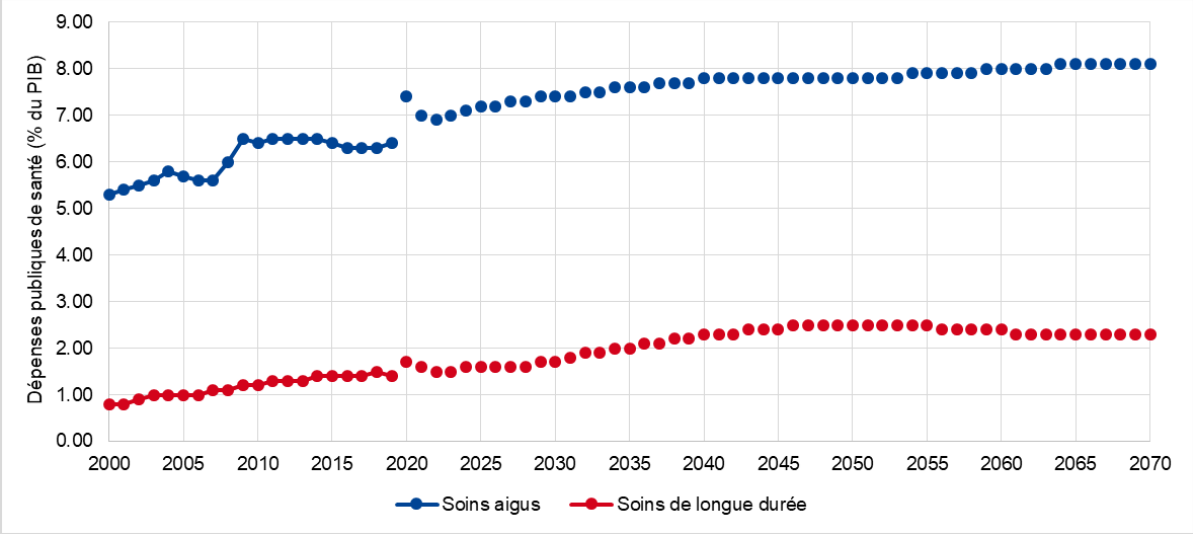
3.2 Financement

Dépenses publiques en matière de santé

Dans la plupart des pays de l'OCDE, y compris la Belgique, les dépenses en matière de santé augmentent plus rapidement que le PIB.[35] Les principales raisons des pressions exercées sur les dépenses de santé sont le développement de nouvelles technologies (qui étendent la portée, l'éventail et la qualité des services de santé), l'augmentation des revenus (qui crée des attentes croissantes en matière de qualité et de portée des soins) et, dans une moindre mesure, le vieillissement de la population.[35] Cette situation est particulièrement préoccupante pour la soutenabilité fiscale, car le financement public représente une partie importante des dépenses totales en matière de santé (78,8 % en 2016[1]).

En Belgique, le Comité d'étude sur le vieillissement (établi au sein du Conseil supérieur des finances et soutenu par le Bureau fédéral du Plan) établit des projections à long terme des dépenses sociales (retraite, soins de santé, incapacité de travail, chômage, allocations familiales et autres dépenses sociales), jusqu'en 2070. Dans ce qui suit, nous nous concentrons sur les projections des dépenses de santé (c'est-à-dire les dépenses publiques en matière de santé avec une distinction entre les soins aigus et les soins de longue durée) et nous détaillons les résultats de ces projections des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB.

Figure 3 – Dépenses publiques en matière de soins aigus et de longue durée (% du PIB) en Belgique (2000-2019 et projections 2020-2070)



Source : Comité d'étude sur le vieillissement (2020)[40]

En 2019, les dépenses publiques de santé se sont élevées à 37,2 milliards €, ce qui représente 7,9 % du PIB. Une grande partie de ces dépenses (30,3 milliards €, soit 6,4 % du PIB) était liée aux soins aigus, contre 6,8 milliards € (1,4 % du PIB) pour les soins de longue durée. Les projections montrent qu'en l'absence de politiques efficaces de maîtrise des coûts, les dépenses publiques en matière de santé devraient atteindre 9,1 % du PIB en 2030 et 10 % en 2040 (voir Figure 3). Les dépenses publiques pour les soins aigus (en pourcentage du PIB) devraient augmenter de 22 % entre 2019 et 2040 (de 6,4 % à 7,8 % du PIB), tandis que les dépenses publiques liées aux soins de longue durée augmenteraient de 64 % (de 1,4 % du PIB en 2019 à 2,3 % du PIB en 2040). À un horizon plus lointain, les dépenses publiques en matière de santé devraient atteindre 10,4 % du PIB en 2070. On peut donc conclure que l'augmentation des dépenses publiques en matière de santé exercera probablement une pression constante sur les finances publiques à long terme.

Bien que les projections du Comité d'étude sur le vieillissement soient présentées en tant que pourcentage du PIB, il est possible de dissocier la croissance des dépenses publiques de la croissance du PIB, comme montré dans le Tableau 3. Étant donné que les dépenses publiques en matière de santé devraient augmenter beaucoup plus rapidement que le PIB, elles devraient représenter une part croissante du PIB. En effet, d'ici 5 ans, les dépenses publiques en matière de santé devraient augmenter de plus de 13 % (prix constant de 2019), alors que la croissance du PIB sera d'environ 3 %, ce qui se traduira par une hausse de 0,79 point de pourcentage (+10 %) des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB. Cette augmentation (qui représente un déséquilibre entre le financement et les dépenses) pourrait résulter de la volonté politique de dépenser davantage pour la santé. Il est encore difficile de savoir dans quelle mesure la récente crise du COVID-19 contribuera à renforcer cette volonté politique.[41]

Tableau 3 – Indicateurs basés sur les projections concernant le financement

Indicateur		Score	Période (5 ans)	Belgique*	Source
S-20	**Demande***** : Projection des dépenses publiques en matière de santé	↗↗	2019**-2024	+13,3 % (+2,5 %)	Comité d'étude sur le vieillissement
	Offre*** : Projection du PIB	↗	2019**-2024	+2,9 % (+0,8 %)	Comité d'étude sur le vieillissement
	Évaluation : Projection des dépenses publiques en matière de santé en % du PIB	●	2019**-2024	+0,79 point de pourcentage	Comité d'étude sur le vieillissement

**Les taux de croissance annuels moyens sont indiqués entre parenthèses. ** Dernière année de données historiques. ***Bien que le (dés)équilibre évalué soit entre le financement et les dépenses, la terminologie offre/demande est conservée pour assurer la cohérence avec les autres parties du rapport.*

Impact de la crise du COVID-19

Il convient de noter que la pandémie du COVID-19 a eu un impact considérable sur cet indicateur. Le niveau du PIB attendu dans cinq ans, par exemple, est inférieur à ce qui était prévu avant la crise : le PIB ne devrait progresser que de 2,9 % entre 2019 et 2024, alors que les estimations précédentes (réalisées en juillet 2019) prévoyaient une augmentation de 6,6 %.[42] Comme la croissance attendue du PIB est réduite, les dépenses publiques en matière de santé, présentées en pourcentage du PIB, devraient augmenter. En effet, dans les estimations précédentes[42], les dépenses publiques en matière de santé étaient censées représenter 8,3 % du PIB en 2020 alors qu'elles en représenteraient 9,1 % selon les dernières estimations. Cet effet ne devrait toutefois pas durer longtemps : en 2025, les dépenses publiques de santé devraient représenter 8,8 % du PIB en 2025, tant selon la dernière estimation que selon celle réalisée avant la crise COVID-19. Néanmoins, en raison de l'importante incertitude liée à la crise du COVID-19, il convient d'interpréter ces résultats avec prudence. En particulier, l'effet direct de cette crise sanitaire sur le montant des dépenses publiques de santé est encore inconnu et n'est pas pris en compte dans les résultats ci-dessus, l'augmentation attendue résultant principalement d'une baisse du PIB.

Comparaison internationale

La comparaison internationale est basée sur les projections de l'*Ageing Working Group* (AWG) du Comité de politique économique (CPE) du Conseil « Affaires économiques et financières » (ECOFIN), qui ne sont pas directement comparables aux projections du Comité d'étude sur le vieillissement, bien qu'elles présentent un schéma similaire. Elles ont été réalisées avant la crise du COVID-19 (en 2018) et ne tiennent donc pas compte de l'impact de la pandémie. En 2016, les dépenses publiques en matière de santé en Belgique, en pourcentage du PIB, étaient très proches de la moyenne de l'UE-28. En outre, les dépenses publiques de santé en Belgique devraient suivre, à court et à long terme, une tendance similaire à la moyenne de l'UE-28. Néanmoins, les dépenses publiques pour les soins de longue durée (en pourcentage du PIB) sont supérieures en Belgique à la moyenne de l'UE-28, mais compensées par des dépenses publiques pour les soins aigus inférieures à la moyenne de l'UE-28. Ces différences devraient être quelque peu exacerbées à l'avenir.

4 LIMITATIONS

Tous les indicateurs décrits dans ce rapport présentent inévitablement certaines limitations, dont le lecteur intéressé trouvera une discussion détaillée en annexe. En outre, nous attirons l'attention sur quelques limitations plus générales liées aux méthodes et aux analyses effectuées dans ce rapport.

Premièrement, dans le présent rapport, chacun des piliers du système de santé est analysé séparément, ce qui masque les interactions potentielles entre eux. Par exemple, la demande de prestation de services de santé et de personnel de santé sont intrinsèquement liées, la seconde étant au moins partiellement dérivée de la première. Par conséquent, traiter la demande d'infirmiers, par exemple, comme indépendante de la demande de lits d'hôpitaux est fondamentalement artificiel. L'interaction entre l'offre de personnel et les dépenses de santé est un autre exemple. Comme le personnel représente une grande partie des dépenses, on ne peut théoriquement pas considérer ces deux variables comme indépendantes l'une de l'autre. Cependant, seuls quelques rares modèles de projection dans les pays de l'OCDE ont tenté d'établir ces liens.[43] Même au sein d'un même pilier, les indicateurs ne sont pas indépendants les uns des autres. Par exemple, les projections de la force de travail concernant un type donné de professionnels de santé ne sont pas indépendantes des autres groupes professionnels, car ces groupes peuvent se substituer les uns aux autres ou se compléter. L'émergence de nouveaux modèles de délivrance de soins de santé pourrait amplifier ces interactions. Comme le recommande un précédent rapport du KCE, la planification belge des professions de santé devrait évoluer vers une approche plus transversale et envisager une planification simultanée des professions de santé susceptibles de bénéficier d'une délégation de tâches.[44] Le présent rapport reflète l'état de développement des exercices de projection en Belgique et n'inclut pas une analyse approfondie de ces interactions potentielles.

Deuxièmement, cette étude s'appuie sur des données et des modèles de projection existants dans le contexte du système de santé belge. Son objectif n'était pas de valider les modèles, ni de chercher à les améliorer. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que les résultats des projections sont inévitablement basés sur des hypothèses. Compte tenu du degré d'incertitude de certaines d'entre elles, des analyses de sensibilité des résultats à certains paramètres clés sont nécessaires. Par conséquent, lorsque c'est possible, nous présentons en annexe des scénarios alternatifs pour les indicateurs sélectionnés. En outre, les modèles de projection doivent être mis à jour régulièrement, non seulement pour inclure des données plus récentes, mais aussi pour prendre en compte les éventuels éléments disruptifs qui pourraient perturber le modèle. De la même manière, les projections doivent être validées a posteriori avec les données observées, et les différences éventuelles expliquées afin d'améliorer les modèles futurs.

Troisièmement, comme la présente analyse est fondée sur les résultats de projections existantes, la période analysée n'est pas cohérente entre les indicateurs. Alors que nous présentons essentiellement l'évolution à 5 ans, la dernière année de données observées n'est pas la même pour tous les indicateurs. En outre, certains modèles fournissent des projections à long terme, tandis que d'autres se limitent à des projections à court ou moyen terme. De même, la plupart des modèles fournissent des estimations annuelles, mais les projections de l'offre de personnel ne sont disponibles que tous les cinq ans. Bien qu'il puisse être utile, à des fins politiques, d'encourager les institutions concernées à construire des modèles selon une périodicité commune, il faut garder à l'esprit que l'objectif premier de ces projections n'est généralement pas d'évaluer la soutenabilité du système de santé. Comme ces modèles sont développés à d'autres fins, d'autres aspects peuvent être importants pour le choix des périodicités.

Quatrièmement, dans les rapports HSPA, il est conseillé de comparer les valeurs nationales d'un indicateur aux résultats internationaux (traditionnellement les pays de l'UE-15) lorsqu'ils sont disponibles. Cependant, les indicateurs basés sur des projections dépendent tellement de la construction des modèles qu'une comparaison internationale est difficile. Dans le présent rapport, le contexte international est généralement décrit mais, pour la plupart des indicateurs, il n'a pas été possible de comparer la valeur estimée en Belgique avec une valeur internationale.

5 CONCLUSIONS

Ce rapport est un complément à la quatrième évaluation de la performance du système de santé belge.[1] Ce complément traite de la possibilité d'inclure dans cette évaluation des indicateurs basés sur des projections, en plus de ceux basés sur les données historiques, afin de mieux cerner la soutenabilité du système de santé. Un cadre conceptuel a été utilisé pour sélectionner les indicateurs pertinents dans ce contexte. Ensuite, des indicateurs basés sur des projections relatifs aux ressources humaines et au financement ont été analysés pour compléter l'évaluation de la performance du système de santé. Ces indicateurs visent à générer des signaux d'alerte vis-à-vis de futurs déséquilibres entre la demande et l'offre au sein du système de santé belge (voir Encadré 6).

Tirer des conclusions de ces indicateurs appelle toutefois une certaine prudence. Leur analyse ne doit pas être considérée comme un outil d'évaluation des politiques, mais vise à donner une vision large (vue d'hélicoptère) du système de santé. Les résultats ne dépendent pas d'un seul facteur, mais ont plusieurs causes, qui peuvent être extérieures au système de santé. Les indicateurs liés aux soins de santé sont intrinsèquement complexes ; ils ne résultent jamais d'une action unique, mais reflètent l'interaction d'un ensemble de variables et de paramètres. Il faut également garder à l'esprit que les projections sont fondées sur des hypothèses qui comportent un certain degré d'incertitude et qui peuvent toujours être remises en question. Les projections ne fournissent donc pas de chiffres exacts pour l'avenir, mais elles constituent un outil d'aide à la décision et permettent de donner un cadre au débat politique.

Encadré 6 – Signaux d'alerte du complément au rapport Performance 2019

Personnel de santé

À court terme, l'augmentation de la demande de médecins généralistes devrait être plus importante que l'augmentation attendue de l'offre, exprimée par le nombre de médecins généralistes actifs dans les soins de santé. Lorsque l'offre est mesurée en équivalents temps plein, il faut même s'attendre à une diminution. À long terme (10 ans), on s'attend toutefois à une progression plus forte de l'offre, grâce aux efforts importants consentis pour accroître le nombre d'assistants qui optent pour une spécialisation en médecine générale.

Financement

L'accroissement des dépenses publiques en matière de santé devrait exercer une pression budgétaire croissante. Bien que l'augmentation des dépenses de santé puisse résulter de choix politiques justifiés, des mesures seront nécessaires (parmi le large éventail d'options politiques qui peuvent être explorées tant du côté des dépenses que des recettes) pour réduire la pression et assurer la soutenabilité du système de santé.

RECOMMANDATIONS[a]

Aux autorités publiques, nous recommandons :

- De continuer à s'attaquer aux problèmes mis en évidence par les signaux d'alerte. Un des objectifs du rapport sur la performance du système de santé est d'informer les autorités publiques sur les domaines qui requièrent une attention particulière. Il est recommandé aux institutions et organismes concernés de continuer à tenir compte des signaux d'alerte (décrits dans l'Encadré 6) dans l'établissement de leur agenda politique ;
- En particulier, de poursuivre les efforts importants déployés pour augmenter le nombre de nouveaux diplômés en médecine qui se spécialisent en médecine générale.

À l'équipe de recherche impliquée dans le(s) prochain(s) rapport(s) d'évaluation de la performance du système de santé (HSPA) belge, nous recommandons :

- D'intégrer les indicateurs sélectionnés dans ce complément dans l'évaluation de la soutenabilité du système de santé et de les mettre à jour sur la base de données plus récentes ;
- D'évaluer si les indicateurs basés sur les projections qui ont été exclus de ce complément (en raison d'un manque de données récentes ou d'hypothèses perfectibles) peuvent être intégrés dans le prochain rapport HSPA complet.

À la Commission de Planification – offre médicale, en concertation avec le Bureau fédéral du Plan et l'INAMI, nous recommandons :

- D'envisager l'utilisation du nombre de contacts attendu avec les médecins généralistes issu du modèle de micro-simulation PROMES comme proxy de la demande future de soins dans un scénario alternatif pour l'évolution de l'offre médicale (médecins généralistes).

Au Bureau fédéral du Plan, en concertation avec l'INAMI, nous recommandons :

- D'examiner plus avant les options possibles pour prendre en compte l'évolution des compensations financières confidentielles des conventions *Managed Entry Agreements* dans les projections des dépenses pharmaceutiques.

[a] Le KCE reste seul responsable des recommandations.

À la communauté scientifique, nous recommandons :

- De mettre à jour, avec les données disponibles les plus récentes, l'analyse de tendance relative à la capacité hospitalière requise effectuée dans le rapport KCE 289 ;
- De mettre à jour, avec les données disponibles les plus récentes, l'analyse de tendance concernant le nombre de personnes âgées placées en institution, effectuée dans le rapport KCE 167 ;
- D'explorer plus avant la possibilité d'établir des projections dans des domaines actuellement peu documentés (en particulier, des projections de la demande de personnel infirmier, y compris le personnel infirmier hospitalier).

RÉFÉRENCES

1. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance of the Belgian health system – Report 2019. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019 04/2019. KCE Reports 313 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf
2. WHO Regional Office for Europe. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen: World Health Organization; 2008. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf
3. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, et al. Performance of the Belgian Health System. Report 2012. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 196C (D/2012/10.273/112) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196C_Health_system_performance.pdf
4. Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, et al. A first step towards measuring the performance of the Belgian healthcare system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 05/07/2010. KCE Reports 128 Available from: https://kce.fgov.be/publication/report/a-first-step-towards-measuring-the-performance-of-the-belgian-healthcare-system
5. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, et al. Performance of the Belgian Health System - Report 2015. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 12/1/2016. KCE Reports 259 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259C_performancereport2015.pdf

6. Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2020 12/2020. KCE Reports 334 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334_Equity_Belgian_health_system_Report.pdf
7. European Commission. A new drive for primary care in Europe: Rethinking the assessment tools and methodologies. Report of the Expert Group on Health Systems Performance Assessment. Luxembourg: European Union 2018.
8. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018.
9. OECD. Health at a Glance: OECD indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019.
10. National Health Performance Committee (NHPC). National Health Performance Framework Report. Brisbane: Queensland Health; 2001.
11. EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA). Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2020_resilience_en.pdf
12. World Health Organization. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. Available from: https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
13. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. Available from: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1
14. Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, et al. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 06/2017. KCE Reports 289 (D/2017/10.273/45) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20the%20report%20in%20English%20%28550%20p.%29.pdf
15. Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van De Sande S, et al. Residential care for older persons in Belgium : Projections 2011 – 2025. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 167 Available from: https://kce.fgov.be/publication/report/residential-care-for-older-persons-in-belgium-projections-2011-%E2%80%93-2025
16. Van de Voorde C, Lefèvre M, Mistiaen P, Detollenaere J, Kohn L, Van den Heede K. Assessing the management of hospital surge capacity in the first wave of the COVID-19 pandemic in Belgium. Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2020 12/2020. KCE Reports 335 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_335_Surge_capacity_during_COVID-19_Belgium_Report.pdf
17. Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle. Scénario de base de l'évolution de la force de travail Médecins 2016-2036. Bruxelles: DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; 2020.

18. Arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale, M.B. 18 June 2008.

19. Arrêté royal du 16 août 2020 portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale, M.B. 21 August 2020.

20. Vlaamse planningscommissie dit voorjaar van start [Web page].14 January 2021 [cited 26 March 2021]. Available from: https://www.domusmedica.be/actueel/vlaamse-planningscommissie-dit-voorjaar-van-start

21. Soins de santé : le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles approuve la création d'une Commission de planification de l'offre médicale. [Web page].17 December 2020 [cited 26 March 2021]. Available from: https://glatigny.cfwb.be/home/presse--actualites/publications/soins-de-sante--le-gouvernement-de-la-federation-wallonie-bruxelles-approuve-la-creation-dune-commission-de-planification-de-loffre-medicale.publicationfull.html

22. Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 2 mai 2018 modifiant l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la programmation de l'offre médicale, M.B. 28 May 2018.

23. Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 5 juin 2019 modifiant l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale, M.B. 2 August 2019.

24. Beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten begrijpt niet dat regering quota verhoogt [Web page].25 December 2019 [cited 26 March 2021]. Available from: https://www.demorgen.be/nieuws/beroepsverenigingen-van-artsen-specialisten-begrijpt-niet-dat-regering-quota-verhoogt~b835eb42/

25. Geerts J, Van den Bosch K, Willemé P. PROMES – Un nouvel instrument de projection des dépenses de l'AMI pour les soins de santé. Brussels: Bureau Fédéral du Plan; 2018.

26. Geerts J, Van den Bosch K, Willemé P. Description et utilisation du modèle PROMES (WP 4 DC2019). Brussels: Bureau Fédéral du Plan; 2018.

27. OECD. Health at a Glance: OECD indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017.

28. Belloni A, Morgan D, Paris V. Pharmaceutical Expenditure And Policies: Past Trends And Future Challenges. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016. OECD Health Working Papers 87

29. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2020.

30. FAMHP. Unavailable medicines [Web page].Brussels: Federal Agency for Medicines and Health Products;2021 [cited 2 February 2021]. Available from: https://www.famhp.be/en/items-HOME/unavailability_of_medicinal_products

31. Lepage-Nefkens I, Douw K, Mantjes G, de Graaf G, Leroy R, Cleemput I. Horizon scanning for pharmaceuticals: proposal for the BeNeLuxA collaboration. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017. KCE Reports 283 (D/2017/10.273/15) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Horizon%20scanning_ScientificReport_.pdf

32. INAMI. Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses (MORSE): report 2020 (2019 data). Brussels: Institut national d'assurance maladie-invalidité; 2020. Available from: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/Rapport_MORSE_%20donnees%20jusque_2019.pdf

33. Gerkens S, Neyt M, San Miguel L, Vinck I, Thiry N, Cleemput I. How to improve the Belgian process for Managed Entry Agreements? An analysis of the Belgian and international experience. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 05/2017. KCE Reports 288 (D/2017/10.273/41) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_288_Improve_Belgian_process_managed_entry_agreements_Report.pdf

34. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Belgium: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. Paris, Brussels: Organisation for Economic Co-operation and Development. European Observatory on Health Systems and Policies; 2019.

35. OECD. Fiscal Sustainability of Health Systems. Bridging Health and Finance Perspectives. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015.

36. Federal Planning Bureau. 2020 Annual Report of the Study Committee on Ageing [Web page].Brussels: Federal Planning Bureau;2020 [cited 21 December 2020]. Available from: https://www.plan.be/databases/data-33-en-2020_annual_report_of_the_study_committee_on_ageing

37. European Commission. The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070). Brussels: European Commission; 2018.

38. INAMI. Nombre de dispensateurs de soins individuels. 2021. Available from: https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/soinsdesante/2020/Pages/nombre-dispensateurs-soins-individuels.aspx

39. Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique. 2021 https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2020_-_fr.pdf.

40. Conseil Supérieur des Finances. Comité d'Étude sur le Vieillissement. Rapport annuel. Bruxelles: Conseil Supérieur des Finances; 2020.

41. Cylus J. Covid-19 Health System Response Monitor - Cross-country analysis: How does the covid-19 economic crisis affect health financing and what are the implications for future health budgets? [Web page].Geneva - Brussels: World Health Organization, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies;24 February 2021 [cited 26 February 2021]. Available from: https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2021/02/24/how-does-the-covid-19-economic-crisis-affect-health-financing-and-what-are-the-implications-for-future-health-budgets/

42. Conseil Supérieur des Finances. Comité d'Étude sur le Vieillissement. Rapport annuel. Bruxelles: Conseil Supérieur des Finances; 2019.

43. Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health workforce planning in OECD countries: a review of 26 projection models from 18 countries. 2013. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-planning-in-oecd-countries_5k44t787zcwb-en

44. Vandenbroeck P, Ooms K, Benahmed N, Wickert R, Christiaens W, Stordeur S. Strategies for improving the medical workforce projection model: a stakeholder consultation. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 07/2017. KCE Reports 290 (D/2017/10.273/49) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20the%20synthesis%20in%20English%20%2828%20p.%29.pdf