

La consommation médicale sous l'angle géographique – Variations dans les dépenses de l'assurance soins de santé en Belgique – Rapport longitudinal 2006-2010

Introduction

Le présent rapport fait partie d'une série d'études consacrées aux variations géographiques des dépenses de l'assurance soins de santé obligatoire en Belgique. Un premier rapport approfondi a été publié en 2009 et portait sur les dépenses de l'année 2006 (INAMI, 2009). Un second rapport, plus succinct, a été publié en 2011 et donnait une vue longitudinale sur les dépenses totales pour la période 2006-2009 (INAMI, 2011). Parallèlement au présent rapport, une troisième analyse détaillée des dépenses en 2009 pour différents grands et petits groupes de dépenses (INAMI, 2012) a été publiée.

À l'instar du second rapport, ce quatrième document présente l'évolution des dépenses entre 2006 et 2010. Pour en accroître la lisibilité, nous nous sommes limités aux dépenses totales.

Après une brève présentation de la méthodologie utilisée, les résultats sont présentés par région et par arrondissement. Le rapport est clôturé par une conclusion succincte.

Finalité

Le présent rapport et ses prédécesseurs ont pour finalité de donner une vue d'ensemble sur les différences régionales dans les dépenses de soins de santé, de les commenter et de favoriser la communication externe les concernant. En ayant recours à des 'méthodes de standardisation', les chiffres bruts ont été pondérés, afin de prendre en compte l'influence d'un certain nombre de facteurs de standardisation sur les dépenses moyennes. Les indices et moyennes ainsi obtenus par standardisation donnent une image plus fiable des différences géographiques qui subsistent lorsque l'influence des facteurs de standardisation est virtuellement neutralisée. La pertinence des comparaisons s'en trouve accrue.

Méthodologie

Méthodes de standardisation

Les dépenses brutes sont influencées par une multitude de facteurs, dont la composition spécifique de la population de chaque région ou arrondissement. La standardisation a pour but de gommer autant que possible l'influence de ces facteurs, quelles que soient les caractéristiques spécifiques des populations étudiées (région/arrondissement). La variabilité résiduelle des dépenses, après standardisation, doit alors être expliquée d'une autre manière.

Dans les analyses ci-après, la composition de chaque population étudiée est prise en compte par quatre facteurs de standardisation: la répartition des bénéficiaires en classes d'âge, la proportion de femmes, la

proportion de bénéficiaires d'une intervention majorée de l'assurance soins de santé, et la proportion d'indépendants.

Les deux méthodes de standardisation (directe et indirecte) sont brièvement présentées ci-dessous. Pour un exposé plus détaillé de ces méthodes, nous invitons le lecteur à consulter les rapports antérieurs, à savoir (INAMI, 2009) et (INAMI, 2012).

- En vertu de la **standardisation directe**, une pondération est attribuée à chaque dépense moyenne spécifique à une strate¹ de la population étudiée (région/arrondissement) qui correspond au nombre d'individus faisant partie de cette strate dans la population de référence (Belgique). En procédant ainsi, les populations à comparer ont une structure qui est identique à celle de la population de référence. En d'autres termes, les dépenses moyennes pondérées sont les dépenses moyennes qui seraient celles de chaque arrondissement ou région si la répartition des facteurs de standardisation (en fonction desquels la population étudiée et la population de référence sont subdivisées en strates, telles que l'âge, le sexe, le statut social, etc.) était égale dans chaque population étudiée à la répartition de ces caractéristiques dans la population de référence. Les dépenses moyennes ainsi obtenues par standardisation directe sont comparables entre elles. Le numérateur de l'indice de standardisation directe est la moyenne obtenue par standardisation directe, son dénominateur est la moyenne belge.
- En vertu de la **standardisation indirecte**, une pondération est attribuée à chaque dépense moyenne spécifique à une strate de la population de référence, qui correspond au nombre d'individus dans cette strate dans la population étudiée (région/arrondissement). On obtient ainsi une dépense moyenne « attendue », autrement dit la dépense moyenne de l'arrondissement ou de la région dans l'hypothèse où les dépenses moyennes spécifiques à la strate de la population étudiée seraient égales à celles de la population de référence. Une telle dépense moyenne attendue ne peut être comparée qu'avec la dépense moyenne réelle observée pour le même arrondissement ou la même région. Le numérateur de l'indice de standardisation indirecte est la moyenne observée pour la région ou arrondissement, son dénominateur est la moyenne attendue pour cette même région ou arrondissement (et donc pas la moyenne belge). Les dépenses moyennes attendues obtenues par standardisation indirecte et les indices qui en découlent ne sont pas comparables entre eux.

Adaptations

La définition des dépenses totales utilisée dans ce rapport diffère de la définition utilisée dans les rapports relatifs aux dépenses de 2006 (INAMI, 2009) et aux dépenses 2006-2009 (INAMI, 2011). Les modifications qui y ont été apportées sont les suivantes (elles sont détaillées dans le rapport relatif aux données 2009 (INAMI, 2012):

- Les régularisations relatives aux prestations effectuées durant l'année considérée sont désormais incluses dans les dépenses totales.
- Les dépenses liées aux forfaits des maisons médicales qui sont comptabilisées en décembre de l'année X-1 sont désormais incluses dans les totaux.
- La partie fixe du budget des hôpitaux pour les conventions internationales est désormais incluse dans les totaux (sous la forme d'un montant négatif).
- La ventilation de la partie fixe du budget des hôpitaux est effectuée au pro rata de la partie variable de tous les bénéficiaires, y compris ceux qui sont domiciliés à l'étranger. En conséquence, seules sont prises en compte les dépenses des bénéficiaires domiciliés en Belgique.

¹ Dans le présent contexte, une 'strate' désigne une couche de la population définie en fonction de certaines caractéristiques, en l'occurrence les facteurs de standardisation : l'âge, le sexe, le statut social et le statut de remboursement.

Application de la standardisation sur plusieurs années

Pour appliquer les méthodes de standardisation aux données relatives à la période 2006-2010, plusieurs options sont possibles:

- Une standardisation appliquée de manière séparée, année par année, en partant à chaque fois des dépenses moyennes spécifiques à la strate (standardisation indirecte) ou de la structure de la population (standardisation directe) de la Belgique pour l'année considérée (la situation belge de chaque année sert de population de référence);
- Une standardisation basée sur l'année 2006, en se basant pour chaque année sur les dépenses moyennes spécifiques à la strate (standardisation indirecte) ou de la structure de la population (standardisation directe) de la Belgique en 2006 (la situation belge en 2006 sert de population de référence);
- Une standardisation basée sur une période moyenne, en se basant pour chaque année sur les dépenses moyennes spécifiques à la strate (standardisation indirecte) ou de la structure de la population (standardisation directe) élaborée sous la forme d'une moyenne sur la période considérée (la 'situation moyenne' en Belgique pour la période 2006-2010 sert de population de référence).

La finalité première de l'étude étant de comparer les dépenses de différentes entités géographiques pour une période donnée, une standardisation fondée sur une seule année de référence ne serait pas adéquate pour effectuer de telles comparaisons.

En outre, la signification du paramètre 'BIM/non-BIM' a changé entre 2006 et 2010, suite à l'entrée en vigueur du statut OMNIO. On peut en effet supposer que le profil de dépense des bénéficiaires OMNIO diffère légèrement de celui des bénéficiaires de l'intervention majorée. Le paramètre 'Indépendant' a également évolué, avec l'inclusion au 1er janvier 2008 des petits risques dans l'assurance obligatoire des indépendants.

Pour ces diverses raisons, nous avons choisi d'effectuer la standardisation année par année. Dès lors, stricto sensu, seules les comparaisons pour une même année entre différentes entités géographiques sont pertinentes. Les moyennes attendues obtenues par standardisation indirecte ne peuvent de toute façon servir de base de comparaison (= numérateur de l'indice de standardisation indirecte) que pour les moyennes observées de la propre population étudiée (= dénominateur de l'indice de standardisation indirecte), et ne peuvent être comparées avec les moyennes brutes ou standardisées d'autres populations étudiées (voir 'Méthodes de standardisation' ci-dessus). En ayant recours à la standardisation directe, la structure de la population de la Belgique, et donc de la population de référence, change dans notre cas d'année en année. Les moyennes obtenues par standardisation directe sont donc fonction tant des dépenses moyennes spécifiques à la strate de la population étudiée pour l'année X, que de la structure (modifiée) de la population de référence pour l'année X. Une éventuelle évolution des moyennes obtenues par standardisation directe est dès lors difficile à interpréter. Des observations telles que "l'indice obtenu par standardisation directe pour la région Y a augmenté de x% entre 2006 et 2010" ne seraient que peu pertinentes. Cela ne nous empêche toutefois pas de commenter les comparaisons entre les différents indices entre eux.

Limites des méthodes de standardisation

Lors de l'interprétation des résultats, le lecteur doit garder à l'esprit deux limites inhérentes à la méthode utilisée:

- Parallèlement aux quatre facteurs retenus, il existe de nombreux autres paramètres susceptibles d'influencer les dépenses en soins de santé, tels que la morbidité, l'offre médicale, les variabilités des pratiques médicales, le comportement du patient, etc. Ces facteurs n'ont pas pu être pris en compte sur la

base des données disponibles, mais ils expliquent probablement une grande partie de la variabilité qui n'a pas pu être expliquée par nos facteurs de standardisation.

- Les standardisations directe et indirecte ne se fondent pas sur un modèle explicatif explicite, de sorte que les résultats obtenus restent en quelque sorte confinés dans une 'boîte noire'. En d'autres termes, nous ne savons pas quelle fraction des différences géographiques s'expliquent au moyen de nos facteurs de standardisation. Nous n'avons en outre aucune idée de l'impact respectif de chacun de ces facteurs, ni de facteurs combinés.

Ces restrictions ne remettent pas en cause la fiabilité ni l'utilité du présent rapport. Elles fixent en revanche une limite aux conclusions que l'on peut tirer des résultats. Nous tenons en particulier à faire remarquer que les moyennes standardisées n'ont de signification qu'en termes relatifs, avec la population belge comme population de référence. Ces chiffres ne peuvent pas être utilisés pour conclure que les dépenses sont, 'en réalité', supérieures ou inférieures à la situation observable via les dépenses brutes. Il n'est en outre pas possible de procéder sur la base de moyennes standardisées faibles ou élevées à une interprétation en termes de 'surconsommation' ou de 'sous-consommation'. Pour ce faire, des analyses plus approfondies s'imposent.

Pour une présentation plus détaillée de cette question, nous invitons le lecteur à consulter les rapports portant sur les dépenses de l'année 2006 (INAMI, 2009) et de l'année 2009 (INAMI, 2012).

Évolution des dépenses brutes durant la période 2006 - 2010

La présente note est fondée sur les 'Documents N'. Il s'agit des données statistiques et comptables relatives aux dépenses générées par toutes les prestations remboursées par l'assurance soins de santé, récoltées par Direction Actuariat & Budget du Service des Soins de Santé de l'INAMI. Les résultats présentés ont à chaque fois trait aux prestations dispensées durant l'année X et comptabilisées durant l'année X et jusqu'en juin de l'année X+1 (période de comptabilisation de 18 mois), et ce pour les années 2006 à 2010.

Le [tableau 1](#) (voir annexe) présente les résultats suivants:

- Les dépenses brutes totales pour la Belgique et les 3 régions;
- Les dépenses moyennes brutes pour la Belgique et les 3 régions;
- Les dépenses moyennes obtenues par standardisation directe et les dépenses moyennes attendues obtenues par standardisation indirecte pour les 3 régions;
- Les indices bruts, directs et indirects, pour les 3 régions.

Les données brutes révèlent une augmentation annuelle des dépenses totales et moyennes, tant au niveau national que dans les trois régions (voir [figure 1](#)). Là où la dépense moyenne pour l'ensemble de la Belgique était encore en 2006 de 1.702,84 € par bénéficiaire², elle a augmenté de 23,9% en cinq ans, pour se fixer à 2.108,91 € en 2010.

Tout au long de la période 2006-2010, la Wallonie affiche la dépense brute totale par bénéficiaire la plus élevée. En 2010, la dépense moyenne brute était de 2.132,80 €, soit 1,1% de plus que la moyenne nationale. L'indice brut de la Wallonie s'est donc rapproché du niveau de référence belge par rapport à 2006 (indice brut: 102). Sur l'ensemble de la période 2006-2010, la dépense moyenne totale en Wallonie a augmenté de

² Ce montant comprend tous les remboursements de l'assurance soins de santé, y compris les régularisations.

22,7%. Tant les effectifs que les dépenses totales de Wallonie ont augmenté à un rythme moins soutenu que ceux de la Belgique et des deux autres régions.

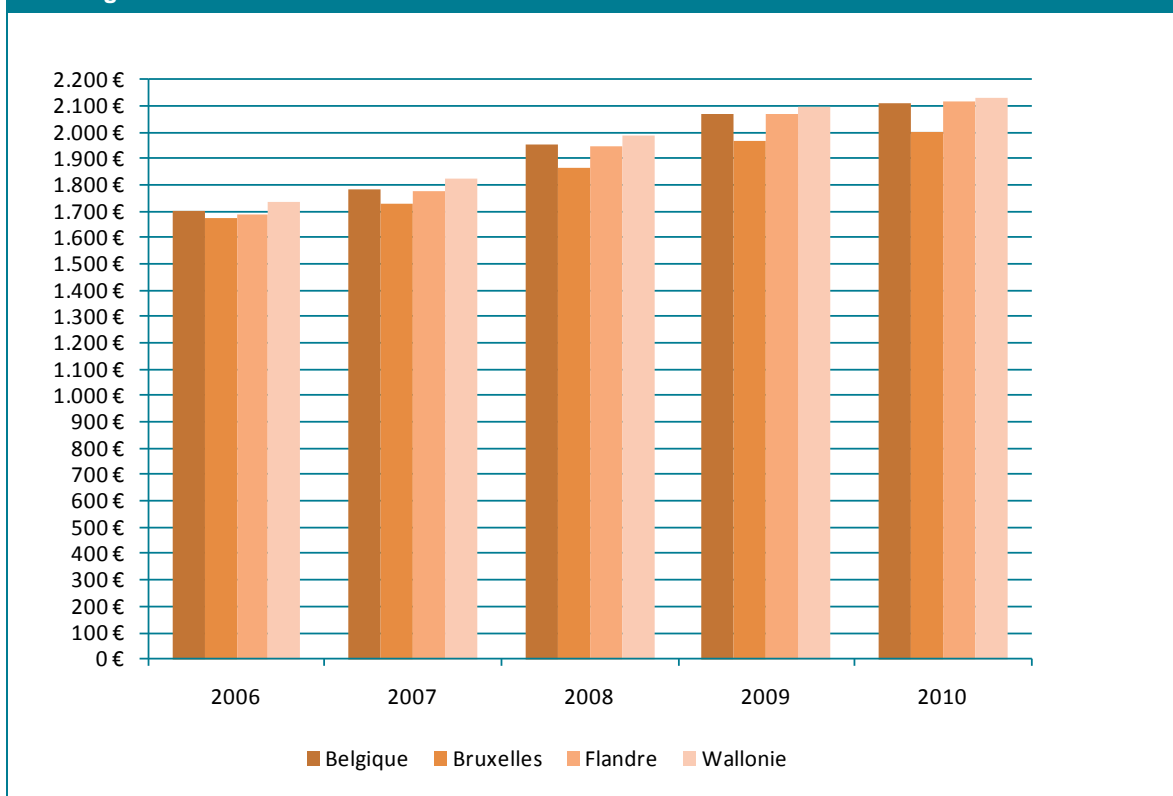
La dépense brute totale moyenne pour la Flandre était en 2010 de 2.113,68 €, soit un niveau très proche du point de référence belge (indice brut: 100,2). En conséquence, la dépense moyenne totale flamande a un peu plus progressé durant la période 2006-2010 que la dépense moyenne belge, à savoir de 25,2%. On observe que, en termes proportionnels, les effectifs de Flandre et de Belgique ont augmenté de manière similaire, tandis que les dépenses moyennes flamandes croissaient davantage entre 2006 et 2010.

De ce fait, la différence entre les dépenses moyennes brutes de Flandre et de Wallonie s'est notablement réduite durant la période considérée ([figure 1](#)).

C'est à Bruxelles que la dépense moyenne brute a le moins augmenté entre 2006 et 2010, à savoir de 19,3%. La dépense totale par bénéficiaire y était de 2.000,16 € en 2010. En 2006, l'indice brut affichait 98,5, de sorte que, avec un indice brut de 94,8 en 2010, Bruxelles s'est encore davantage écartée du point de référence national. L'évolution la plus marquante entre 2006 et 2010 est l'augmentation du nombre de bénéficiaires (+6,4%, contre +3,1% en Belgique, +3% en Flandre et +2,3% en Wallonie), et ce alors que l'accroissement des dépenses totales est resté en deçà de la moyenne belge durant cette période.

Dans le cas de Bruxelles, il faut se souvenir que nous comparons une région géographique relativement restreinte avec deux grandes régions, composées de nombreux arrondissements de moindre étendue. En d'autres termes, les données relatives à la Flandre et à la Wallonie sont le résultat d'une agrégation, qui camoufle des différences parfois importantes entre la structure de la population et le profil de consommation par strate entre différents arrondissements d'une même région. Plus avant dans ce rapport, nous évoquerons succinctement les évolutions au niveau des arrondissements.

Figure 1 : Évolution des dépenses moyennes brutes entre 2006 et 2010, pour la Belgique et pour les trois régions



Cette augmentation de la dépense moyenne entre 2006 et 2010 n'est pas la conséquence d'une « croissance naturelle » des dépenses totales, comme le révèle l'examen de des taux de croissance (en %) des dépenses moyennes d'une année à l'autre (voir [figure 2](#)):

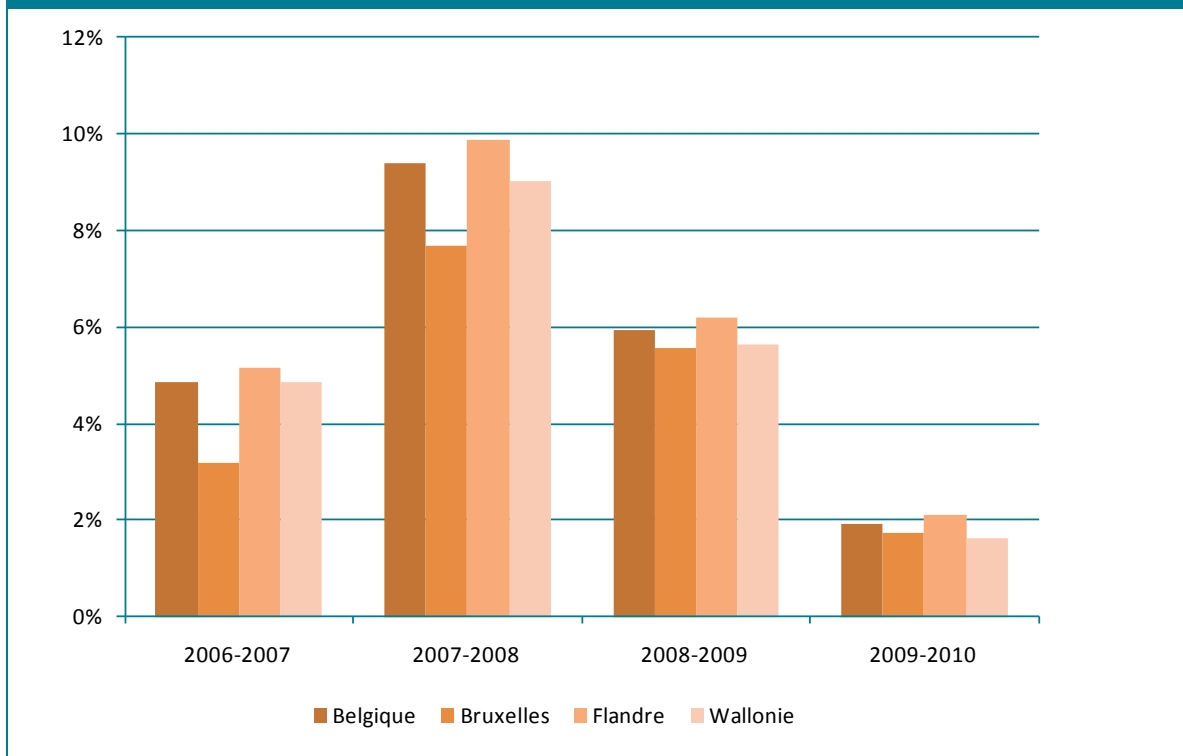
- Entre 2006 et 2007, les dépenses moyennes augmentent considérablement. Cette augmentation est similaire en Belgique, en Wallonie et en Flandre, et légèrement moindre à Bruxelles.
- On observe entre 2007 et 2008 une notable rupture de tendance: les dépenses moyennes augmentent soudain beaucoup plus nettement. Cette tendance est la plus manifeste en Flandre.
- Entre 2008 et 2009, l'augmentation est toujours importante, mais néanmoins légèrement moindre que durant la période précédente.
- Entre 2009 et 2010, l'accroissement est nettement plus restreint. Les différences de croissance entre arrondissements sont également notablement en recul.

Ces évolutions des remboursements peuvent s'expliquer par les importantes mesures réglementaires suivantes:

- L'extension en juillet 2006 du droit au remboursement aux petits risques pour les indépendants bénéficiaires de la garantie de revenus pour les personnes âgées (GRAPA) et pour les indépendants démarant leur activité (starters).
- L'entrée en vigueur du statut OMNIO en avril 2007 et l'octroi des premières interventions majorées dans ce cadre à partir de juillet 2007.
- L'inclusion des petits risques dans l'assurance soins de santé obligatoire pour tous les indépendants au 1er janvier 2008.

Eu égard à l'importante proportion d'indépendants en Flandre, il n'est pas étonnant que le pic de croissance observé entre 2007 et 2008 ait été plus prononcé dans cette région.

Figure 2 : Taux de croissance des dépenses brutes moyennes entre l'année X et l'année X+1, pour la Belgique et pour les trois régions



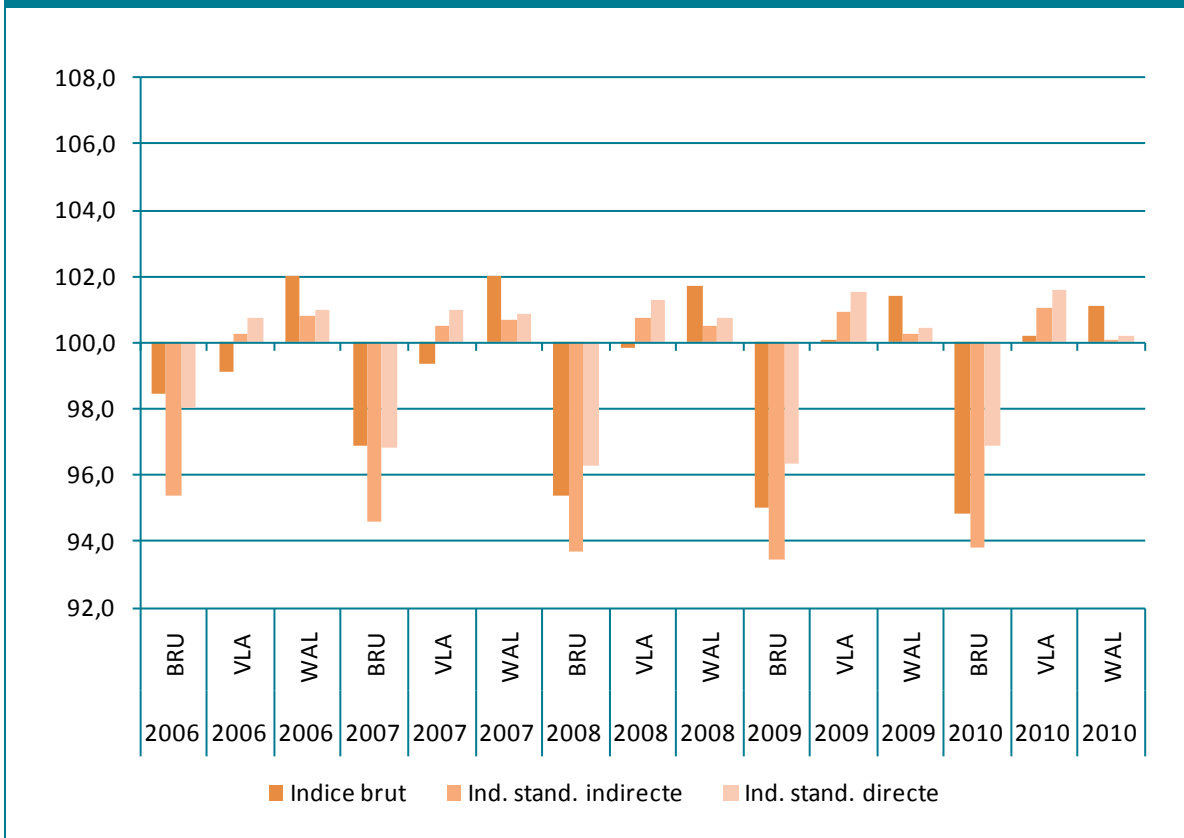
Impact des facteurs de standardisation

La [Figure 3](#) présente l'impact des facteurs de standardisation (âge, sexe, statut BIM et régime de travail) au sein de chaque année. L'indice obtenu par standardisation directe pour Bruxelles révèle que, pour 2006 et 2007, d'autres variables que les facteurs utilisés dans la standardisation doivent être recherchées pour expliquer le niveau inférieur des dépenses moyennes. En 2008, 2009 et 2010, l'impact partiel de l'évolution démographique bruxelloise sur ce niveau inférieur de dépenses est évident. Pour ces années, il subsiste toutefois après standardisation une différence par rapport au point de référence belge, qui ne peut s'expliquer que par d'autres facteurs.

Pour l'ensemble de la période, la dépense moyenne plus élevée en Wallonie s'explique dans une proportion importante par la structure démographique. En conséquence, après standardisation directe, la dépense moyenne s'est notablement rapprochée de la moyenne belge.

Pour la Flandre, la standardisation directe sur la base des facteurs retenus n'entraîne pas un rapprochement vers la moyenne belge.. La cause des différences avec les deux autres régions et avec la population de référence belge doit donc être recherchée dans d'autres (combinaisons de) facteurs.

Figure 3 : Indices brut, obtenu par standardisation directe, et obtenu par standardisation indirecte, pour la période 2006-2010, par région



Comme indiqué ci-avant, il existe en Wallonie et en Flandre des différences parfois considérables entre arrondissements, qui ne ressortent pas des graphiques présentés jusqu'à présent. La [Figure 4](#) présente dès lors les indices bruts et obtenus par standardisation directe au niveau des arrondissements, pour l'année 2010, au moyen de deux cartes et d'un graphique.

Tant en Flandre qu'en Wallonie, plusieurs arrondissements affichent un indice brut aussi bas, voire plus bas, que celui de Bruxelles (par exemple la province d'Anvers et les arrondissements de Halle-Vilvoorde, Nivelles, Saint-Nicolas, Verviers, Waremme, Maaseik, Bastogne, Virton et Dinant). Ces chiffres mettent en perspective les résultats de Bruxelles. Par ailleurs, plusieurs arrondissements se caractérisent par une dépense moyenne proche du point de référence belge.

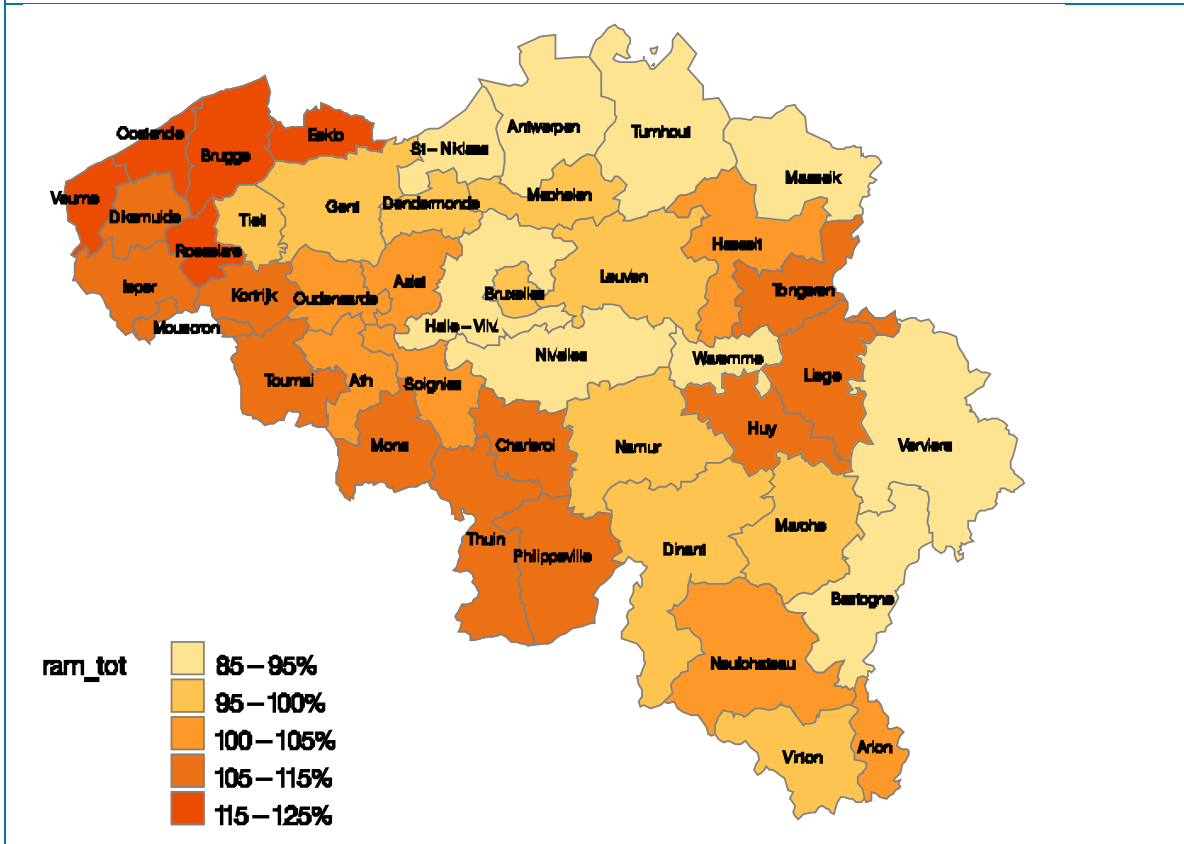
En Flandre, des dépenses moyennes plus élevées sont observées dans la province de Flandre occidentale (sauf Tielt) et dans les arrondissements d'Eeklo et de Tongres. En Wallonie, c'est le cas pour Charleroi, Mons, Mouscron, Tournai, Huy, Liège et Philippeville.

La mesure dans laquelle ces dépenses moyennes plus ou moins élevées sont liées à la structure démographique que nous avons prise en compte varie considérablement d'un arrondissement à l'autre. Le graphique 4.3, par exemple, révèle un impact manifeste de la standardisation pour les arrondissements d'Ostende et de Furnes. À l'inverse, pour Eeklo, des facteurs inconnus jouent un rôle qui n'a pas pu être pris en compte par notre analyse.

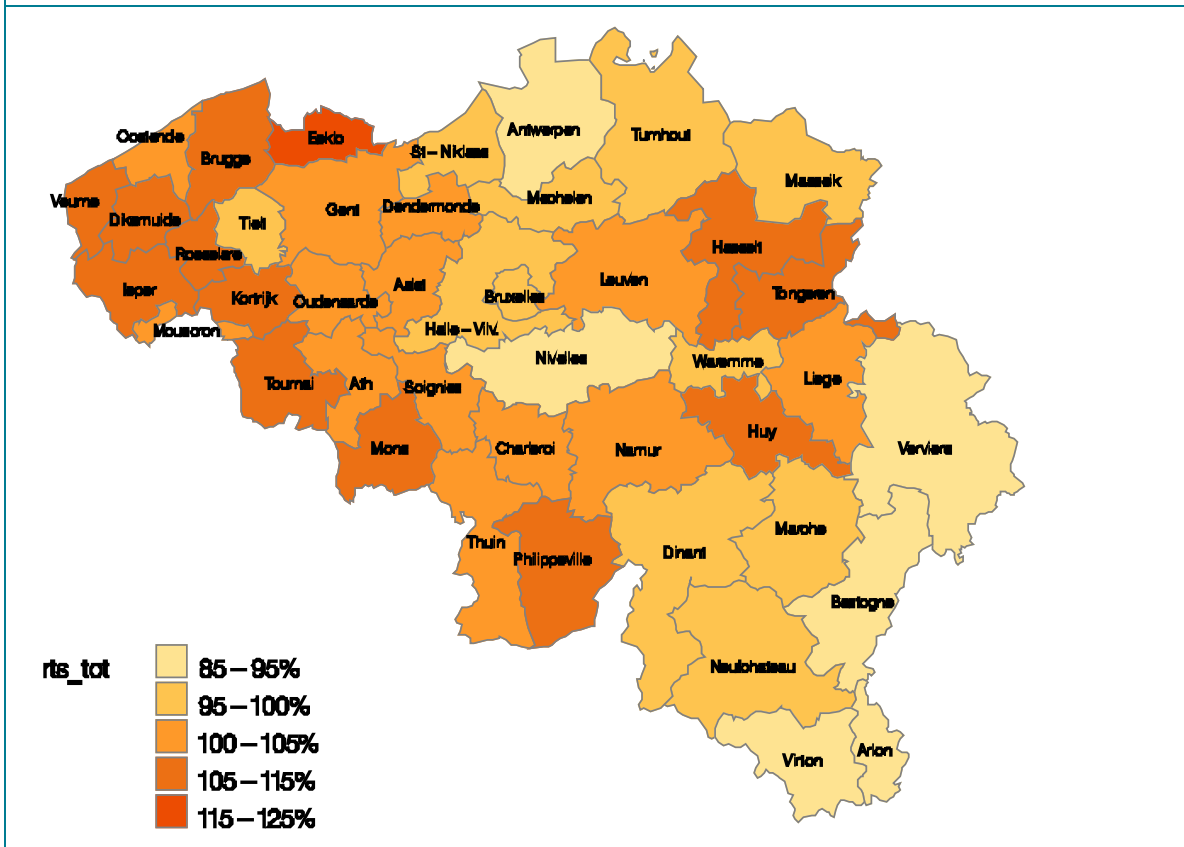
Figure 4 : Indice brut et indice obtenu par standardisation directe par arrondissement: dépenses totales, régularisations comprises, 2010

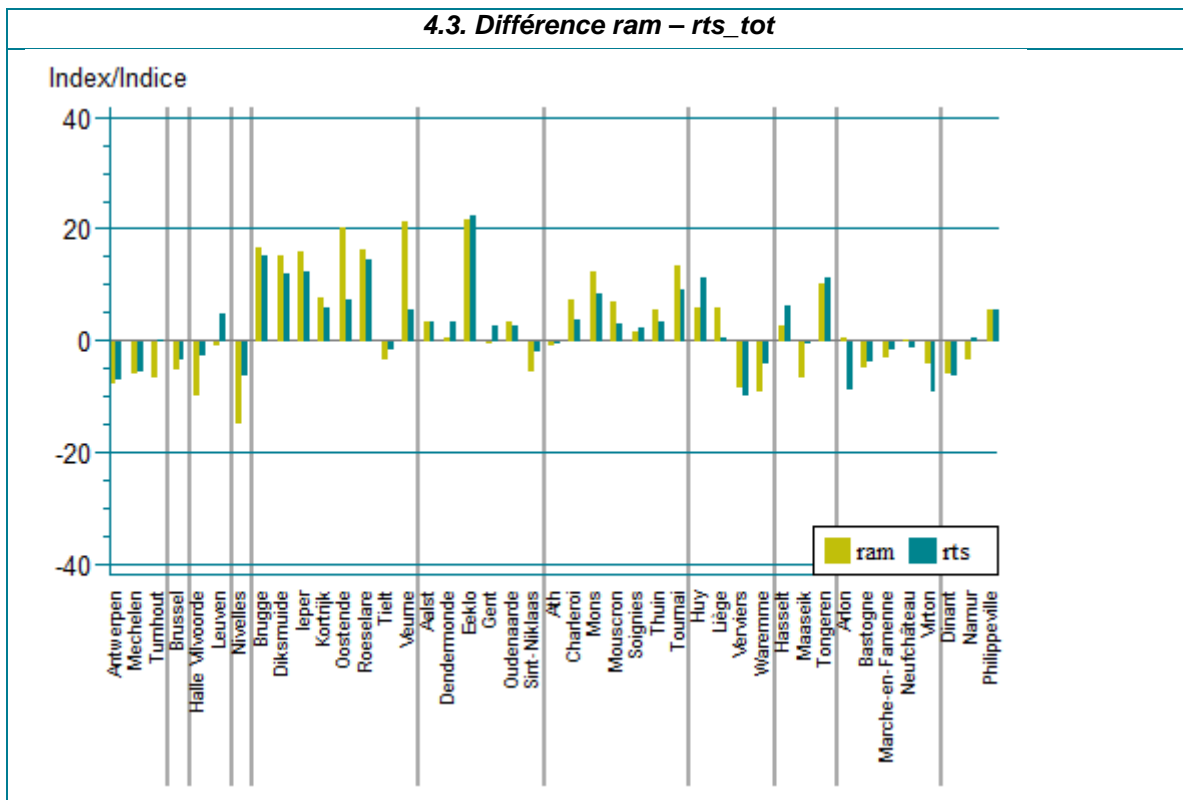
Dépense moyenne observée en 2010 = 2.108,91 €

4.1. ram_tot



4.2. rts_tot





Enfin, il est important de garder à l'esprit que la présente étude longitudinale ne contient des résultats que pour les dépenses totales. Or, ces totaux se composent de différents groupes de dépenses. Il peut donc arriver qu'un arrondissement affiche un indice plus élevé ou moins élevé dans un certain secteur (par exemple les dépenses liées au maximum à facturer), alors que dans un autre secteur (comme les dépenses en soins résidentiels et communautés), l'indice est proche de la moyenne belge. Par exemple, les dépenses en institutions psychiatriques contribuent d'une manière importante à la position occupée par l'arrondissement de Eeklo dans le graphique 4.3. Pour l'application des méthodes de standardisation à des groupes de dépenses de différentes ampleurs, nous invitons le lecteur à consulter les rapports relatifs aux données de 2006 (INAMI, 2009) et de 2009 (INAMI, 2012).

Conclusion

Dans le présent rapport, nous donnons un aperçu de l'évolution des dépenses totales de l'assurance soins de santé obligatoire en Belgique durant la période 2006-2010. Au moyen de méthodes de standardisation, nous avons tenu compte de la structure de la population des régions et des arrondissements, afin de souligner clairement les différences entre les dépenses moyennes de ces différentes entités géographiques.

L'augmentation considérable des dépenses moyennes observée entre 2006 et 2010 dans les trois régions semble résulter notamment de plusieurs mesures réglementaires prises au cours de cette période et ayant eu un impact notable: l'entrée en vigueur du statut OMNIO, l'extension du droit au remboursement aux petits risques pour les indépendants qui jouissent de la GRAPA et pour les indépendants débutants (starters) et, peu après, l'inclusion des petits risques dans l'assurance soins de santé obligatoire pour tous les indépendants. L'accroissement des dépenses s'est fortement ralenti entre 2009 et 2010. L'analyse des années suivantes indiquera si ce rythme de croissance s'est stabilisé ou non.

Au niveau régional, nous avons constaté que les différences brutes entre la Flandre et la Wallonie se sont réduites au cours de la période considérée. Ces deux régions se sont rapprochées de la moyenne belge. À Bruxelles en revanche, la dépense moyenne s'est encore davantage écartée du point de référence national. Cette observation doit être mise en perspective, en raison de l'agrégation dans la Wallonie et de la Flandre de chiffres d'arrondissements aux situations parfois très différentes, avec à la clé un effet de compensation.

Pour la majorité des années considérées, la dépense moyenne faible de Bruxelles et relativement élevée de la Wallonie semble découler de la structure de la population. Les quatre facteurs de standardisation qui ont été utilisés pour définir cette structure ne suffisent toutefois pas à expliquer l'évolution des dépenses moyennes brutes de la Flandre. L'ajout d'autres paramètres ou l'affinement de ceux qui ont été utilisés sont nécessaires pour améliorer la comparaison entre les régions et les arrondissements. Le présent rapport et ses prédécesseurs confirment néanmoins que les variations géographiques des dépenses sont associées à des facteurs identifiables.

Annexe – Géographie de la consommation médicale – Rapport longitudinal 2006-2010

Tableau 1 : Indices et moyennes bruts et obtenus par standardisation directe et indirecte pour la Belgique et pour les trois régions, période 2006-2010

	Région	Effectif	Dépenses globales (régularisations comprises)	Moyenne brute <i>(Indice brut)</i>	Moyenne attendue (stand. indirecte) <i>(indice stand. Ind.)¹</i>	Moyenne par stand. directe <i>(Indice stand. Dir.)</i>
2006	Bruxelles	948.218	1.589.660.196 €	1.676,47 € <i>(98,5)</i>	1.757,93 € <i>(95,4)</i>	1.668,89 € <i>(98,0)</i>
	Flandre	5.966.364	10.070.287.130 €	1.687,84 € <i>(99,1)</i>	1.682,85 € <i>(100,3)</i>	1.715,92 € <i>(100,8)</i>
	Wallonie	3.292.273	5.720.657.139 €	1.737,60 € <i>(102,0)</i>	1.723,19 € <i>(100,8)</i>	1.720,13 € <i>(101,0)</i>
	Belgique	10.206.854	17.380.604.465 €	1.702,84 € <i>(100,0)</i>		
2007	Bruxelles	958.943	1.658.780.636 €	1.729,80 € <i>(96,9)</i>	1.828,70 € <i>(94,6)</i>	1.729,41 € <i>(96,8)</i>
	Flandre	6.009.861	10.665.859.768 €	1.774,73 € <i>(99,4)</i>	1.765,66 € <i>(100,5)</i>	1.803,41 € <i>(101,0)</i>
	Wallonie	3.310.910	6.032.583.031 €	1.822,03 € <i>(102,0)</i>	1.809,85 € <i>(100,7)</i>	1.801,02 € <i>(100,9)</i>
	Belgique	10.279.713	18.357.223.434 €	1.786,75 € <i>(100,0)</i>		
2008	Bruxelles	973.155	1.812.860.512 €	1.862,87 € <i>(95,4)</i>	1.988,07 € <i>(93,7)</i>	1.881,08 € <i>(96,3)</i>
	Flandre	6.057.338	11.810.165.396 €	1.949,73 € <i>(99,8)</i>	1.935,44 € <i>(100,7)</i>	1.979,04 € <i>(101,3)</i>
	Wallonie	3.329.841	6.614.100.732 €	1.986,31 € <i>(101,7)</i>	1.975,72 € <i>(100,5)</i>	1.968,05 € <i>(100,8)</i>
	Belgique	10.360.334	20.237.126.639 €	1.946,80 € <i>(100,0)</i>		
2009	Bruxelles	991.702	1.949.919.909 €	1.966,24 € <i>(95,0)</i>	2.103,47 € <i>(93,5)</i>	1.994,12 € <i>(96,4)</i>
	Flandre	6.097.416	12.623.831.958 €	2.070,36 € <i>(100,0)</i>	2.051,25 € <i>(100,9)</i>	2.101,18 € <i>(101,5)</i>
	Wallonie	3.347.116	7.024.013.207 €	2.098,53 € <i>(101,4)</i>	2.092,68 € <i>(100,3)</i>	2.078,81 € <i>(100,4)</i>
	Belgique	10.436.234	21.597.765.075 €	2.069,50 € <i>(100,0)</i>		
2010	Bruxelles	1.008.847	2.017.857.199 €	2.000,16 € <i>(94,8)</i>	2.131,91 € <i>(93,8)</i>	2.042,87 € <i>(96,9)</i>
	Flandre	6.142.787	12.983.897.829 €	2.113,68 € <i>(100,2)</i>	2.092,32 € <i>(101,0)</i>	2.143,12 € <i>(101,6)</i>
	Wallonie	3.367.626	7.182.456.761 €	2.132,80 € <i>(101,1)</i>	2.132,30 € <i>(100,0)</i>	2.113,19 € <i>(100,2)</i>
	Belgique	10.519.259	22.184.211.789 €	2.108,91 € <i>(100,0)</i>		

¹ Les indices obtenus par standardisation indirecte ne peuvent pas être comparés d'une année à l'autre ou entre différentes entités géographiques. Pour des explications supplémentaires, voir les rubriques "[Méthodes de standardisation](#)" et "[Application de la méthode sur plusieurs années](#)"¹

