

Analyse des résultats de l'application des montants de référence :

Calcul 2010 - Données 2007 - Méthodologie 2006

Pour cette deuxième application des montants de référence, **125 hôpitaux** étaient concernés pour un total de **307.583 séjours** « *inliers* » répartis dans les 34 groupes d'APR-DRG retenus (contre 307.058 séjours lors de la première application).

I. Analyse des résultats de l'étape 1

Pour rappel, lors de la première étape, nous calculons pour chacun des 34 APR-DRG, les 2 niveaux de sévérité et les 3 groupes de prestations, la différence entre les dépenses réelles et les dépenses de référence (= nombre de séjours * montant de référence). Les 204 différences (34 * 2 * 3) sont additionnées : si la somme est positive, l'hôpital est sélectionné pour la seconde étape. Il est important de rappeler qu'il y a une **compensation totale** entre les « bons » résultats (dépenses réelles inférieures aux dépenses de référence) et les « mauvais » résultats (dépenses réelles supérieures aux dépenses de référence).

Le tableau 1 donne la distribution du total des différences (positives et négatives) de cette première étape pour les 125 hôpitaux et pour les deux premières années d'application du système.

Résultats 2007		Résultats 2006	
Résultat Etape 1		Resultats Etape 1	
Minimum	-285.583 €	Minimum	-237.388 €
D1	-108.841 €	D1	-122.320 €
Q1	-72.307 €	Q1	-75.374 €
Médiane	-24.376 €	Médiane	-25.737 €
Q3	1.356 €	Q3	4.137 €
D9	25.822 €	D9	39.736 €
Maximum	106.044 €	Maximum	75.067 €
Moyenne	-36.332 €	Moyenne	-35.858 €
Ecart type	62.364 €	Ecart type	64.920 €

Tableau 1 : Distribution des résultats de l'étape 1

Suite à l'application de cette première étape, **32 hôpitaux** (contre 34 en 2009) ont été sélectionnés (hôpitaux pour lesquels le total des différences est positif). Le tableau ci-dessous donne les mouvements d'hôpitaux entre les deux années.

		2007					
		BRUXELLES		VLAANDEREN		WALLONIE	
		Sélectionnés	PAS sélectionnés	Sélectionnés	PAS sélectionnés	Sélectionnés	PAS sélectionnés
2006	Sélectionnés	5	3	5	6	15	
	PAS sélectionnés	1	/	2	/	4	/

II. Analyse des résultats de l'étape 2

Le principe de cette seconde étape est identique à celle de la première étape avec deux nuances importantes :

1. Le montant de référence (moyenne + 10%) est remplacé par la **médiane** lorsqu'on calcule les « dépenses de références » ;
2. Seules les différences positives (dépenses réelles supérieures aux dépenses de référence basées sur les médianes) sont conservées. Il n'y a **plus de compensation** entre les « bons » et les « mauvais » résultats.

Suite à l'application de cette seconde étape, le montant total à rembourser par les 32 hôpitaux est de **5.410.342 €** (contre 5.982.576,90 € en 2009).

Le tableau 2 donne la distribution, pour les données 2006 et 2007, des montants à rembourser par les 32 hôpitaux.

Résultats 2007		Résultats 2006	
Résultats Etape 2		Resultats Etape 2	
Minimum	4.093 €	Minimum	1.491 €
D1	82.841 €	D1	87.026 €
Q1	103.127 €	Q1	106.438 €
Médiane	167.744 €	Médiane	175.276 €
Q3	227.904 €	Q3	229.174 €
D9	261.841 €	D9	264.689 €
Maximum	335.545 €	Maximum	361.176 €
Moyenne	169.073 €	Moyenne	175.958 €
Ecart type	74.742 €	Ecart type	82.969 €

Tableau 2 : Distribution des résultats de l'étape 2

Le tableau 3 ventile les montants à récupérer par groupe de prestations et exprime ces montants à récupérer en pourcentage des dépenses totales pour les 3 groupes de prestations (uniquement séjours inliers).

	Dépenses totales	Montants récupérés	%
Imagerie médicale	15.675.786 €	1.667.687 €	10,6%
Biologie clinique	6.523.980 €	801.206 €	12,3%
Prestations techniques	23.214.819 €	2.941.449 €	12,7%
TOTAL	45.414.585 €	5.410.342 €	11,9%

Tableau 3

Par rapport à 2009, on remarquera à la fois une augmentation du montant des dépenses totales (environ 600.000 euros) et une diminution du montant à récupérer (environ 550.000 euros), ce qui explique les 11,9% en 2010 contre 13,3% en 2009. Diminution sensible de la récupération en imagerie (10,6% contre 12,4%) et en prestations techniques (12,7% contre 14,2%) et stabilité en biologie (12,3% contre 12,4%).

1. Analyse des résultats sur base de la région

Le tableau 4 ventile les montants à rembourser, le nombre d'hôpitaux sélectionnés et le montant moyen à rembourser par région.

REGION	Montants à rembourser	Nombre d'hôpitaux sélectionnés	Montant moyen à rembourser
BRUXELLES	1.025.575 €	6	170.929 €
VLAANDEREN	1.183.515 €	7	169.074 €
WALLONIE	3.201.252 €	19	168.487 €
TOTAL	5.410.342 €	32	169.073 €

Tableau 4

Par rapport à 2009, on notera une diminution du montant moyen total par hôpital (175.958 euros en 2009) et un montant moyen par région plus harmonisé entre les 3 régions. Cette année, Bruxelles se situe au dessus de la moyenne nationale alors que c'était le cas de la Flandre en 2009.

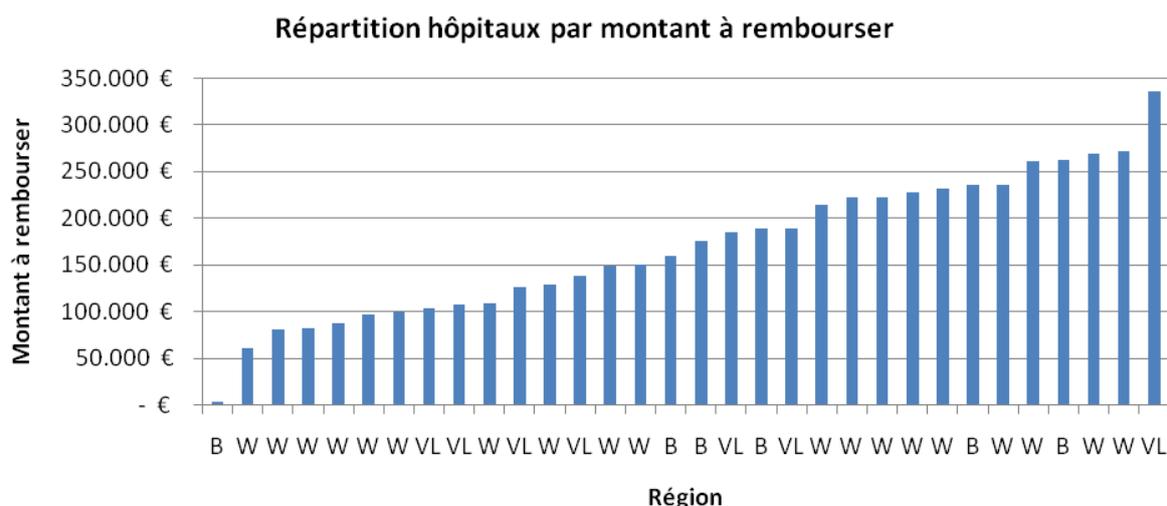
Le tableau 5 donne, par région, le nombre total d'hôpitaux (+%), le nombre d'hôpitaux sélectionnés (+%) ainsi que le montant à rembourser (+%).

	Nbre d'hôp	En %	Nbre d'hôp Sélectionnés	En %	Montant à rembourser	En %
BRUXELLES	16	12,8%	6	18,8%	1.025.575 €	18,9%
VLAANDEREN	64	51,2%	7	21,8%	1.183.515 €	21,9%
WALLONIE	45	36,0%	19	59,4%	3.201.252 €	59,2%
TOTAL	125	100%	32	100%	5.410.342 €	100%

Tableau 5

Nous pouvons constater que le nombre d'hôpitaux sélectionnés par région représente une part identique du montant qu'ils doivent rembourser. Par contre, nous constatons que les hôpitaux bruxellois et wallons sélectionnés sont surreprésentés par rapport à leurs parts dans le total des hôpitaux, ce qui était déjà le cas en 2009 mais avec une accentuation en 2010 pour la Wallonie.

Le graphique 1 classe les 32 hôpitaux (avec indication de leur région) dans l'ordre croissant des montants à rembourser.



Graphique 1

2. Analyse des résultats sur base du caractère académique

Le tableau 6 ventile les montants à rembourser, le nombre d'hôpitaux sélectionnés et le montant moyen à rembourser sur base du caractère académique de l'hôpital.

ACADEMIQUES	Montants à rembourser	Nombre d'hôpitaux sélectionnés	Montant moyen à rembourser
OUI	261.841 €	1	261.841 €
NON	5.148.501 €	31	166.081 €
TOTAL	5.410.342 €	32	169.073 €

Tableau 6

Le tableau 7 donne, en distinguant les hôpitaux académiques des autres, le nombre total d'hôpitaux (+%), le nombre d'hôpitaux sélectionnés (+%) ainsi que le montant à rembourser (+%).

ACADEMIQUES	Nbre d'hôp	En %	Nbre d'hôp sélectionnés	En %	Montant à rembourser	En %
OUI	7	5,6%	1	3,1%	261.841 €	4,8%
NON	118	94,4%	31	96,9%	5.148.501 €	95,2%
TOTAL	125	100%	32	100%	5.410.342 €	100%

Tableau 7

3. Analyse des résultats sur base du statut public ou privé

Le tableau 8 ventile les montants à rembourser, le nombre d'hôpitaux sélectionnés et le montant moyen à rembourser sur base du caractère public ou privé de l'hôpital.

	Montants à rembourser	Nombre d'hôpitaux sélectionnés	Montant moyen à rembourser
PRIVE	3.931.477 €	22	178.704 €
PUBLIC	1.478.865 €	10	147.886 €
TOTAL	5.410.342 €	32	169.073 €

Tableau 8

Par rapport à 2009, on notera, dans la catégorie « public », une diminution du nombre d'hôpitaux sélectionnés (-2) mais aussi un montant moyen à rembourser nettement plus faible qu'en 2009 (148.000 contre 171.700 en 2009) alors que le nombre d'hôpitaux sélectionnés et le montant moyen reste stable en 2010 pour la catégorie « privé ». Le montant moyen par catégorie est donc moins harmonisé entre catégorie qu'en 2009 avec une amélioration sensible de la catégorie « public ». On ne peut toutefois pas en déduire une influence du statut (privé ou public) sur la sélection dans le cadre du système des montants de référence.

Le tableau 9 donne, en distinguant les hôpitaux publics et privés, le nombre total d'hôpitaux (+%), le nombre d'hôpitaux sélectionnés (+%) ainsi que le montant à rembourser (+%).

	Nbre d'hôp	En %	Nbre d'hôp sélectionnés	En %	Montant à rembourser	En %
PRIVE	83	66,4%	22	68,7%	3.931.477 €	72,7%
PUBLIC	42	33,6%	10	31,3%	1.478.865 €	27,3%
TOTAL	125	100%	32	100%	5.410.342 €	100%

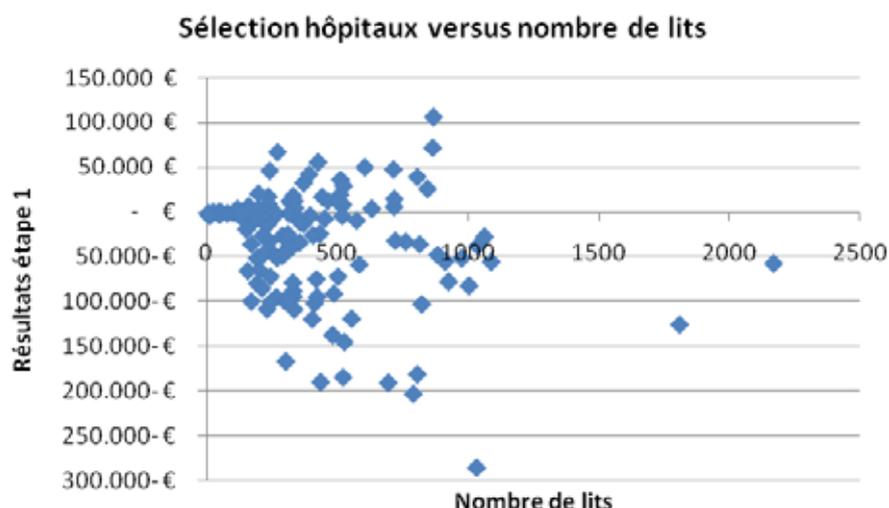
Tableau 9

A la lecture du tableau 9, nous pouvons constater que les hôpitaux privés doivent rembourser une part du montant total sensiblement supérieure à la part qu'ils représentent dans l'ensemble des hôpitaux belges mais c'est uniquement du à une amélioration globale du remboursement de la catégorie « public » (moins d'hôpitaux sélectionnés et montant global de remboursement moindre) et non à une « détérioration » du résultat des hôpitaux « privés ».

4. Analyse des résultats sur base de la taille

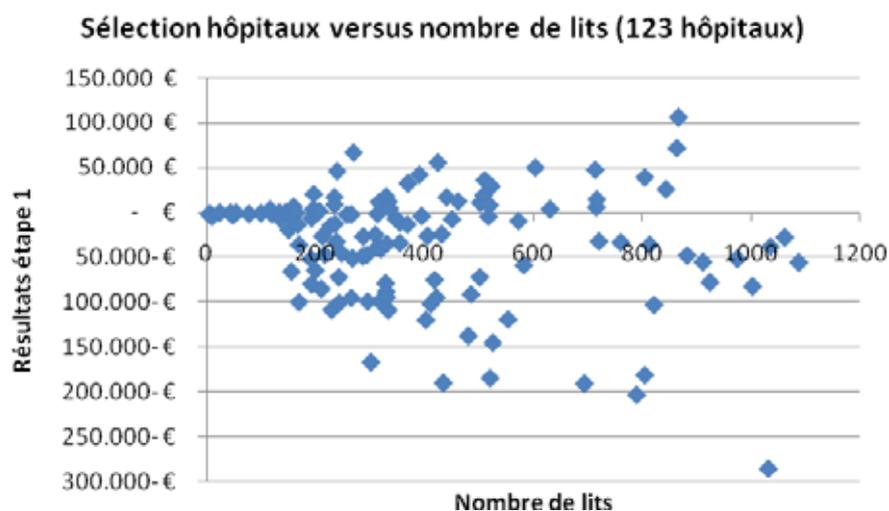
Nous avons enfin étudié le lien entre la taille (exprimé en nombre de lits au 1/1/2010) et le fait d'être ou pas sélectionné (résultats de l'étape 1).

Le graphique 2 présente sur l'axe horizontal le nombre de lits et sur l'axe vertical le résultat de l'étape 1 (les 32 hôpitaux sélectionnés ont un résultat positif pour cette étape 1 et se situent donc au dessus de l'axe horizontal).



Graphique 2

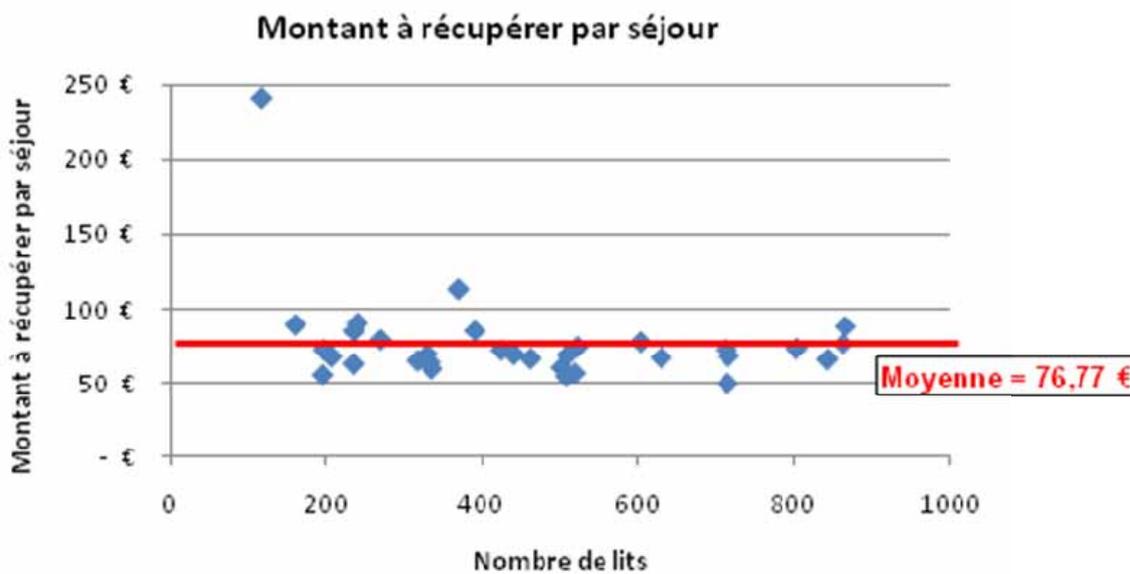
Pour plus de lisibilité, le graphique 3 présente les mêmes données mais en supprimant les deux hôpitaux avec le plus grand nombre de lit.



Graphique 3

A la lecture de ces graphiques, la taille ne semble pas être un élément qui influence la sélection puisque les hôpitaux sélectionnés (au dessus de l'axe horizontal) se répartissent uniformément le long de l'axe horizontal.

Le graphique 4 donne en abscisse le nombre de lits et en ordonnée le montant à rembourser (étape 2) divisé par le nombre de séjours (uniquement ceux pris en considération dans le cadre des montants de référence). La barre horizontale de couleur rouge représente la moyenne.



Graphique 4

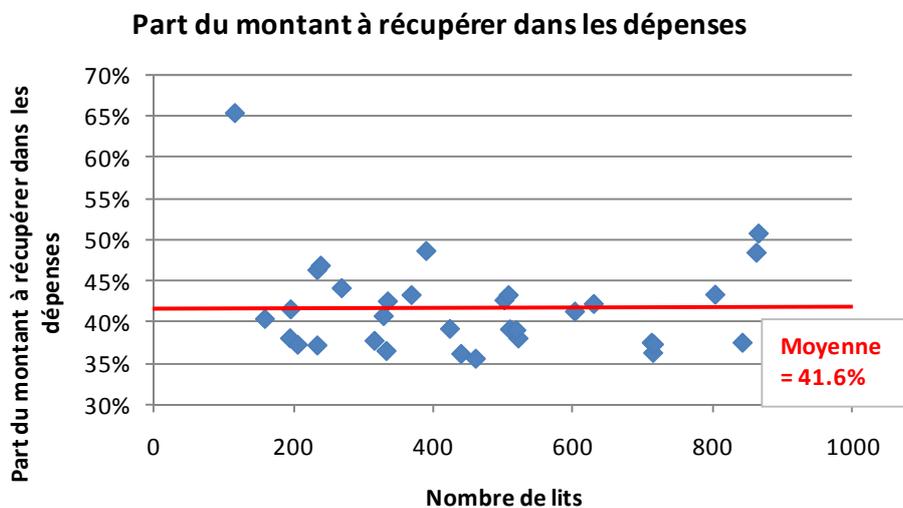
La lecture du graphique 4 démontre que la taille n'entraîne pas un biais systématique en faveur ou en défaveur d'un groupe d'hôpitaux, le montant à récupérer moyen est en effet relativement stable le long de l'axe horizontal. La seule exception concerne un petit hôpital chronique dont le nombre de séjours relevant des montants de référence est très faible (17).

Le graphique 5 présente en abscisse le nombre de lits et en ordonnée la part que représente le montant à rembourser dans les dépenses totales des 3 groupes de prestations. En moyenne, les 32 hôpitaux remboursent 41,6% de leurs dépenses effectuées dans les 3 groupes de prestations. La distribution de ce pourcentage par hôpital est donnée au tableau 10.

Part montant à récupérer dans les dépenses	
Minimum	35,5%
D1	36,4%
Q1	37,4%
Médiane	40,5%
Q3	43,2%
D9	48,3%
Maximum	65,3%

Tableau 10

Hormis le petit hôpital chronique dont nous faisons allusion ci-dessus, nous pouvons constater que tous les hôpitaux, quelque soit leur taille, se distribuent autour de la moyenne.



Graphique 5