

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

Calcul 2012 - Données 2009 – Méthodologie 2009

Pour cette quatrième application des montants de référence, **124 hôpitaux** étaient concernés pour un total de **317.318 séjours** « *inliers* » répartis dans les 34 groupes d'APR-DRG retenus (contre 313.848 séjours lors de la troisième 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). **Pour cinq apr-drg, on ne tient plus compte des dépenses de la physiothérapie.**

Le tableau 1 donne la distribution du total des différences (positives et négatives) de cette première étape pour les 124 hôpitaux et pour les deux dernières années d'application du système.

Résultats 2008		Résultats 2009	
Résultat Etape 1		Résultat Etape 1	
Minimum	-288.315 €	Minimum	-261.832 €
D1	-123.355 €	D1	-139.163 €
Q1	-77.809 €	Q1	-87.440 €
Médiane	-29.020 €	Médiane	-46.905 €
Q3	2.336 €	Q3	-1.506 €
D9	26.732 €	D9	22.585 €
Maximum	124.844 €	Maximum	228.329 €
Moyenne		Moyenne	
	-39.758 €		-49.329 €
Ecart type		Ecart type	
	64.311 €		67.131 €

Tableau 1 : Distribution des résultats de l'étape 1

Suite à l'application de cette première étape, **23 hôpitaux** (contre 30 en 2011) 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.

		2009					
		BRUXELLES		VLAANDEREN		WALLONIE	
		Sélectionnés	PAS sélectionnés	Sélectionnés	PAS sélectionnés	Sélectionnés	PAS sélectionnés
2008	Sélectionnés	5	1	0	4	10	10
	PAS sélect.	3	/	1	/	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 » ; **si la médiane est égale à zéro, elle est remplacée par la moyenne** ;
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 23 hôpitaux est de **3.549.799 €** (contre 4.944.073 € en 2011).

Le tableau 2 donne la distribution, pour les données 2008 et 2009, des montants à rembourser par les 23 hôpitaux.

Résultats 2008		Résultats 2009	
Résultats Etape 2		Résultats Etape 2	
Minimum	2.905 €	Minimum	1.230 €
D1	69.878 €	D1	47.164 €
Q1	100.610 €	Q1	102.220 €
Médiane	161.411 €	Médiane	137.959 €
Q3	225.360 €	Q3	178.198 €
D9	288.190 €	D9	236.868 €
Maximum	314.355 €	Maximum	420.025 €
Moyenne	164.802 €	Moyenne	154.339 €
Ecart type	85.200 €	Ecart type	98.661 €

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	16.291.373 €	847.805 €	5,2 %
Biologie clinique	7.224.400 €	653.129 €	9,0 %
Prestations techniques	19.120.499 €	2.048.865 €	10,7 %
TOTAL	42.636.272 €	3.549.799 €	8,3 %

Tableau 3

Par rapport à 2011, on remarquera une diminution du montant des dépenses totales (environ 4,5 millions d'euros en conséquence des prestations techniques) et une diminution du montant à récupérer (environ 1,4 millions d'euros), ce qui explique les 8,3% en 2012 contre 10,7% en 2011. Diminution sensible de la récupération en imagerie médicale (5,2% contre 10,3%) et en biologie clinique (9,0% contre 11,9%), les remboursements en prestations techniques se stabilisent sur 10,7% .

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	1.486.041 €	8	185.755 €
VLAANDEREN	143.494 €	1	143.494 €
WALLONIE	1.920.263 €	14	137.162 €
TOTAL	3.549.798 €	23	154.339 €

Tableau 4

Par rapport à 2011, on notera une diminution du montant moyen total par hôpital (164.802 euros en 2011). Cette année, Bruxelles se situe au dessus de la moyenne nationale alors que c'était le cas de la Wallonie en 2011.

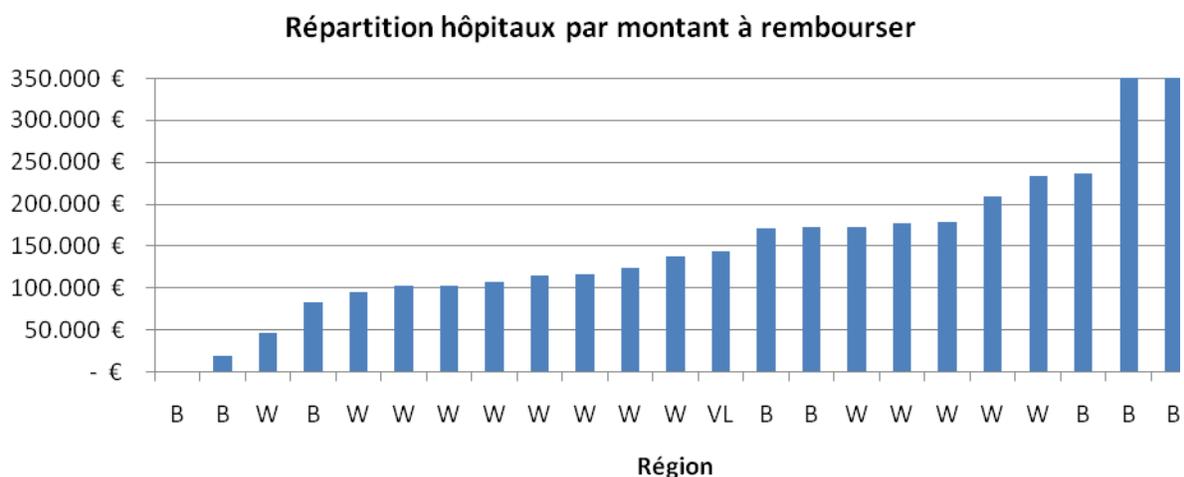
Le tableau 5 donne, par région, le nombre total d'hôpitaux (+%), le nombre d'hôpitaux sélectionnés (+%) ainsi que le montant à rembourser (+%).

	Nbre d'hôp	En %	Nbre d'hôp Sélectionnés	En %	Montant à rembourser	En %
BRUXELLES	16	12,9 %	8	34,8 %	1.486.041 €	41,9 %
VLAANDEREN	63	50,8 %	1	4,3 %	143.494 €	4,0 %
WALLONIE	45	36,3 %	14	60,9 %	1.920.263 €	54,1 %
TOTAL	124		23		3.549.798 €	

Tableau 5

Nous pouvons constater que le nombre d'hôpitaux sélectionnés en Flandre diminue de 4 à 1. Ceci a pour conséquence que les hôpitaux bruxellois et wallons sont surreprésentés dans la part des hôpitaux sélectionnés et dans les montants à rembourser par rapport à leurs parts dans le total des hôpitaux.

Le graphique 1 classe les 23 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	0 €	0	- €
NON	3.549.798 €	23	154.339 €
TOTAL	3.549.798 €	23	154.339 €

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 %	0	0,0 %	0 €	0,0 %
NON	117	94,4 %	23	100,0 %	3.549.798 €	100 %
TOTAL	124		23		3.549.798 €	

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	2.083.338 €	14	148.810 €
PUBLIC	1.466.461 €	9	162.940 €
TOTAL	3.549.799 €	23	154.339 €

Tableau 8

Par rapport à 2011, on notera, dans la catégorie « public », une diminution du nombre d'hôpitaux sélectionnés (-3) mais aussi un montant moyen à rembourser plus élevé qu'en 2011 (162.940 contre 149.266 en 2011) ; pour la catégorie « privé » le nombre d'hôpitaux sélectionnés diminue (-4) et le montant moyen diminue d'environ 28.000 euros. 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	85	68,5 %	14	60,9 %	2.083.338 €	58,7 %
PUBLIC	39	31,5 %	9	39,1 %	1.466.461 €	41,3 %
TOTAL	124		23		3.549.799 €	

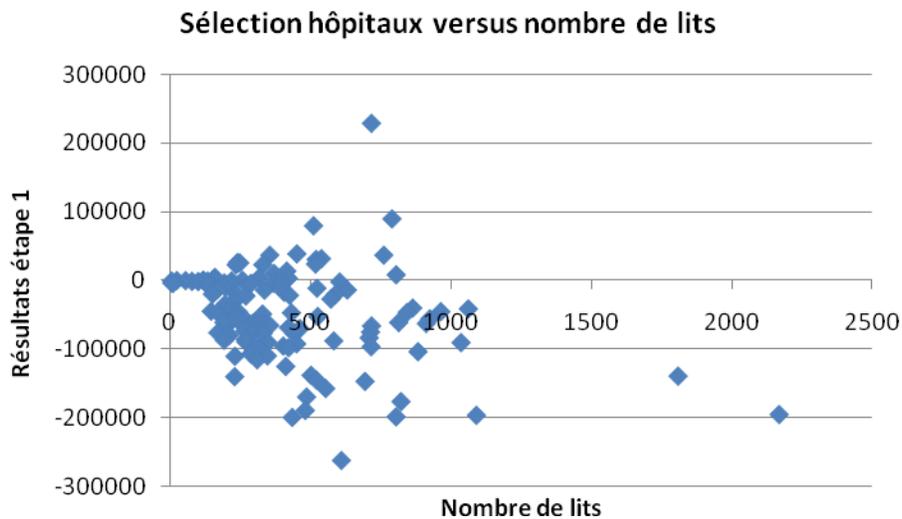
Tableau 9

A la lecture du tableau 9, nous pouvons constater que les hôpitaux privés doivent rembourser une part du montant total inférieure à la part qu'ils représentent dans l'ensemble des hôpitaux belges et un peu inférieure à leur part qu'ils représentent dans les hôpitaux sélectionnés.

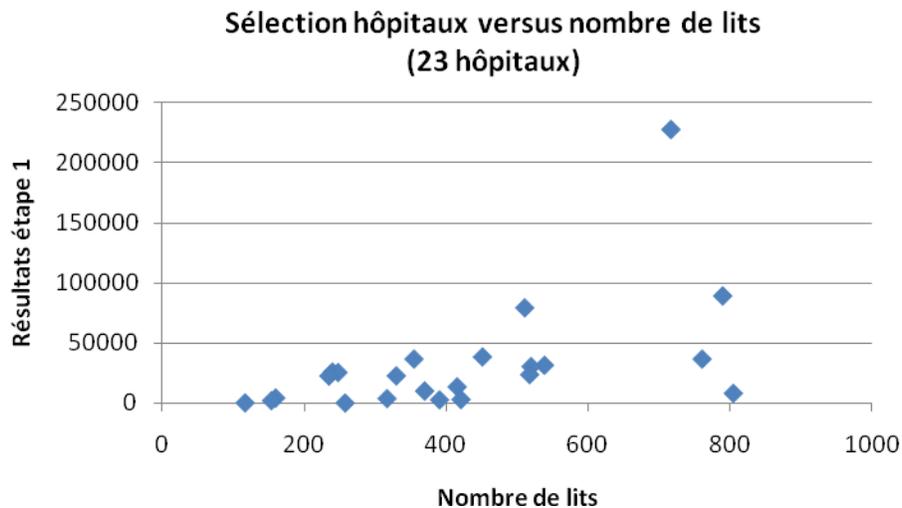
4. Analyse des résultats sur base de la taille

Nous avons enfin étudié le lien entre la taille (exprimé en nombre de lits moyen en 2008) 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 23 hôpitaux sélectionnés ont un résultat positif pour cette étape 1 et se situent donc au dessus de l'axe horizontal).

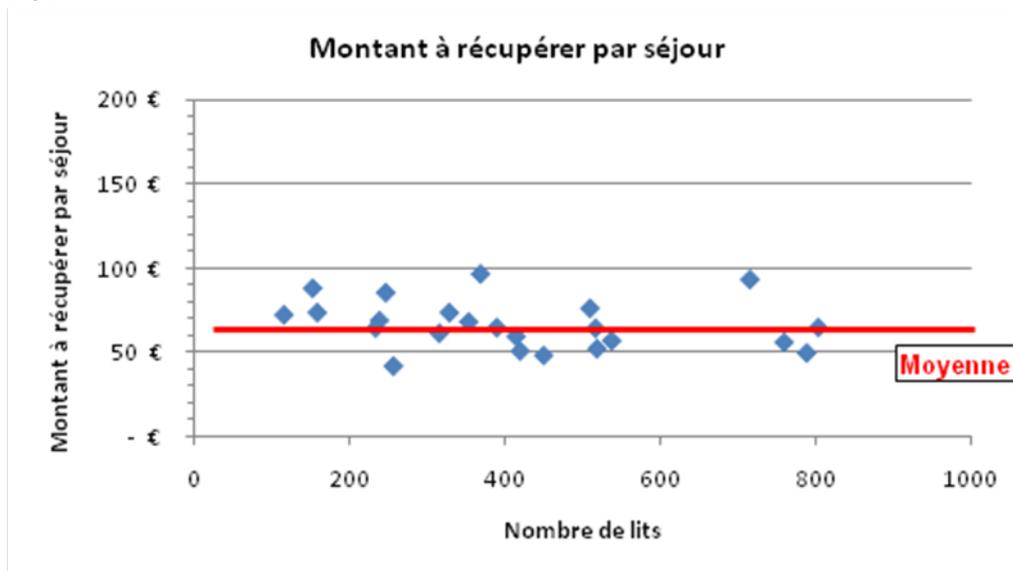


Pour plus de lisibilité, le graphique 3 présente les mêmes données mais seulement pour les 23 hôpitaux sélectionnés.



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.

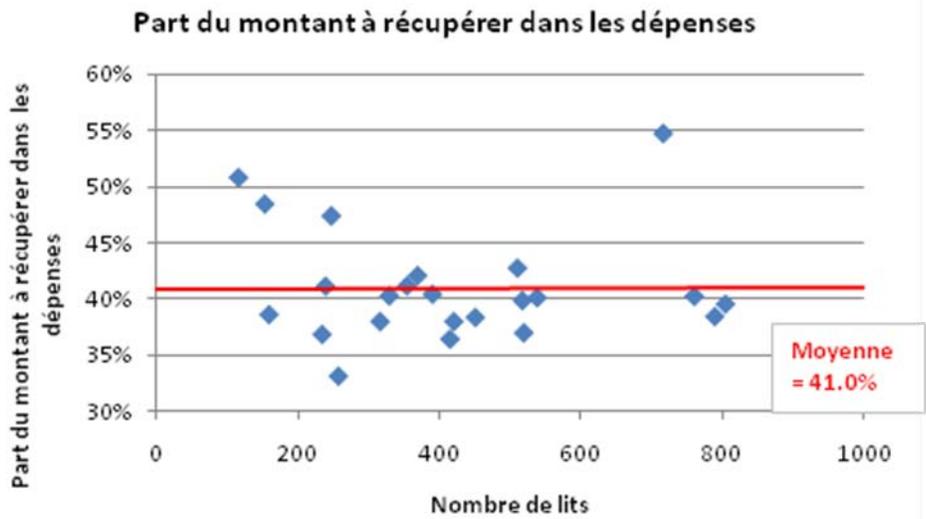


Graphique 4

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.

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 23 hôpitaux remboursent 41,0% de leurs dépenses effectuées dans les 3 groupes de prestations. La distribution de ce pourcentage par hôpital est donnée au tableau ci-dessous.

Part mnt à récupérer dans les dépenses	
Minimum	33,0 %
D1	36,8 %
Q1	39,9 %
Médiane	40,1 %
Q3	42,1 %
D9	48,5 %
Maximum	54,8 %
Moyenne	
Ecart type	5,0 %



Graphique 5