service public fédéral
SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

sciensano

INAMI-RIZIV

KCE

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

KCE REPORT 370Bs

SYNTHÈSE

PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE : RÉVISION DU CADRE CONCEPTUEL ET DE LA LISTE DES INDICATEURS





KCE REPORT 370Bs
HEALTH SERVICES RESEARCH

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

SYNTHÈSE

PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE : RÉVISION DU CADRE CONCEPTUEL ET DE LA LISTE DES INDICATEURS

SOPHIE GERKENS, CHARLINE MAERTENS DE NOORDHOUT, MÉLANIE LEFÈVRE, MURIEL LEVY, NICOLAS BOUCKAERT, CAROLINE OBYN, CARL DEVOS, ALINE SCOHY, ROBBY DE PAUW, BRECHT DEVLEESSCHAUWER, ANNEMIE VLAYEN, HARUN YARAS, CHRISTOPHE JANSSENS, PASCAL MEEUS

2023 www.kce.fgov.be

PRÉFACE

Le principe de l'amélioration continue fait partie intégrante de la gestion de notre système de santé, qui nécessite des évaluations régulières pour suivre les progrès et orienter les efforts à fournir pour pallier les lacunes. Depuis près de 15 ans, le KCE s'est lancé dans une évaluation régulière de la performance du système de santé belge aux côtés de ses partenaires, l'INAMI, Sciensano et plus récemment le SPF Santé publique. La cinquième édition du rapport d'analyse transversale de la performance est en préparation et sera publiée en 2024. Notre système de santé est une réalité fort complexe qui fait intervenir de multiples facteurs que seule une démarche analytique peut approcher. L'évaluation de la performance de ce système nécessite de ce fait une trame, un cadre conceptuel, qui englobe toutes les dimensions pertinentes afin de fournir une image aussi claire que possible de la situation.

Un premier cadre conceptuel a ainsi été développé en 2010, qui a depuis fait l'objet de révisions successives au fil des différents rapports d'évaluation de la performance de notre système de santé. A l'occasion de la cinquième édition de ce rapport, il a été convenu de réaliser une profonde révision du cadre conceptuel afin de garantir son alignement sur les nouveaux enjeux du pays, l'évolution des connaissances et les réalités sanitaires internationales, telles que la crise du COVID-19.

Le présent rapport vise à exposer les améliorations structurelles apportées au cadre, notamment en ce qui concerne ses (sous-)dimensions et la sélection des indicateurs les plus pertinents à monitorer. Notre équipe a mené une analyse comparative approfondie des pratiques d'autres pays engagés dans un travail similaire afin de proposer la formule qui convient le mieux à notre contexte de soins de santé. Exercice qui permettra de répondre avec toujours plus de justesse aux objectifs d'information sur la performance du système de santé belge.

Le haut niveau de qualité dont l'équipe de recherche a toujours témoigné dans la réalisation de cette mission est reconnu de longue date et a souvent inspiré d'autres pays en Europe, tant par la rigueur des analyses que par la manière de présenter les résultats afin qu'ils jouent pleinement leur rôle. Bien décidés à poursuivre dans ce sens, nous sommes convaincus que cette nouvelle version du cadre conceptuel belge apporte une réelle plus-value qui bénéficiera aux prochains travaux d'analyse en les rendant plus complets, plus pertinents et mieux interconnectés avec d'autres territoires en marge des soins de santé. Nos autorités seront alors en mesure de profiter au mieux de cet outil offrant un éclairage toujours plus précis sur les évolutions de la performance de notre système de santé au fil du temps.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint a.i.

Marijke EYSSEN
Directeur Général a.i.

MESSAGES CLÉS

- Les nouveaux éléments apportés par ce rapport sont :
  - Un nouveau cadre d'évaluation de la performance du système de santé, incluant deux nouvelles (sous-) dimensions analysées : la résilience face au COVID-19 et la gouvernance, une sous-dimension de la soutenabilité. La soutenabilité environnementale a également été incluse en vue d'être investiguée ultérieurement.
  - Une révision approfondie de l'équité, de l'accessibilité et des soins centrés sur la personne (une sous-dimension de la qualité) via une sélection des indicateurs les plus pertinents en collaboration avec des experts.
  - Une comparaison avec le cadre conceptuel de l'OMS et de l'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de santé.
- Les autres dimensions et domaines n'ont été que peu modifiés, principalement en raison de la disponibilité des données.
- Suite à ces révisions, le prochain rapport performance, dont la publication est prévue en 2024, comportera 145 indicateurs.

SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE **1**
MESSAGES CLÉS **2**
SYNTHÈSE **3**
1. CONTEXTE ET OBJECTIFS **5**
1.1. CONTEXTE 5
1.2. LE CADRE CONCEPTUEL BELGE 5
1.3. QU'AVONS-NOUS FAIT ET POURQUOI ? 6
1.4. OBJECTIFS 7
2. UN NOUVEAU CADRE CONCEPTUEL POUR L'HSPA **9**
2.1. PROCESSUS DE RÉVISION DU CADRE CONCEPTUEL 9
2.2. LE NOUVEAU CADRE CONCEPTUEL BELGE POUR L'HSPA 9
3. DEUX NOUVELLES DIMENSIONS : RÉSILIENCE ET GOUVERNANCE **12**
3.1. RÉSILIENCE 12
3.1.1. Définition et champ d'application 12
3.1.2. Sélection des indicateurs 13
3.2. GOUVERNANCE 13
3.2.1. Définition et champ d'application 13
3.2.2. Sélection des indicateurs 14
4. RÉVISION DES DIMENSIONS ET DOMAINES EXISTANTS **14**
4.1. ACCESSIBILITÉ, ÉQUITÉ ET SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE 14
4.2. AUTRES DIMENSIONS ET DOMAINES 15
5. COMPARAISON AVEC LE CADRE HSPA DE L'OMS **15**
6. DISCUSSION ET CONCLUSIONS **16**

6.1. LE DÉLICAT ÉQUILIBRE ENTRE COMPLÉTUDE ET LISIBILITÉ 16
6.2. L'ACCÈS AUX DONNÉES PERTINENTES RESTE AMÉLIORABLE 16
6.3. UNE SOURCE D'INFORMATION PRÉCIEUSE ET SUR MESURE 17
6.4. UN GUIDE BIEN PLUS QU'UNE ÉVALUATION 18
■ **RECOMMANDATIONS 19**
■ **ANNEXES 23**
■ **RÉFÉRENCES 30**

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS

1.1. Contexte

L'évaluation de la performance du système de santé ou HSPA (*Health System Performance Assessment*) est un processus qui vise à évaluer un système de santé de manière **holistique** sur la base **d'indicateurs mesurables**. Elle repose sur un **cadre conceptuel** propre à chaque pays. L'HSPA est mentionnée de façon explicite dans la charte de Tallinn[1], signée par l'ensemble des États membres de la région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui stipule que « les systèmes de santé doivent faire la démonstration de leur performance » et que les États membres doivent « promouvoir la transparence et rendre des comptes quant à la performance des systèmes de santé dans la production de résultats mesurables ».

En Belgique, l'HSPA poursuit trois objectifs stratégiques :

- Informer les autorités de santé concernant la performance du système de santé, pour les aider à planifier les politiques de santé ;
- Offrir une vision transparente et responsable de la performance du système de santé, conformément aux engagements pris dans la Charte de Tallinn[a] ;
- Suivre l'évolution de la performance du système de santé au fil du temps.

Une intégration fructueuse de l'HSPA à la prise de décision politique dans notre pays supposait évidemment qu'un certain nombre de conditions préalables soient rencontrées, à commencer par un réel engagement des autorités et une attention spécifique à l'identification des besoins, mais aussi des éventuels obstacles et résistances à cette démarche. L'ensemble des dix administrations belges concernées par le secteur de la santé ont par ailleurs été activement impliquées dans l'initiative au travers de la création d'un groupe de travail inter-administrations, qui fait aussi office d'interface entre les décideurs politiques et l'instance scientifique indépendante en charge de l'évaluation[b].

1.2. Le cadre conceptuel belge

Le premier cadre conceptuel belge pour l'évaluation de la performance du système de santé, publié en 2010, a été développé sur mesure pour notre pays au départ d'une revue de la littérature, d'une large consultation de stakeholders et d'exemples étrangers pertinents. Il faisait le choix de s'ouvrir à un champ très large – celui du système de santé plutôt que du système de soins – et incluait une nouvelle dimension particulièrement chère aux décideurs politiques belges, celle de la soutenabilité. Ce modèle reposait sur trois niveaux interconnectés : (1) l'état de santé de la population, (2) les déterminants non médicaux de la santé et (3) la performance du système de santé au sens strict, ce troisième niveau étant évalué suivant cinq *dimensions* et plusieurs *domaines* de soins analysés de manière plus approfondie (voir Encadré 1).

Des ajustements relativement limités ont été apportés à ce cadre conceptuel au fil des rapports successifs, principalement afin d'approfondir certaines dimensions ou domaines. Les principaux changements intervenus au fil du temps sont exposés plus en détail dans chaque rapport (voir la section 1.3.2 « Les objectifs généraux et opérationnels du rapport 2012 » et la section 2.2 « Ce qui a changé depuis le rapport précédent » des rapports 2015 et 2019).

---

[a] https://apps.who.int/iris/handle/10665/349656?locale-attribute=fr&

[b] Composée de chercheurs du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), de Sciensano, de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) et, depuis le rapport 2019, du Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Encadré 1 – Dimensions et domaines

Jusqu'au rapport 2019, la performance du système de santé était évaluée suivant :

- Cinq **dimensions**, faisant référence aux principes considérés comme essentiels au bon fonctionnement et à la performance d'un système de santé :
  - la qualité, rapidement enrichie de cinq sous-dimensions :
    - l'efficacité
    - l'adéquation
    - la sécurité
    - la continuité
    - les soins centrés sur le patient
  - l'accessibilité
  - l'efficience
  - la soutenabilité
  - l'équité (transversale aux autres dimensions)
- Plusieurs **domaines**, analysant de manière approfondie certaines fonctions du système de santé ou de certaines populations cibles, comme p. ex. les soins préventifs, les soins aux personnes âgées, les soins à la mère et l'enfant, etc.

Afin d'éviter que les messages fondamentaux ne finissent par se perdre dans une masse d'informations pléthorique, il a été décidé, lors du dernier rapport publié en 2019 :

- De répartir désormais l'information sur **plusieurs rapports distincts** (un rapport sur l'état de santé et ses déterminants, un rapport sur la performance du système de santé et un rapport sur les variations de pratique médicale) – une décision d'autant plus logique que ces différents aspects étaient déjà traités par des institutions différentes ;
- De regrouper les messages-clés et résultats de chacun de ces rapports sur un **site internet unique**, www.belgiqueenbonnesante.be, où cette information est accessible à tout citoyen intéressé (voir le rapport scientifique pour un aperçu plus détaillé de son contenu). Des rapports plus contextuels décrivant le système de santé (HiT) et les « Données phares dans les soins de santé » ont également été ajoutés à ce site internet.

Pour éviter toute confusion entre les différentes facettes de cette démarche d'évaluation, nous avons choisi d'utiliser dans ce rapport la terminologie suivante :

- **Le cadre global d'évaluation de la santé de la population** (*global population health framework*), ci-après « cadre global d'évaluation», fait référence à l'ensemble des trois niveaux de l'évaluation – l'état de santé de la population, les déterminants non médicaux de la santé et enfin la performance du système de santé et de la délivrance de services de santé.
- **Le cadre d'évaluation de la performance du système de santé** (*performance or HSPA framework*), ci-après « cadre d'évaluation de la performance », fait référence au troisième niveau de l'évaluation globale – l'évaluation de la performance du système de santé et de la délivrance de services de santé suivant plusieurs dimensions et domaines.

1.3. Qu'avons-nous fait et pourquoi ?

Quatre rapports de performance ont été publiés depuis 2010, auxquels sont venus s'ajouter entre 2019 et 2022 trois rapports thématiques consacrés respectivement aux thèmes de l'équité (rapport KCE 334)[2], de l'évaluation de la soutenabilité au moyen de projections (rapport KCE 341)[3] et des soins aux personnes vivant avec une maladie chronique (rapport KCE 352)[4].

Dans la foulée, le nombre d'indicateurs est passé de 54 en 2010 à 121 en 2019 (malgré le retrait des indicateurs concernant l'état de santé de la population depuis 2019), auxquels s'ajoutent 33 indicateurs en provenance des rapports intermédiaires. Ce nombre croissant d'indicateurs génère une charge de travail de plus en plus difficile à gérer pour l'équipe de recherche responsable de l'évaluation mais aussi, potentiellement, par une masse d'informations excessive pour les décideurs. En outre, les systèmes de

santé ne cessent d'évoluer aussi bien en Belgique qu'à l'étranger et on voit de plus en plus émerger dans la littérature de nouvelles dimensions pertinentes telles que la résilience, ce qui risque d'amplifier encore le problème.

En vue de la publication de la 5e édition du rapport de performance (ci-après « Rapport HSPA 2024 »), il a donc été décidé d'une part de revoir le cadre conceptuel de l'évaluation de la performance en prêtant une attention toute particulière aux nouvelles dimensions potentielles (en définitive, nous en avons analysé deux dans le cadre de ce rapport, la **gouvernance** et la **résilience**), d'autre part de réviser les dimensions et domaines existants en vue de retenir uniquement les indicateurs les plus pertinents. L'objectif était de parvenir à un total d'environ 120 indicateurs.

Dans le cadre de ce rapport, nous nous sommes concentrés tout particulièrement sur la révision de trois dimensions pour lesquelles de nouvelles données ont été publiées dans l'intervalle :

- L'**accessibilité** – l'*European Expert Group on HSPA* a publié en 2021 un rapport à ce sujet[5]. Celui-ci était susceptible de nous aider à identifier d'éventuelles lacunes dans la liste belge d'indicateurs et à sélectionner les éléments les plus pertinents pour notre pays.
- L'**équité** – le rapport thématique de 2020[2] a livré une analyse détaillée de cette dimension et il était nécessaire de procéder à une sélection parmi ces nouveaux indicateurs en vue du Rapport HSPA 2024.
- Les **soins centrés sur la personne** – la publication des résultats de l'enquête PaRIS[6], prévue en 2024, va livrer de nouveaux indicateurs dans ce domaine pour notre pays. En outre, les experts externes de notre rapport thématique sur les personnes vivant avec une maladie chronique[4] ont recommandé d'élargir ce domaine.

Il importe aussi de mentionner ici que l'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont publié un nouveau cadre HSPA[7] au moment où le processus de révision du cadre conceptuel belge touchait à son terme. Une comparaison des deux cadres a donc été réalisée (voir chapitre 5 de cette synthèse et chapitre 8 du rapport scientifique).

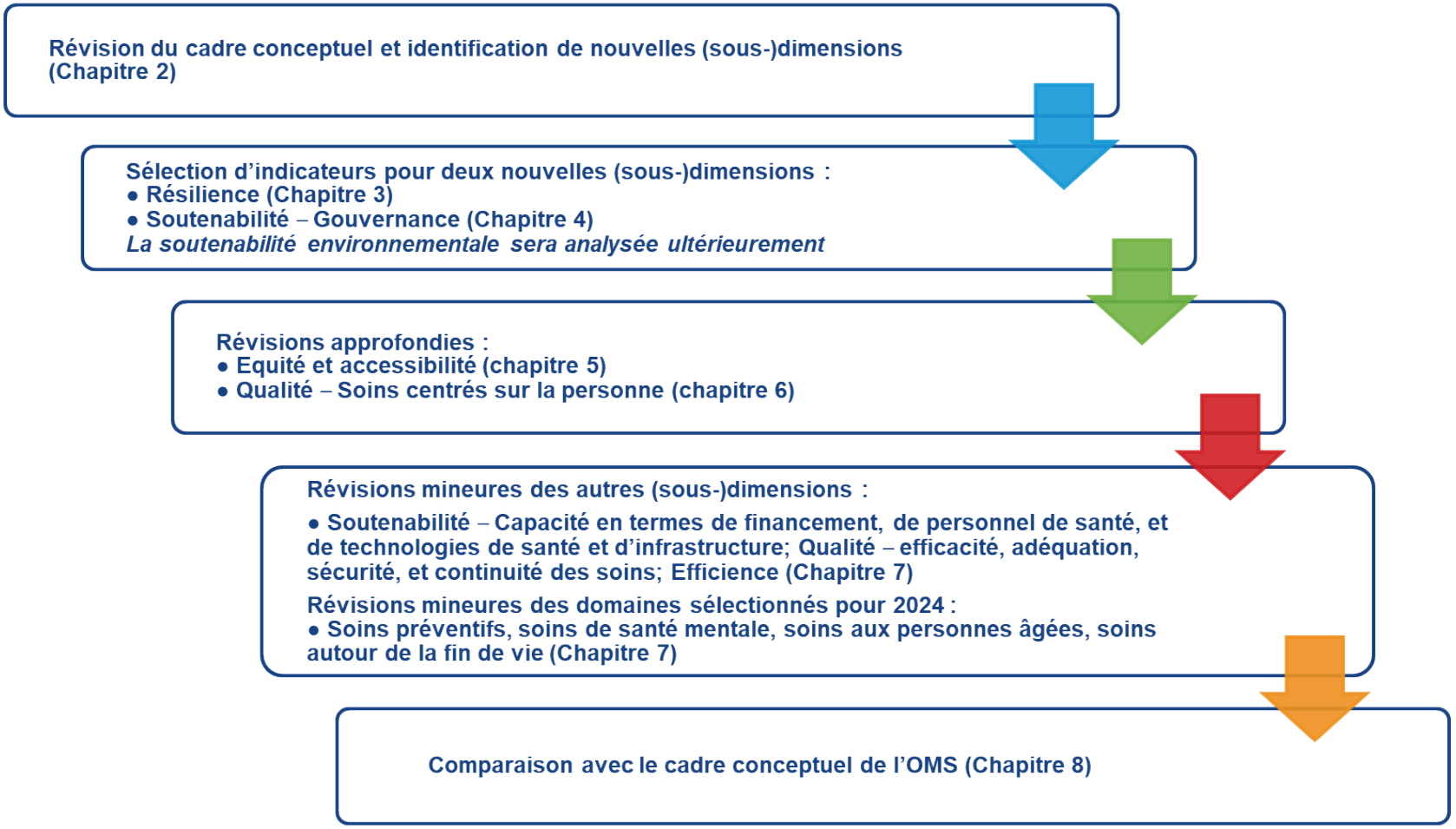
1.4. Objectifs

Les objectifs de ce rapport étaient :

- De revoir le cadre conceptuel de l'évaluation de la performance en Belgique, en prêtant une attention toute particulière à l'identification de nouvelles (sous-)dimensions potentielles (voir chapitre 2) ;
- D'identifier des indicateurs pertinents pour les nouvelles (sous-) dimensions sélectionnées au cours de la révision du cadre conceptuel (voir chapitre 3) ;
- De réviser les dimensions et domaines existants, en veillant tout particulièrement d'une part à identifier certaines lacunes parmi les indicateurs existants et d'autre part à cibler les éléments les plus pertinents. Trois (sous-)dimensions ont été revues de manière approfondie (accessibilité, équité et soins centrés sur la personne (qualité) – voir 4.1) ; pour le moment, les autres dimensions et domaines n'ont fait l'objet que de révisions mineures (voir 4.2) ;
- De comparer le cadre global belge d'évaluation au cadre proposé par l'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé et l'OMS (voir chapitre 5).

Les différentes étapes de ce rapport sont résumées dans la Figure 1.

Figure 1 – Étapes de ce rapport



2. UN NOUVEAU CADRE CONCEPTUEL POUR L'HSPA

2.1. Processus de révision du cadre conceptuel

La révision du cadre conceptuel belge s'est focalisée principalement sur l'identification de nouvelles dimensions de la performance du système de santé. L'identification de nouveaux domaines et les modalités de l'évaluation de l'état de santé de la population ou des déterminants non médicaux de la santé sortaient du cadre de cette étude.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une revue pragmatique de la littérature et lancé un appel au groupe d'experts européen HSPA (*EU Expert Group on Health System Performance Assessment*). Au total, nous avons ainsi identifié 21 cadres conceptuels dont ont pu être extraits 171 éléments-clés. Ces derniers ont été regroupés selon leur correspondance à un besoin, un objectif de santé, un élément de structure, un déterminant de la santé, etc.

Au terme d'une première réunion d'équipe, trois cadres conceptuels ont été identifiés comme étant particulièrement pertinents pour le contexte belge – le cadre allemand[8], le cadre irlandais[9] et la version simplifiée du cadre de l'OCDE publiée en 2016[10]. Les éléments tirés de ces trois cadres conceptuels ont été comparés à la liste complète de 171 éléments afin de nous assurer qu'il n'y manque aucun élément important. En définitive, 63 éléments ont été retenus sur la base de leur caractère mesurable et de leur pertinence pour le contexte belge. Cette liste a été resoumise aux experts.

Une seconde réunion a débouché sur une sélection de 6 dimensions et 13 sous-dimensions au sein desquelles ont été identifiés trois nouveaux éléments qui ne figuraient pas dans le cadre conceptuel belge existant : la résilience, la gouvernance et la littératie en santé. Comme cette dernière relève de la promotion de la santé et est reprise par Sciensano dans le rapport sur l'état de santé de la population, nous ne l'avons pas intégrée au cadre d'évaluation de la performance. La présentation des sous-dimensions a également été modifiée. Un élément supplémentaire, l'impact environnemental, a été identifié suite à la présentation du cadre conceptuel belge lors d'une réunion du groupe d'experts *Health Systems and Policy Monitor Network* (HSPM)[11] en 2022 et repris dans le modèle comme sous-dimension de la soutenabilité.

Pour de plus amples informations sur la méthodologie utilisée, nous vous invitons à vous référer au chapitre 2 du rapport scientifique.

2.2. Le nouveau cadre conceptuel belge pour l'HSPA

La version finale du nouveau cadre conceptuel belge est exposée à la Figure 2. Comme le modèle irlandais dont il s'inspire[c], il prend la forme de trois cercles concentriques qui représentent trois dimensions de la performance (soutenabilité, accessibilité, qualité), recoupées par trois autres dimensions plus transversales (équité, résilience, efficience). Comme dans le passé, chaque rapport abordera aussi une sélection de domaines spécifiques. Les domaines sélectionnés pour le rapport 2024 sont repris dans la note en marge de la figure. Le domaine de la prévention est indiqué en turquoise dans la figure pour souligner son lien avec la promotion de la santé.

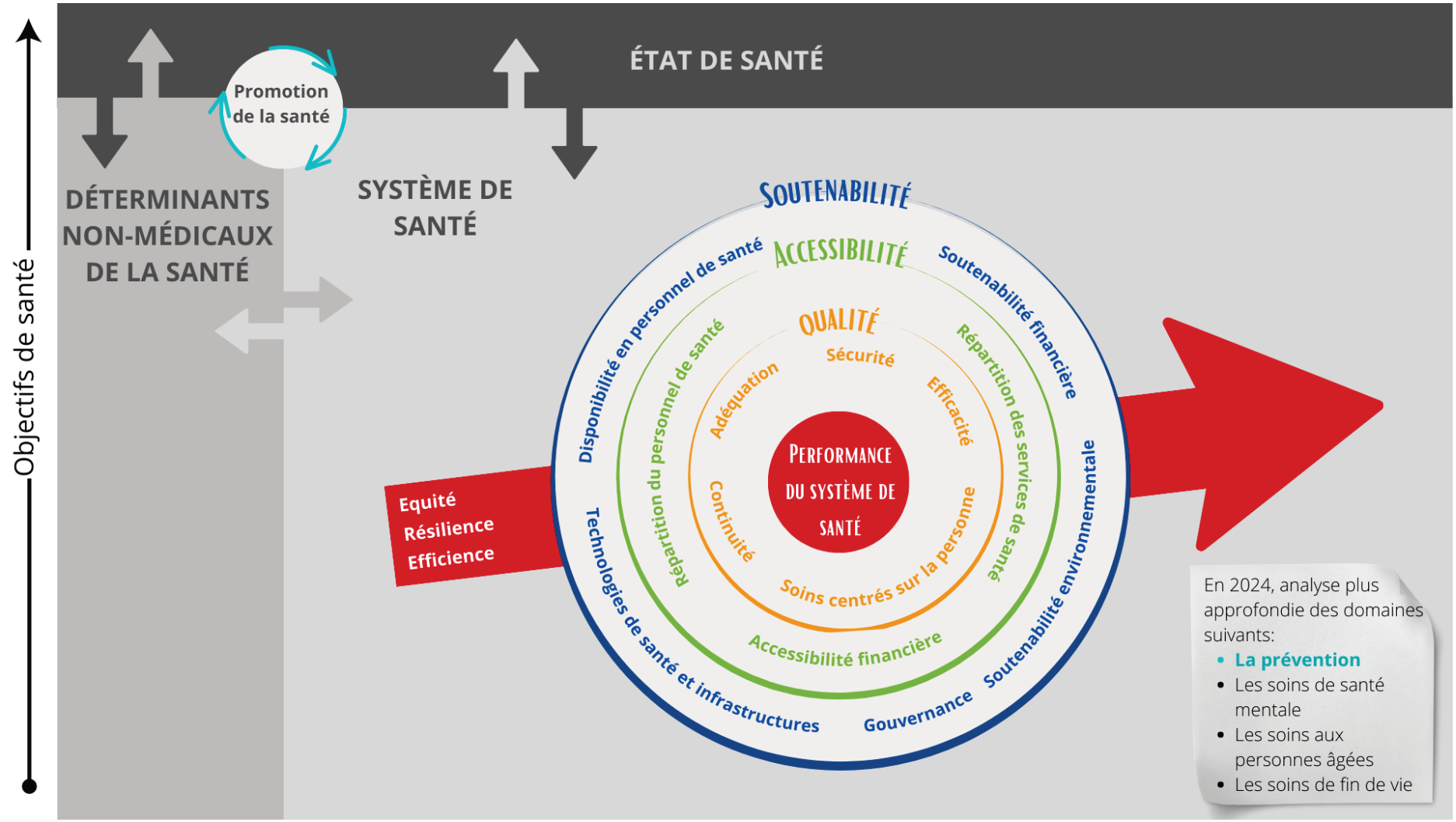
[c] https://www.gov.ie/en/publication/6660a-health-system-performance-assessment-hspa-framework (dernière consultation : 26 avril 2023)

Comme expliqué plus haut, les modifications apportées concernent exclusivement le volet « performance du système de santé » (en couleur sur la figure 2). Les différents éléments ont été positionnés sur la base du raisonnement suivant :

- Le point focal du modèle est la **performance** du système de santé, objectif intermédiaire et passage obligé vers l'amélioration de l'état de santé de la population (objectif final) ;
- Le cercle extérieur recouvre la **soutenabilité**, qui touche principalement aux éléments structurels qui vont soutenir les autres dimensions du système de santé ;
- Le cercle intermédiaire concerne l'**accessibilité**, qui découle des choix d'allocation des ressources influencés par les éléments structurels du système de santé ;
- Dans le cercle intérieur, la dimension **qualité** concerne principalement les indicateurs de processus touchant à la délivrance de services de santé par les professionnels ou établissements de soins, qui sont influencés à leur tour par les choix posés au niveau des éléments structurels (soutenabilité) et de l'allocation des ressources (accessibilité) ;
- **L'équité, la résilience et l'efficience** sont considérées comme des dimensions qui recoupent toutes les autres et nécessitent des analyses plus transversales.

Vous trouverez au chapitre 2 du rapport scientifique une définition des six dimensions et treize sous-dimensions de la performance.

Figure 2 – Le nouveau cadre conceptuel belge de l'HSPA



3. DEUX NOUVELLES DIMENSIONS : RÉSILIENCE ET GOUVERNANCE

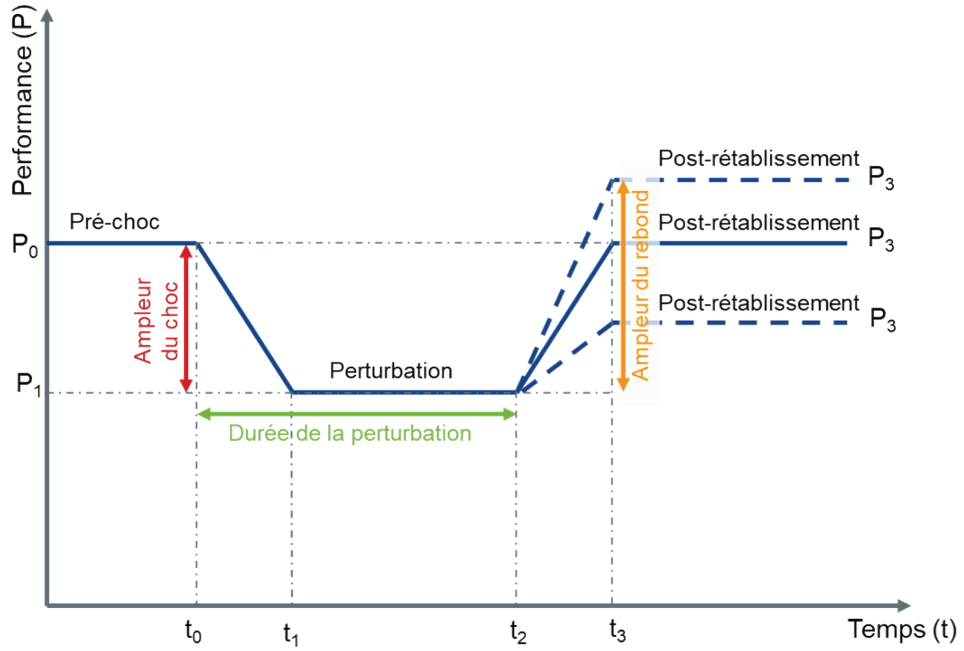
3.1. Résilience

3.1.1. Définition et champ d'application

Dans le contexte du cadre conceptuel belge de l'HSPA, la résilience d'un système de santé est définie comme sa capacité à prévoir les chocs, à les absorber et à s'y adapter d'une manière qui lui permette (1) de continuer à fournir les prestations requises, (2) de revenir le plus rapidement possible à un niveau de performance optimal, (3) d'adapter sa structure et ses fonctions afin de se renforcer et (4) (éventuellement) de limiter sa vulnérabilité à des chocs futurs similaires et à des changements structurels.[12, 13]

Le Rapport HSPA 2024 s'attachera à analyser la résilience du système de santé belge uniquement dans le contexte de la crise du COVID-19. L'analyse portera plus précisément sur l'évolution d'une série d'indicateurs de performance du système de santé face à ce choc spécifique, en examinant l'ampleur de la perturbation (qui permet d'évaluer la capacité du système à amortir les chocs), sa durée (qui permet d'évaluer l'adaptabilité) et enfin l'ampleur du rebond après la crise (qui reflète la capacité de transformation) (voir Figure 3).

Figure 3 – Variation des indicateurs de performance suite à un choc



Source : Ce schéma est inspiré de l'EU Expert Group on Health System Performance Assessment (2020)[12]

3.1.2. Sélection des indicateurs

Pour la sélection d'indicateurs permettant d'évaluer la résilience du système, nous avons commencé par en dresser une liste étendue sur la base d'une série de sources.[4, 12 ,14 , 15 , 16 , 17 , 18-22] Cette présélection a ensuite été évaluée sur la base de trois critères : la **pertinence** par rapport au champ d'application susmentionné (indicateurs spécifiques à la résilience du système de santé face à la crise du COVID-19), la possibilité d'évaluer l'indicateur par le biais de **mesures quantitatives** et la **disponibilité des données**.

Au final, tous les indicateurs répondant à ces trois critères ont été retenus. Ils peuvent être classés sommairement en trois grandes catégories :

- Les indicateurs qui reflètent la capacité à **garantir la disponibilité d'une force de travail adéquate**, au travers d'aspects comme le bien-être des professionnels de la santé ou l'absentéisme chez les infirmiers.
- Les indicateurs qui reflètent la capacité à **préserver les services de santé essentiels et les services de santé publique de routine**, au travers d'aspects comme les changements observés au cours de la pandémie dans les activités chirurgicales dans les hôpitaux ou au niveau du nombre de nouveaux diagnostics de cancer.
- Les indicateurs qui reflètent la faculté **d'élargir la capacité existante et de créer de nouveaux services**, au travers d'aspects comme l'occupation des lits de soins intensifs et la répartition des patients entre les différents hôpitaux, le développement de la téléconsultation ou de mesures de maîtrise de l'épidémie comme la vaccination et le dépistage à grande échelle et le traçage des contacts.

Précisons que, en soi, les indicateurs de résilience pourraient tous être intégrés à d'autres dimensions de l'évaluation HSPA ; dans cette section, ils ont toutefois été analysés spécifiquement dans leur rapport aux caractéristiques de la crise (ampleur, longueur et importance du rebond) sur la base de données recueillies de façon répétée au cours de l'année.

Pour des informations plus détaillées sur la sélection des indicateurs de résilience, nous vous invitons à vous référer au chapitre 3 du rapport scientifique. La liste des 14 indicateurs retenus figure en annexe de cette synthèse.

3.2. Gouvernance

3.2.1. Définition et champ d'application

Dans le contexte du cadre conceptuel belge de l'HSPA, la gouvernance est définie comme la capacité des décideurs de santé **à rendre des comptes, à autonomiser et impliquer la population** (*empowerment*), à garantir la **transparence**, à assurer la présence **d'institutions fonctionnelles** et aptes à atteindre leurs objectifs et enfin à **réagir** et à **répondre** efficacement aux besoins de la population – une définition largement inspirée de celle qui se retrouve dans le cadre HSPA récemment développé par l'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (voir chapitre 8 du rapport scientifique).

Dans le cadre conceptuel belge, cette nouvelle dimension concerne uniquement la gouvernance du système de santé dans son ensemble. Les indicateurs qui reflètent la gouvernance de secteurs spécifiques (p. ex. à l'échelon des fournisseurs de soins) relèvent d'autres (sous-)dimensions de la performance.

3.2.2. *Sélection des indicateurs*

Comme pour la dimension « résilience », nous avons dressé une liste étendue d'indicateurs potentiels sur la base d'une série de sources.[4, 7 , 19-24 d] Cette présélection a ensuite été évaluée sur la base de quatre critères : la **pertinence** par rapport au champ visé, la possibilité d'effectuer des **mesures quantitatives**, la **disponibilité des données** et l'**absence de doublons** (sélection limitée aux indicateurs qui ne sont pas abordés dans d'autres dimensions). Au final, les quatre indicateurs qui répondaient à ces critères ont tous été inclus. Ils couvrent les aspects « engagement à rendre des comptes et à impliquer la population », « réactivité » et « transparence ».

Pour des informations plus détaillées sur la sélection des indicateurs de la gouvernance, nous vous invitons à vous référer au chapitre 4 du rapport scientifique. La liste des indicateurs retenus figure en annexe de cette synthèse.

[d] Ainsi que les cadres d'HSPA identifiés en vue du développement du nouveau cadre conceptuel belge – voir chapitre 1.

4. RÉVISION DES DIMENSIONS ET DOMAINES EXISTANTS

4.1. Accessibilité, équité et soins centrés sur la personne

Pour la révision approfondie des dimensions « accessibilité », « équité » et « soins centrés sur la personne », nous avons commencé par dresser une liste étendue d'indicateurs potentiels sur la base d'une série de sources (voir chapitres 5 et 6 du rapport scientifique). Ces listes ont été soumises pour évaluation à un certain nombre d'experts belges, qui ont également eu la possibilité de proposer des indicateurs supplémentaires. Une réunion a ensuite été organisée avec ces experts pour parvenir à la sélection définitive.

Au final, l'exercice a livré :

- 7 indicateurs pour l'équité
- 9 indicateurs pour l'accessibilité financière (accessibilité)
- 3 indicateurs pour la disponibilité et la répartition de la force de travail (accessibilité)
- 6 indicateurs pour la répartition des services de santé (accessibilité)
- 7 indicateurs pour les soins centrés sur la personne

La liste des indicateurs ayant été profondément modifiée pour les dimensions « accessibilité » et « équité », les codes d'identification ont également été complètement revus. Vous trouverez à l'annexe 4.4 du rapport scientifique une comparaison entre l'ancienne et la nouvelle numérotation. La liste des indicateurs retenus figure en annexe de cette synthèse.

4.2. Autres dimensions et domaines

Les autres dimensions et domaines ont fait l'objet de modifications mineures, basées sur des questions de disponibilité des données, sur les indicateurs identifiés dans les rapports thématiques publiés depuis le rapport HSPA 2019 et sur un certain nombre de nouveaux indicateurs identifiés dans les chapitres 3-6 du rapport scientifique, mais finalement jugés plus pertinents pour d'autres dimensions ou domaines.

5. COMPARAISON AVEC LE CADRE HSPA DE L'OMS

Alors que le processus de révision du cadre conceptuel belge touchait à sa fin, l'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont publié un nouveau cadre HSPA[7] (« le cadre HSPA de l'OMS » ou « le cadre de l'OMS »), qui comportait aussi une liste de mesures indicatives de la performance. Cette liste a été comparée à l'ensemble des indicateurs du cadre d'évaluation global belge (en ce compris, donc, le rapport sur l'état de santé de la population) ainsi qu'aux autres données disponibles sur le site www.belgiqueenbonnesante.be (rapports sur les variations de pratiques, les données phares des soins de santé et le profil HiT). Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet ainsi qu'un aperçu synthétique des résultats au chapitre 8 du rapport scientifique. Les détails pour chaque mesure indicative figurent dans l'annexe 6 du rapport scientifique.

Cette comparaison a permis de conclure que, même s'il existe quelques différences structurelles et conceptuelles entre le cadre conceptuel belge et celui de l'OMS, le raisonnement qui les sous-tend est finalement très similaire. L'analyse a permis de confirmer que le cadre conceptuel développé pour notre pays est pertinent et complet. Elle a également permis d'identifier de nouveaux indicateurs potentiels (consultables dans les annexes du chapitre 8 du rapport scientifique) qui mériteraient d'être explorés dans un exercice de priorisation futur et de mettre en avant l'importance d'une définition claire des priorités et objectifs de santé.

6. DISCUSSION ET CONCLUSIONS

6.1. Le délicat équilibre entre complétude et lisibilité

Ce rapport poursuivait le double objectif d'identifier d'éventuels nouveaux concepts à intégrer au cadre conceptuel belge d'évaluation de la performance afin d'obtenir **un outil plus complet**, tout en limitant l'analyse aux indicateurs les plus pertinents afin de parvenir à une **lisibilité optimale** pour les décideurs et de limiter la charge de travail pour l'instance scientifique indépendante en charge de l'évaluation. Le but était de parvenir à un total d'environ 120 indicateurs.

Si la comparaison du cadre conceptuel belge avec celui de l'OMS confirme que le premier objectif a bien été atteint, force est bien de constater que le second en pâtit. En dépit des tentatives pour restreindre les dimensions de l'accessibilité, de l'équité et des soins centrés sur la personne, l'ajout au modèle de nouvelles (sous-)dimensions s'est soldé par la sélection de 18 indicateurs supplémentaires (14 pour la résilience, 4 pour la gouvernance), ce qui porte à 145 le total des indicateurs retenus en vue du Rapport HSPA 2024.

Sachant qu'une nouvelle dimension (la soutenabilité environnementale) est encore en préparation, il est indispensable de poursuivre les efforts en vue de réduire le nombre d'indicateurs repris dans les autres dimensions et domaines… et l'incontournable implication d'experts (forcément concernés de près) dans le processus de sélection ne facilite malheureusement pas l'exercice. La révision des volets « accessibilité » et « équité » a permis de réduire le nombre d'indicateurs de 35 à 25, mais sans alléger substantiellement la charge de travail, certains éléments ayant été réintroduits sous la forme de sous-indicateurs ou de sous-analyses. La dimension « soins centrés sur la personne » conserve 7 indicateurs.

6.2. L'accès aux données pertinentes reste améliorable

Au cours de la révision des volets « accessibilité » et « équité », il est apparu que la qualité de certains indicateurs sélectionnés pourrait être améliorée par la collecte de données supplémentaires (voir Encadré 2). La mise à disposition de ces informations par les administrations belges en charge de la santé ou de la collecte des données[e] représenterait un indéniable enrichissement pour les rapports HSPA belges et permettrait d'utiliser des données directes plutôt que des indicateurs de substitution.

La révision des dimensions et domaines et la comparaison du nouveau cadre conceptuel belge avec celui de l'OMS ont aussi permis d'identifier des indicateurs potentiellement intéressants à explorer dans le futur (voir le chapitre 7 et l'annexe au chapitre 8 du rapport scientifique). Si leur intérêt se confirme, ils pourraient être ajoutés à la liste des données de santé pertinentes à collecter.

Enfin, certains problèmes évoqués dans le rapport HSPA 2019 sont toujours d'actualité (voir également Encadré 2).

[e] L'INAMI, le SPF Santé publique, le SPF Sécurité sociale, les entités fédérées, Sciensano et Statbel

Encadré 2 – Points d'amélioration possibles en termes de mise à disposition des données de santé pertinentes

Données complémentaires à envisager pour améliorer l'analyse des dimensions « équité » et « accessibilité » :

- Contacts dans les maisons médicales au forfait ;
- Part de la population endettée pour ses soins de santé ;
- Suppléments dans les soins ambulatoires ;
- Contributions personnelles pour les services de santé non remboursés ;
- Part de la population connaissant les mesures de protection financière de notre système d'assurance maladie obligatoire auxquelles elles ont droit ;
- Part de la population pouvant atteindre certains services (MG, hôpital, soins de santé mentale) endéans un certain nombre de minutes (temps du trajet) ;
- Délais d'attente pour certains services ;
- Nombre de (cabinets de) MG ou maisons médicales qui n'acceptent plus de nouveaux patients ;
- Nombre de personnes en situation de vulnérabilité n'ayant pas accès aux services de l'assurance obligatoire (p. ex. demandeurs d'asile, voir également les rapports KCE 257, 293 et 319).

Données complémentaires à envisager pour améliorer l'analyse des dimensions « résilience » et « soutenabilité » :

- Absentéisme des infirmiers dans les hôpitaux ;
- Bien-être des professionnels d'aide et de soins (nécessitant une pérennisation de l'enquête Power To Care).

Difficultés déjà évoquées dans le rapport HSPA 2019 et toujours d'actualité :

- Suite au transfert de certaines compétences aux entités fédérées dans le cadre de la 6e Réforme de l'État, la collecte de certaines données n'est plus centralisée, ce qui a affecté négativement leur complétude à l'échelon du pays (p. ex. ELD-1 – Soins de longue durée en structure résidentielle) ;
- La transposition des procédures ICD-9 dans la nouvelle classification ICD-10 n'est pas encore finalisée, ce qui empêche la mise à jour de certains indicateurs.

6.3. Une source d'information précieuse et sur mesure

Quoique plus théorique que les évaluations HSPA proprement dites, ce rapport représente une source d'information précieuse pour les experts nationaux et internationaux impliqués dans l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Ils y trouveront notamment un guide utile pour orienter leur quête d'informations touchant à divers types d'indicateurs pour la Belgique ou, dans le cas d'experts d'autres pays, pour les inspirer dans leur propre démarche d'HSPA.

Il importe aussi de souligner ici que, dans la mesure où le contexte – les spécificités du système de santé, les priorités, les besoins, les moyens et données disponibles, etc. – diffèrent d'un pays à l'autre, l'objectif n'est évidemment pas de parvenir à un cadre conceptuel universel et encore moins à une liste d'indicateurs commune. En Belgique, c'est par exemple à la demande du groupe de travail inter-administrations sur la performance que les domaines des soins aux personnes âgées et les soins de santé mentale font l'objet d'analyses plus approfondies. Les initiatives actuellement en cours pour définir les objectifs et priorités nationales en matière de (soins de) santé devraient contribuer au choix des indicateurs les plus pertinents pour les décideurs, et la décision d'inclure à l'avenir des représentants des patients dans le groupe de travail inter-administrations permettra de s'assurer que l'exercice d'évaluation rejoigne encore mieux les besoins réels de la population.

6.4. Un guide bien plus qu'une évaluation

Enfin, il est utile de préciser ici que l'HSPA a pour vocation d'éclairer les politiques de santé et non de les évaluer. Au-delà du fait qu'il est de toute façon extrêmement difficile de jauger l'impact de décisions ou changements stratégiques, les effets observés étant toujours la résultante de facteurs multiples (et parfois extérieurs au système de santé), l'exercice livre en effet une vision globale du système de santé et de sa performance plutôt qu'une analyse précise. A ce titre, il permet surtout de mettre le doigt sur certaines failles en termes d'accessibilité, de qualité, d'efficience, de soutenabilité, de résilience ou d'équité qui mériteraient d'être explorées de manière plus approfondie.

La publication du prochain rapport HSPA est prévue pour janvier 2024. Ses résultats et signaux d'alerte seront présentés au groupe de travail inter-administrations, qui se chargera de les transmettre aux décideurs concernés… et si certains signaux justifient une analyse plus poussée, rappelons que les responsables politiques ont toujours la possibilité de soumettre une proposition de recherche au KCE dans le cadre de son appel à propositions annuel.

RECOMMANDATIONS[f]

1. Aux administrations de santé : Poursuivre les efforts engagés dans la mise à disposition de données de santé de qualité

La qualité des données et leur disponibilité sont essentielles pour la pertinence, la mesurabilité et la fiabilité des indicateurs. Plusieurs possibilités d'améliorations ont été identifiées au cours de ce rapport et sont énumérées dans l'encadré 2.

Pour concrétiser ces pistes d'améliorations, nous recommandons :

À l'INAMI, aux mutualités et à l'AIM :

1.1. De mener une réflexion sur la pertinence et la faisabilité d'étendre l'enregistrement et la transmission des données relatives aux contacts aux maisons médicales au forfait.

1.2. De poursuivre les initiatives (p.ex. informatisation des attestations de soins via eAttest) visant à identifier et enregistrer les suppléments facturés au patient dans le cadre des soins de santé ambulatoires.

1.3. De poursuivre la réflexion sur l'enregistrement de prestations et de services de santé non remboursés : identification des services et prestations les plus pertinents (p.ex. en raison de leur fréquence ou de leur impact sur le budget des ménages) et faisabilité de l'enregistrement et de la transmission des données.

À l'INAMI et au SPP Intégration Sociale :

1.4. De poursuivre les efforts d'enregistrement des données sur la population vulnérable n'ayant pas accès à l'assurance obligatoire soins de santé afin d'enrichir les données sur la part de la population non couverte par l'assurance maladie obligatoire sur le territoire belge.

[f] Le KCE reste seul responsable des recommandations.

Au SPF Santé Publique :

1.5. De mener une réflexion sur la pertinence et la faisabilité de l'inclusion des données sur l'absentéisme des infirmiers dans les statistiques hospitalières (STATHOSP).

1.6. De finaliser la transposition des procédures ICD-9 dans la nouvelle classification ICD-10, comme prévu dans leur plan de travail.

À la Commission de planification-offre médicale du SPF Santé publique :

1.7. De mener une réflexion sur la pertinence et la faisabilité d'une répétition périodique (p.ex. une fois tous les 1-2 ans pour être en ligne avec les rapports sur la performance) de l'enquête qui a permis de déterminer le pourcentage de médecins généralistes qui n'acceptent plus de nouveaux patients et de l'inclusion dans cette enquête des maisons médicales au forfait ou autres pratiques (telles que celles prévues par le New Deal).

À Sciensano et à Statbel :

1.8. De mener une réflexion sur la pertinence et la faisabilité de l'ajout d'une question sur le pourcentage de la population qui s'endette pour ses soins de santé dans l'enquête de santé par interview (HIS) ou dans l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC).

À Sciensano :

1.9. De mener une réflexion sur la faisabilité d'une pérennisation de l'enquête Power To Care afin de continuer à disposer de données sur le bien-être des professionnels d'aide et de soins.

1.10. De mener une réflexion sur la pertinence et la faisabilité de l'ajout, dans l'enquête de santé par interview, d'une (ou de plusieurs) question(s) permettant d'appréhender la connaissance des mesures de protection financière de notre système d'assurance maladie obligatoire par la population et permettant de déterminer si les personnes ayant droit à certaines mesures de protection sont informées de leurs droits.

Aux entités fédérées et aux autorités fédérales

1.11. De mener une réflexion sur l'amélioration de la mise à disposition de données de qualité sur les soins de longue durée collectées par les entités fédérées suite à la sixième réforme de l'État.

Aux autorités de santé et à la communauté scientifique

1.12. De mener une réflexion sur la pertinence et la faisabilité d'une mesure récurrente du temps d'accès géographique à une série de prestations ou services de santé, en ce compris la détermination du type de prestations et services les plus pertinents à analyser.

1.13. De mener une réflexion sur la pertinence et la faisabilité d'une mesure récurrente du temps d'attente pour accéder à une série de prestations ou services de santé, en ce compris la détermination du type de prestations et services les plus pertinents à analyser.

2. Aux autorités de santé : poursuivre les initiatives actuelles relatives à la définition d'objectifs et de priorités de santé et de soins de santé mesurables

2.1. Le concept de performance est implicitement lié à la réalisation d'objectifs. Des initiatives visant à définir des priorités ainsi que des objectifs de santé et de soins de santé pour la Belgique sont en cours. Si ces initiatives amènent à définir des priorités et des objectifs explicites et mesurables, avalisés par les autorités de santé fédérales et fédérées, des indicateurs (actuels ou nouveaux) pourront y être liés et mesurés.

3. Au groupe de travail inter-administrations sur la performance: envisager l'implication des coupoles d'associations de patients et de représentants des citoyens dans le groupe de travail

3.1. Le chapitre sur la gouvernance a mis en évidence l'importance de l'implication du citoyen dans les politiques de santé. Inclure les coupoles d'associations de patients et des représentants des citoyens – par exemple au travers des mutualités – dans le groupe de travail inter-administrations sur la performance, créé pour suivre le projet performance et assurer le lien entre l'instance scientifique indépendante et les décideurs politiques, permettrait de mieux tenir compte des besoins des patients et de la population, notamment lors de la sélection des domaines à investiguer.

4. Au groupe de travail inter-administrations sur la performance et à l'instance scientifique indépendante (KCE, Sciensano, INAMI, SPF Santé Publique) : prévoir le développement de la sous-dimension « soutenabilité environnementale » dans les futurs rapports sur la performance

4.1. Le nouveau cadre conceptuel développé dans ce rapport a inclus la possibilité d'évaluer la soutenabilité environnementale du système de santé dans les rapports sur la performance. Cette sous-dimension doit cependant encore être développée et devra être mise à l'agenda.

ANNEXES

ANNEXE 1 – LISTE DES INDICATEURS PRINCIPAUX

ID	Indicateur
Soutenabilité	
S-3	Financement public des soins de santé (% des dépenses courantes de santé)
S-20	Projection des dépenses publiques en santé (% du PIB), évolution en points de pourcentage
S-21 ***Nouveau***	Projection des dépenses publiques en produits pharmaceutiques remboursés
S-4	Nouveaux diplômés en médecine (/100 000 habitants)
S-5	Nouveaux diplômés en médecine devenant MG (% des diplômés avec spécialisation médicale)
S-14	Médecins formés à l'étranger (% des médecins autorisés à exercer)
S-8	Nouveaux diplômés en soins infirmiers (/100 000 habitants)
S-9	Infirmiers détenteurs d'un bachelier (% des nouveaux diplômés)
S-16	*Infirmiers formés à l'étranger (% des infirmiers autorisés à exercer)*
S-7	Médecins de ≥ 55 ans (% des médecins en activité)
S-10	Infirmiers de ≥ 50 ans (% des infirmiers professionnellement actifs)
S-18	Projection du nombre de contacts avec un MG (demande), évolution en %
S-19	Projection du nombre de MG actifs dans le secteur des soins de santé (offre), évolution en %
S-22 ***Nouveau***	Projection du nombre d'infirmiers actifs dans le secteur des soins de santé (offre), évolution en %
(S-23 Nouveau)	*(Projection (horizon scanning) concernant la demande en infirmiers (demande), évolution en %)*
S-11	Nombre de jours-lits dans les hôpitaux aigus (par habitant)
S-27 ***Nouveau***	MG répondant aux seuils d'utilisation des services d'e-santé requis pour bénéficier de la prime de pratique intégrée pour au moins 6 des 8 services d'e-santé (% des MG actifs)
S-28 ***Nouveau***	Notifications de conditionnements de médicaments à usage humain temporairement indisponibles ayant un impact critique (Nombre)
S-29 ***Nouveau***	Personnes satisfaites du système de santé (en % des répondants, sondage Gallup)
S-30 ***Nouveau***	Confiance dans le système de santé (Score moyen sur une échelle de 1 à 10)
S-31 ***Nouveau***	Rôle formel des patients dans la participation aux politiques de santé (Score sur une échelle de 1 à 3)

S-32 ***Nouveau***	Objectifs de Développement Durable (ODD) touchant à la santé pour lesquels les données sont disponibles (%)
Accessibilité	
A-1	Couverture par l'assurance maladie obligatoire (% de la population ayant droit à l'assurance maladie obligatoire)
A-2	Contributions personnelles dans les soins de santé (% des dépenses de santé courantes)
A-3	Contributions personnelles dans les soins de santé (en % de la consommation finale des ménages) *(ex-A-10)*
A-4	Ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques pour leurs soins de santé (en % des répondants, enquête sur le budget des ménages)
A-5	Contributions personnelles dans les soins hospitaliers (% des dépenses totales des soins hospitaliers)
A-6	Personnes ayant auto-déclaré des besoins en examens médicaux non rencontrés pour des raisons financières (% des répondants, EU-SILC)*(ex-A-4)*
A-7	Personnes ayant auto-déclaré des besoins en examens dentaires non rencontrés pour des raisons financières (% des répondants, EU-SILC) *(ex-A-4)*
A-8 ***Nouveau***	Volume d'activité ambulatoire des « médecins conventionnés » (= médecins ayant adhéré à la convention tarifaire nationale) (% des consultations/contacts ambulatoires auprès des médecins actifs)
A-9 ***Nouveau***	Volume d'activité ambulatoire des « dentistes conventionnés » (= dentistes ayant adhéré à la convention tarifaire nationale) (% des contacts ambulatoires auprès des dentistes actifs)
A-10	Médecins en activité (/1000 habitants) *(ex-A-5)*
A-11	Infirmiers en activité (/1000 habitants) *(ex-A-6)*
A-12 ***Nouveau***	Dentistes en activité (/1000 habitants)
A-13 ***Nouveau***	Personnes ayant auto-déclaré des besoins en examens médicaux non rencontrés pour des raisons géographiques (distance excessive) ou de délai d'attente (% des répondants, EU-SILC)
A-14 ***Nouveau***	Personnes ayant auto-déclaré des besoins en examens dentaires non rencontrés pour des raisons géographiques (distance excessive) ou de délai d'attente (% des répondants, EU-SILC)
A-15	Patients ayant eu un délai d'attente supérieur à 2 semaines pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste (% des répondants ayant demandé un rendez-vous au cours de l'année écoulée) *(ex-A-9)*
A-16 ***Nouveau***	Patients ayant eu un délai d'attente d'un jour ou plus pour obtenir un rendez-vous chez un MG (% des répondants ayant demandé un rendez-vous au cours de l'année écoulée, HIS)
A-17 ***Nouveau***	Décès parmi les personnes sur liste d'attente pour un don d'organe (% de la population sur liste d'attente)
A-18 ***Nouveau***	Population résidant dans un rayon de 20 km de l'hôpital le plus proche (% de la population)
Qualité	
QE-1	Hospitalisations liées à l'asthme chez l'adulte (/100 000 habitants.)

QE-10	Hospitalisations liées à la BPCO chez l'adulte (/100 000 habitants)
QE-2	Hospitalisations liées aux complications du diabète chez l'adulte (/100 000 habitants)
QE-11	Traitements fructueux de la tuberculose pulmonaire (% des personnes atteintes d'une tuberculose pulmonaire confirmée par les analyses de laboratoire)
QE-3	Taux de survie relative à 5 ans après cancer du sein (%)
QE-4	Taux de survie relative à 5 ans après cancer colorectal (%)
QE-5	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde (% de la population ≥ 45 ans, sur la base des hospitalisations)
QE-6	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour AVC ischémique (% de la population ≥ 45 ans, sur la base des hospitalisations)
QE-7	Taux de mortalité à 30 jours après chirurgie pour cancer du côlon (c) ou du rectum (r) (% de la population, sur la base des interventions)
QE-8	Mortalité évitable grâce au système de soins (taux/100 000 habitants, ajusté sur l'âge)
QA-1	Suivi adéquat du diabète (% de la population ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par insuline (%)
QA-2	Suivi adéquat du diabète (% de la population ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par des antidiabétiques autres que l'insuline (%)
QA-3	Recours aux antibiotiques (total des DDD/1000 habitants/jour)
QA-4	Recours aux antibiotiques au moins une fois dans l'année (% de la population)
QA-5	Recours aux antibiotiques de 2e intention (% du total des DDD d'antibiotiques)
QA-6	Imagerie de la colonne (radiographie, CT scan, IRM par 100 000 habitants)
QA-8	Taux de césariennes (par 1000 naissances vivantes) *(ex-MN-3)*
QA-9	Patients atteints d'un cancer testiculaire localisé (séminome) recevant un traitement adjuvant après chirurgie (% des patients atteints d'un cancer testiculaire localisé (de stade 1) traités par orchidectomie) *(ex-QP-6)*
QS-1	Prévalence des infections contractées à l'hôpital (% des patients hospitalisés)
QS-2	Incidence des infections à MRSA contractées à l'hôpital (/1000 séjours hospitaliers)
QS-7	*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (MRSA) dans les hôpitaux aigus (% de l'ensemble des Staphylococcus aureus, médiane)
QS-8	*Escherichia coli* présentant une sensibilité réduite aux céphalosporines de 3e ou 4e génération (3GC/4GC I/R *E. coli*) dans les hôpitaux aigus (% de l'ensemble des *Escherichia coli*, médiane)
QS-9 ***Nouveau***	Professionnels de la santé ayant estimé que les effectifs sont suffisants pour assumer la charge de travail et que les horaires de travail sont appropriés pour assurer les meilleurs soins aux patients (% des répondants, HSPSC)
QS-10 ***Nouveau***	Professionnels de la santé ayant eu une perception globale positive de la sécurité des patients (% des répondants, HSPSC)
QC-1	Couverture du dossier médical global (% des personnes ayant établi un dossier médical global (DMG) auprès d'un médecin généraliste)

QC-2	Indice UPC (*Usual Provider Continuity*) ≥ 0,75 (% de patients ayant eu 3 contacts ou plus avec un médecin généraliste au cours des 2 dernières années)
QC-3	Contact avec le MG dans les 7 jours suivant la sortie d'hôpital (% de patients de ≥ 65 ans)
QC-4	Suivi du diabète via une convention, un passeport/pré-trajet de soins ou un trajet de soins (% de la population ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par insuline)
QC-5	Suivi du diabète via une convention, un passeport/pré-trajet de soins ou un trajet de soins (% de la population ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par antidiabétiques autres que l'insuline)
QC-6	Patients oncologiques discutés lors d'une concertation oncologique multidisciplinaire (COM) (% des patients oncologiques)
QC-7	Personnes disposant d'un pharmacien de référence (% des personnes qui devraient disposer d'un pharmacien de référence)
QP-1	Patients estimant que le médecin (MG/MS) passe suffisamment de temps avec le patient au cours de la consultation (% des répondants, HIS)
QP-8 ***Nouveau***	Patients qui attribuent une note « bonne » à « excellente » à leur dernière consultation avec un professionnel des soins (médecin, infirmier…) (% des répondants, PaRIS)
QP-9 ***Nouveau***	Patients qui discutent avec les professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge de ce qui est le plus important pour eux dans la gestion de leur santé et de leur bien-être (% des répondants, PaRIS)
QP-10 ***Nouveau***	Patients impliqués autant qu'ils le souhaitent dans les décisions concernant leurs soins (% des répondants, PaRIS)
QP-11 ***Nouveau***	Patients qui déclarent bénéficier d'un plan de soins qui prend en considération tous leurs besoins de santé et de bien-être (% des répondants, PaRIS)
QP-12 ***Nouveau***	Patients déclarant qu'ils reçoivent des informations utiles au moment où ils en ont besoin pour les aider à gérer leur santé et leur bien-être (% des répondants, PaRIS)
QP-13 ***Nouveau***	Expériences positives à la maternité, en lit C/D ou à l'hôpital de jour (% moyen)
Résilience	
R-1 ***Nouveau***	Professionnels d'aide et de soins qui envisagent (score ≥ 7 sur une échelle de 0 à 10) d'abandonner la profession (% des répondants, Power to care)
R-2 ***Nouveau***	Nombre de lits d'hôpital fermés (en raison de l'absentéisme au sein du personnel ou d'un cas de force majeure)
R-3	Nombre de postes infirmiers vacants *(ex-A7)*
R-4 ***Nouveau***	Nombre d'actes chirurgicaux essentiels à l'hôpital
R-5 ***Nouveau***	Nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs
R-6 ***Nouveau***	Hôpitaux où le taux d'occupation des lits de SI agréés par des patients COVID-19 est supérieur à 60 % (% des hôpitaux généraux avec lits de SI)
R-7 ***Nouveau***	Nombre de contacts avec un MG (en ce compris les téléconsultations)

R-8 ***Nouveau***	Durée moyenne écoulée entre la réalisation du test COVID-19 et la communication de son résultat
R-9 ***Nouveau***	Durée moyenne écoulée entre un test COVID-19 positif et le début du traçage des contacts
R-10 ***Nouveau***	Vaccination COVID-19 au cours des six derniers mois (au moins une dose, % de la population)
R-11 ***Nouveau***	Vaccination COVID-19 au cours des six derniers mois (au moins une dose, % des personnes âgées (≥ 65 ans))
R-12 ***Nouveau***	Réserve de main-d'œuvre (COVID-19)
R-13 ***Nouveau***	Personnes ayant perçu que le gouvernement est vraisemblablement prêt à faire face à la prochaine pandémie (% des répondants, enquête Trust)
R-14 ***Nouveau***	Préparation du pays aux risques pour la santé publique et aux événements graves (Score moyen sur une échelle de 1 à 100)
Équité	
EQ-1	Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : MG, médecins spécialistes, urgences (population ≥ 18 ans)
EQ-2	Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : MG (population ≥ 18 ans)
EQ-3	Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : Médecins spécialistes (population ≥ 18 ans)
EQ-4	Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : Urgences (population ≥ 18 ans)
EQ-5	Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : Hospitalisations classiques (population ≥ 18 ans)
EQ-6	Contacts réguliers avec un dentiste (population ≥ 18 ans)
EQ-7	Contacts préventifs réguliers avec un dentiste (adultes et enfants)
Efficience	
E-1	Hospitalisations chirurgicales d'un jour (% du total des hospitalisations chirurgicales)
E-2	Durée moyenne du séjour pour un accouchement normal (jours) (ex-MN-9)
E-3	Recours aux médicaments bon marché (% du total des DDD ambulatoires)
E-4	Recours aux traitements biosimilaires (% des traitements biologiques)
E-5	Dialyses « low-care » (% des dialyses)
Prévention	
P-1	Vaccination contre la polio (4^{e} dose, %)
P-12	Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche chez les enfants (4^{e} dose, %)
P-2	Vaccination contre la rougeole chez les enfants (1^{e} dose, %) Vaccination contre la rougeole chez les adolescents (2^{e} dose, %)

P-3	Vaccination contre le pneumocoque chez les enfants (3e dose, %)
P-14 ***Nouveau***	Vaccination contre le HPV chez les adolescents (%)
P-4	Vaccination contre la grippe (% de la population ≥ 65 ans)
P-5	Incidence de la rougeole (nouveaux cas/million habitants)
P-6	Dépistage du cancer du sein (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)
P-7	Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)
(P-8)	*(Dépistage du cancer du col de l'utérus (% des femmes âgées de 25 à 64 ans))*
(P-9)	*(Dépistage du cancer colorectal (FOBT) (% de la population âgée de 50 à 75 ans))*
P-11	Contacts réguliers avec un dentiste (% de la population ≥ 3 ans)
P-13	Mortalité évitable (taux/100 000 habitants, ajusté sur l'âge)
Soins de santé mentale	
MH-2	Psychiatres en activité (/1000 habitants)
MH-3	Délais d'attente de plus d'un mois pour un 1er contact avec un centre ambulatoire de santé mentale ambulatoire (% de la population ayant eu un contact avec un CSM ambulatoire)
MH-4	Taux d'hospitalisations sous contrainte dans un service de psychiatrie (/10 000 habitants)
MH-5	Passage aux urgences pour un problème social, mental ou psychologique (% des admissions aux urgences des hôpitaux généraux)
MH-6	Prise d'antidépresseurs (total DDD/1000 habitants/jour)
MH-7	Prise d'antidépresseurs (au moins une fois par an, % de la population ≥ 18 ans)
MH-8	Prise d'un traitement antidépresseur de courte durée (% de la population ≥ 18 ans)
MH-10	Journées d'hospitalisations en psychiatrie (/1000 habitants)
MH-11	Réadmissions en psychiatrie dans les 30 jours suivant la sortie (dans le même hôpital, % des admissions)
MH-12 ***Nouveau***	Nombre de psychologues enregistrés auprès de l'INAMI
Soins aux personnes âgées	
ELD-1	Soins de longue durée en MRPA/MRS (% de la population âgée de ≥ 65 ans)
ELD-2	Soins de longue durée à domicile (% de la population âgée de ≥ 65 ans)
(ELD-3)	*(Aidants informels (% de la population âgée de ≥ 50 ans))*
ELD-4	Nombre de lits de soins de longue durée dans les MRPA/MRS (/1000 habitants de ≥ 65 ans)
ELD-5	Personnes présentant une faible dépendance aux soins vivant en MRPA/MRS (% des résidents)

ELD-6	Gériatres en activité (/10 000 habitants)
ELD-7	Incident de chute en MRPA/MRS au cours du mois écoulé (% des résidents en MRPA/MRS)
ELD-8	Prévalence des escarres (de grade II-IV) en MRPA/MRS (% des résidents)
(ELD-9)	*(Prévalence du portage du MRSA en MRPA/MRS (% des résidents))*
ELD-10	Prescription de médicaments anticholinergiques > 80 DDD chez les personnes âgées (% de la population âgée de ≥ 65 ans)
ELD-11	Prescription d'antipsychotiques dans les MRPA/MRS (% des résidents âgés de ≥ 75 ans)
ELD-12	Prescription d'antipsychotiques en-dehors des MRPA/MRS (% de la population âgée de ≥ 75 ans)
ELD-13	Polymédication chez les personnes âgées (5 médicaments ou plus à raison de >80 DDD par an) (% de la population assurée de ≥ 65 ans) (ex-QS-6)
Soins de fin de vie	
EOL-1	Patients ayant bénéficié de soins palliatifs (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)
EOL-2	Patients décédés dans la semaine suivant l'initiation des soins palliatifs (% des patients cancéreux terminaux ayant reçu des soins palliatifs et décédés dans l'année)
EOL-3	Chimiothérapie moins de 14 jours avant le décès (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)
EOL-4	Décès au lieu de résidence habituel (domicile ou institution) (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)

Catégories d'indicateurs : S = soutenabilité/gouvernance, A = accessibilité, QP = qualité – centralité de la personne, QE = qualité – efficacité, QS = qualité – sécurité, QA = qualité – adéquation, QC = qualité – continuité, R = résilience, EQ = équité, E = efficience, P = soins préventifs, MH = soins de santé mentale, ELD = soins aux personnes âgées, EOL = soins de fin de vie

Abréviations utilisées : DDD = Defined Daily Dose, EU-SILC = EU statistics on income and living conditions, HIS = Health Interview Survey, HSPSC = Hospital Survey on Patient Safety Culture, MG = médecin généraliste, MRPA = Maison de repos pour personnes âgées, MRS = Maison de repos et de soins, MS = médecin spécialiste, PaRIS = Patient-Reported Indicator Survey, SI = soins intensifs

RÉFÉRENCES

1. WHO. The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2008. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf
2. 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
3. Lefèvre M, Gerkens S. Assessing the sustainability of the Belgian health system using projections. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgium Health Care Knowledge Centre (KCE); 2021 06/2021. KCE Reports 341 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_341C_Sustainability_Belgian_health_system_projections_Report_0.pdf
4. Maertens de Noordhout C, Devos C, Adriaenssens J, Bouckaert N, Ricour C, Gerkens S. Health system performance assessment: care for people living with chronic conditions. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2022 04/2022. KCE Reports 352 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_352C_HSPA_Chronic_Conditions_Report.pdf
5. EU. Improving access to healthcare through more powerful measurement tools : an overview of current approaches and opportunities for improvement, Publications Office. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety; 2021. Available from: https://data.europa.eu/doi/10.2875/776973
6. OECD. Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) [Web page].Paris, France: Organisation for Economic Co-operation Development;2021 [cited 8 December 2021]. Available from: https://www.oecd.org/health/paris/
7. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J. Health system performance assessment: a framework for policy analysis.

Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-system-performance-assessment-a-framework-for-policy-analysis

8. Röttger J, Spranger A, Eckhardt H, Achstetter K, Busse R. Ergebnisbericht der Machbarkeitsstudie zur Messung der Leistungsfähigkeit ("Health System Performance Assessment") des deutschen Gesundheitssystems. Berlin: Fachgebiet Management im Gesundheitswesen & Gesundheitsökonomisches Zentrum Berlin, Technische Universität Berlin; 2019. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/HSPA-Abschlussbericht.pdf
9. Department of Health. Health System Performance Assessment (HSPA) Framework. Supplementary file 1b: Indicator Passports [Web page].Ireland: Department of Health, Irish Government;2021 [cited November 2022]. Available from: https://assets .gov.ie/202666/fe5749dd-3d67-4d25-a27a-4d1f58d2a2fc.xlsx
10. Expert Group on Health Systems Performance Assessment. So what? Strategies across Europe to assess quality of care. Brussels, : European Commission, Health and Food Safety, Expert Group on Health Systems Performance Assessment, ; 2016. Available from: https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/network
11. European Observatory on Health Systems and Policies. The HSPM Network members [Web page].Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies;2023. Available from: https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/network
12. EU Expert Group on Health System Performance Assessment. Assessing the resilience of health systems in Europe. 2020. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-10/2020_ resilience_en_0.pdf
13. Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). The organisation of resilient health and social care following the COVID-19 pandemic. Luxembourg: Office of the European Union; 2020. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-12/026_health_socialcare_covid19_en_0.pdf
14. Thomas S, Sagan A, Larkin J, Cylus J, Figueras J, Karanikolos M. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. Policy Brief. European Observatory on Health Systems and Policies. 2020;36.
15. Sagan A, Webb E, Azzopardi-Muscat N, de la Mata I, McKee M, Figueras J. Health systems resilience during COVID-19. Lessons for building back better. Health Policy Series. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2021;56.
16. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2020. Available from: https://doi.org/10.1787/82129230-en
17. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Belgium: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. Paris - Brussels: OECD - European Observatory on Health Systems and Policies; 2017. Available from: https://ec.europa.eu/health /sites/health/files/state/docs/chp_be_english.pdf
18. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Belgium: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU. Paris - Brussels: OECD - European Observatory on Health Systems and Policies; 2021. Available from: https://doi.org/10.1787/57e3abb5-en
19. euHS_I. The euHS_I Inventory [Web page].Vienna: HealthSystemIntelligence & Medical University of Vienna;2017 [cited November 2022]. Available from: http://www.healthsystem intelligence.eu/euhsi.html
20. Perić N, Hofmarcher MM, Simon J. Health system performance assessment landscape at the EU level: a structured synthesis of actors and actions. Archives of Public Health. 2017;75(1):5.
21. Perić N, Hofmarcher MM, Simon J. Headline indicators for monitoring the performance of health systems: findings from the european Health

Systems_Indicator (euHS_I) survey. Archives of Public Health. 2018;76(1):1-17.

22. Simon J, Perić N. Bridging Information and Data Generation for Evidence-based Health Policy and Research [Web page]. Center for Public Health, Medical University of Vienna, Department of Health economics;2017. Available from: http://healtheconomics.meduniwien.ac.at/science-research/projects/bridge-health/european-health-systems-indicator-euhs-i-inventory/

23. Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM, et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. Health Policy. 2009;90(1):13-25.

24. Barbazza E, Tello JE. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. Health Policy. 2014;116(1):1-11.

COLOPHON

Titre :	Performance du système de santé belge : révision du cadre conceptuel et de la liste des indicateurs – Synthèse
Auteurs :	Sophie Gerkens (KCE), Charline Maertens de Noordhout (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Muriel Levy (KCE), Nicolas Bouckaert (KCE), Caroline Obyn (KCE), Carl Devos (KCE), Aline Scohy (Sciensano), Robby De Pauw (Sciensano), Brecht Devleesschauwer (Sciensano), Annemie Vlayen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Harun Yaras (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Christophe Janssens (KCE), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV – Institut national d'assurance maladie-invalidité – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering)
Facilitateur de projet :	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Superviseur senior :	Sophie Gerkens (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Emily Van Coolput (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Relecture :	Laurence Kohn (KCE), Dominique Roberfroid (KCE)
Experts externes :	Hervé Avalosse (ANMC – Alliance Nationale Des Mutualités Chrétiennes), Rita Baeten (OSE – European Social Observatory), Frédéric Bielen (BSM – Brussels Metropolitan Area), Luk Bruyneel (Onafhankelijke Ziekenfondsen), Sophie Ces (ANMC – Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes), Jan De Maeseneer (Universiteit Gent), Thomas Deloffer (VPP – Vlaams Patiëntenplatform), Françoise De Wolf (Union Nationale des Mutualités Socialises), Geert Goderis (KU Leuven, ULB – Université Libre de Bruxelles), Sophie Lanoy (LUSS – Ligue des usagers des services de santé), Philippe Lejeune (Santhea), Erik Schokkaert (KU Leuven), Quentin Schoonvaere (Paqs – Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients), Rudi Van Dam (FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité Sociale), Carine Van de Voorde (KCE), Amélie Van Vyve (Sciensano), Sara Willems (UGent)
Stakeholders :	Les administrations et établissements publics suivants ont été consultés au cours de ce projet (groupe de travail inter-administratif) : **Au niveau fédéral:** • Représentant du Ministre de la SPF Santé Publique: Bernard Lange • INAMI – RIZIV: Hans Nagels, Benjamin Swine • KCE: Christophe Janssens • SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid: Pol Gerits, Peter Jouck, Timmy Van Dijck • Sciensano: Brecht Devleesschauwer • SPF Sécurité Sociale – FOD Sociale Zekerheid: Dirk Moens, Rudi Van Dam

Au niveau régional:

- Vlaamse Gemeenschap (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid): Mathieu Roelants
- Région Wallonne (Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé et observatoire wallon de la santé): Dominique Dubourg, Maud Dujeu, Carine Van Malderen
- Fédération Wallonie-Bruxelles (Direction générale de la Santé): Elvire Mfueni Bikundi
- Deutschsprachige Gemeinschaft (DGOV Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft): Emilie Braun, Karin Cormann

Région Bruxelles Capitale (Observatoire de la Santé et du Social): Olivier Gillis, Elise Mendes da Costa

Validateurs externes :

- Dheepa Rajan (WHO – World Health Organization, with the help of Sarah Thomson, David Novillo, and Tyrone Sy), Jon Cylus (European Observatory on health systems and policies), and Gaetan Lafortune (OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development, with the help of Federico Pratellesi and Michael van den Berg)

Remerciements :

Ine Verhulst (KCE) pour la conception du nouveau cadre conceptuel, Jens Detollenaere (KCE) pour son soutien à l'utilisation de Miro, Kira Koch (Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé) pour son soutien dans le chapitre sur la gouvernance, Stephan Devriese et Françoise Renard.

Intérêts déclarés KCE:

Le KCE est une institution fédérale financée par l'INAMI, par le Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, et par le Service public fédéral Sécurité sociale. La mission du KCE est de conseiller les décideurs politiques sur les décisions relatives aux soins de santé et à l'assurance maladie sur la base de recherches scientifiques et objectives. Il doit identifier et mettre en lumière les meilleures solutions possibles, dans le cadre d'un système de soins de santé accessible et de qualité, en tenant compte de la demande croissante et des contraintes budgétaires.

Le KCE n'a aucun intérêt dans les entreprises (commerciales ou non commerciales, c'est-à-dire les hôpitaux et les universités), les associations (par exemple les associations professionnelles, les syndicats), les individus ou les organisations (par exemple les groupes de pression) qui pourraient être affectés positivement ou négativement (financièrement ou de toute autre manière) par la mise en œuvre des recommandations. Tous les experts ayant participé à la rédaction du rapport ou au processus d'examen par les pairs ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts. Les informations relatives aux conflits d'intérêts potentiels sont publiées dans le colophon du présent rapport. Tous les membres de l'équipe d'experts du KCE remplissent des déclarations d'intérêts annuelles et de plus amples détails à ce sujet sont disponibles sur demande.

Intérêts déclarés externes :	Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine Performance_framework. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt. **Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact :** Frédéric Bielen (Projet interhospitalier ASPE « Attentes et satisfaction des patients et de leur environnement », qui vise à mesurer et améliorer l'expérience des patients dans les hôpitaux partenaires (groupement hospitalier de Bruxelles, Wallonie et Luxembourg), Françoise De Wolf (Assurance-maladie socialiste fonds) **Propriétaire de parts de capital, d'options, d'actions ou d'autres instruments financiers :** Frédéric Bielen (BSM Management est l'organisme qui coordonne ce projet ASPE et dont je possède 99% des parts) **Titulaire de droits de propriété intellectuelle (brevet, promoteur d'un produit, copyrights, marques déposées, etc.) :** Frédéric Bielen (Propriété intellectuelle / droits d'auteur sur les études que nous avons développées et utilisées dans le cadre du projet ASPE) **Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail:** Rita Baeten (Projets commandés par RIZIV/RIZIV), Geert Goderis (Publication d'un article basé sur les données du registre Intego GP. Le projet (Intego) a reçu une compensation financière de Novo Nordisk pour cela. Je n'ai reçu aucune compensation personnelle) **Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur :** Rita Baeten (Projets commandités par RIZIV, y compris dans l'accès aux soins), Geert Goderis (Publication d'un article basé sur les données du registre des médecins généralistes d'Intego. Le projet (Intego) a reçu une compensation financière de Novo Nordisk. Je n'ai pas reçu de remboursement personnel), Amélie Van Vyve (Sondage PaRIS), Sarah Willems (Investigatrice principale de plusieurs projets sur l'accès et la qualité des soins en soins de santé (primaires) en Belgique) **Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes :** Rita Baeten (Si par mon activité professionnelle nous pouvons contribuer au sein du projet ASPE à aider les établissements de santé à améliorer la prise en charge des patients dans une vision "Patient Partenaire", cela peut bénéficier à la société au sens large) **Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium** : (Orateur chez Domus Medica's GP Conference 2021, conférence organisée par Amgen), Sarah Willems (Indemnité de conférencier pour une conférence sur les inégalités sociales de santé pour l'IFB. Allocation de frais pour une conférence sur les inégalités sociales de santé pour l'association des infirmiers sociaux des hôpitaux) **Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact :** Sarah Willems (Directeur Wijkgezondheidscentrum Watersportbaan vzw, Directeur Sint Lodewijk vzw)

Layout :	Joyce Grijseels ; 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 :	23 juin 2023
Domaine :	Health Services Research (HSR)
Numéro du projet :	2022-01
MeSH :	Delivery of Health Care; Health Services Accessibility; Quality of Health Care; Efficiency; Healthcare Disparities; Learning Health System; Benchmarking; Belgium
Classification NLM :	W84
Langue :	Français
Format :	Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal :	D/2023/10.273/18
ISSN :	2466-6440
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. https://doi.org/10.57598/R370BS

Comment citer ce rapport ?

Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Lefèvre M, Levy M, Bouckaert N, Obyn C, Devos C, Scohy A, De Pauw R, Devleesschauwer B, Vlayen A, Yaras H, Janssens C, Meeus P. Performance du système de santé belge : révision du cadre conceptuel et de la liste des indicateurs – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2023. KCE Reports 370Bs. D/2023/10.273/18

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