

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

### Calcul 2016 - Données 2013

Pour cette huitième application des montants de référence, **113 hôpitaux** étaient concernés pour un total de **298.647 séjours** « *inliers* » répartis dans les 34 groupes d'APR-DRG retenus (contre 306.580 séjours lors de la septième application).

Une nouveauté est que **293.016 séjours one-day** ont été sélectionnés (seulement pour les APR-DRG's chirurgicaux).

## 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 différences 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). **On rajoute aussi les dépenses durant la période de carence (maximum 30 jours).**

Le tableau 1 donne la distribution du total des différences (positives et négatives) de cette première étape pour les 113 hôpitaux et pour les deux dernières années d'application du système.

Résultats 2012		Résultats 2013	
Résultat Etape 1		Résultat Etape 1	
Minimum	-324.348 €	Minimum	-424.346 €
D1	-154.175 €	D1	-213.728 €
Q1	-119.685 €	Q1	-136.173 €
Médiane	-61.862 €	Médiane	-75.893 €
Q3	-22.774 €	Q3	-22.726 €
D9	-492 €	D9	-1.179 €
Maximum	187.007 €	Maximum	132.094 €
Moyenne		Moyenne	
	-71.750 €		-92.239 €
Ecart type		Ecart type	
	72.177 €		93.600 €

Tableau 1 : Distribution des résultats de l'étape 1

Suite à l'application de cette première étape, **7 hôpitaux** (aussi 7 en 2015) 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.

		2013					
		BRUXELLES		VLAANDEREN		WALLONIE	
		Sélectionnés	PAS sélectionnés	Sélectionnés	PAS sélectionnés	Sélectionnés	PAS sélectionnés
2012	Sélectionnés	3	3	/	/	/	1
	PAS sélect.	2	/	1	/	1	/

## II. Analyse des résultats de l'étape 2

Le principe de cette seconde étape est identique à celle de la première étape avec trois 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 ;
3. Les montants remboursés sont corrigés par groupe de prestation pro rata les dépenses durant les séjours (classique et one-day) versus les dépenses durant la période de carence.

Suite à l'application de cette seconde étape, le montant total à rembourser par les 7 hôpitaux est de **1.227.980 €** (contre 1.561.288 € en 2015).

Le tableau 2 donne la distribution, pour les données 2012 et 2013, des montants à rembourser par les 7 hôpitaux.

Résultats 2012		Résultats 2013	
Résultats Etape 2		Résultats Etape 2	
Minimum	18.309 €	Minimum	2.245 €
D1	18.309 €	D1	2.245 €
Q1	160.228 €	Q1	85.219 €
Médiane	204.613 €	Médiane	169.122 €
Q3	326.615 €	Q3	266.096 €
D9	380.297 €	D9	295.065 €
Maximum	380.297 €	Maximum	295.065 €
Moyenne	223.041 €	Moyenne	175.426 €
Ecart type	122.025 €	Ecart type	104.454 €

Tableau 2 : Distribution des résultats de l'étape 2

Le tableau 3a 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 classiques et one-day, pas les dépenses durant la période de carence).

	Dépenses totales	Montants récupérés	%
Imagerie médicale	15.104369 €	263.122 €	1,7 %
Biologie clinique	6.252.905 €	226.983 €	3,6 %
Prestations techniques	32.591.772 €	737.875 €	2,3 %
<b>TOTAL</b>	<b>53.949.046 €</b>	<b>1.227.980 €</b>	<b>2,3 %</b>

Tableau 3a

Ces chiffres ne sont plus comparables avec les années précédentes suite à l'ajout des séjours one-day.

Le tableau 3b donne, par groupe de prestations, les dépenses prises en considération durant la période de carence, ventilé par type de séjour.

	Hosp. classique	Hosp. de jour	Total
Imagerie médicale	5.685.680 €	4.044.426 €	<b>9.730.106 €</b>
Biologie clinique	2.306324 €	1.427.627 €	<b>3.733.951 €</b>
Prestations techniques	3.340.552 €	3.388.472 €	<b>6.729.024 €</b>
<b>TOTAL</b>	<b>11.332.556 €</b>	<b>8.860.525 €</b>	<b>20.193.081 €</b>

Tableau 3b

## 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	976.359 €	5	195.272 €
VLAANDEREN	85.219 €	1	85.219 €
WALLONIE	166.402 €	1	166.402 €
<b>TOTAL</b>	<b>1.227.980 €</b>	<b>7</b>	<b>175.426 €</b>

Tableau 4

Par rapport à 2015, on notera une diminution du montant moyen total par hôpital (223.041 euros en 2015).

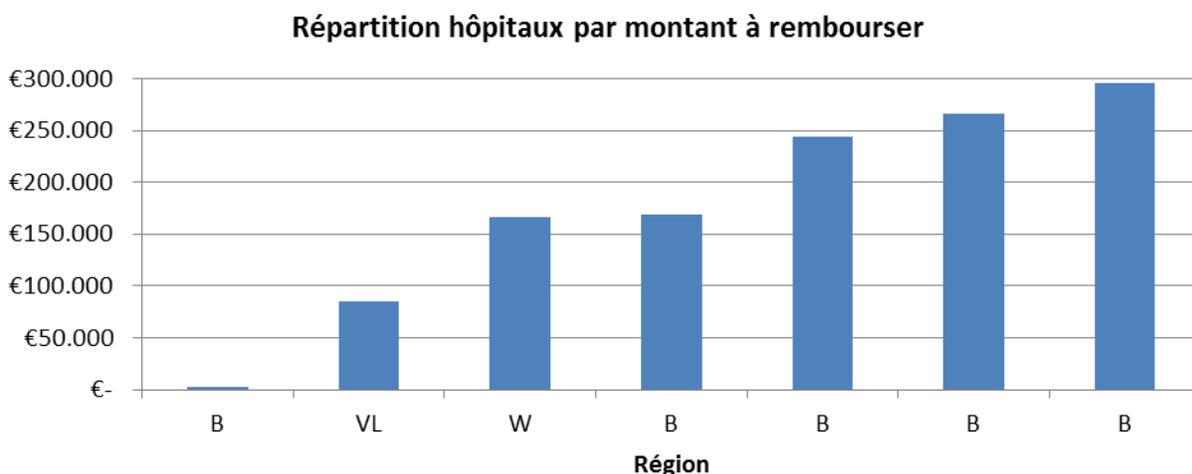
Le tableau 5 donne, par région, le nombre total d'hôpitaux (+%), le nombre d'hôpitaux sélectionnés (+%) ainsi que le montant à rembourser (+%).

	Nbre d'hôp	En %	Nbre d'hôp Sélectionnés	En %	Montant à rembourser	En %
BRUXELLES	15	13,3 %	5	71,4 %	976.359 €	79,5 %
VLAANDEREN	55	48,7 %	1	14,3 %	85.219 €	6,9 %
WALLONIE	43	38,1 %	1	14,3 %	166.402 €	13,6 %
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>		<b>7</b>		<b>1.227.980 €</b>	

Tableau 5

Nous pouvons constater que le nombre d'hôpitaux sélectionnés à Bruxelles diminue de 6 à 5 et qu'en Wallonie ça reste stable à 1. Cette année un hôpital flamand a été sélectionné. Ceci a pour conséquence que les hôpitaux bruxellois resteront surreprésentés dans la part des hôpitaux sélectionnés et dans les montants à rembourser par rapport à leur part dans le total des hôpitaux.

Le graphique 1 classe les 7 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	0 €
NON	1.227.980 €	7	175.426 €
<b>TOTAL</b>	<b>1.227.980 €</b>	<b>7</b>	<b>175.426 €</b>

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	6,2 %	0	0,0 %	0 €	0,0 %
NON	106	93,8 %	7	100,0 %	1.227.980 €	100,0 %
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>		<b>7</b>		<b>1.227.980 €</b>	

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	434.743 €	3	144.914 €
PUBLIC	793.237 €	4	198.309 €
<b>TOTAL</b>	<b>1.227.980 €</b>	<b>7</b>	<b>175.426 €</b>

Tableau 8

Par rapport à 2015, on notera pour les deux catégories que le nombre d'hôpitaux sélectionnés reste stable et que le montant moyen diminue, pour le secteur « privé » dans une telle mesure (- 64.000 euros) qu'il est inférieure au montant moyen « public ».

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	77	68,1 %	3	42,9 %	434.743 €	35,4 %
PUBLIC	36	31,9 %	4	57,1 %	793.237 €	64,6 %
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>		<b>7</b>		<b>1.227.980 €</b>	

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 à leur part qu'ils représentent dans les hôpitaux sélectionnés.

### III. Période de carens

Dans cette huitième édition des montants de référence, une période de carance a été définie. Ceci implique que les dépenses réalisées pendant cette période avant le séjour, pour les trois groupes de prestations, sont rajoutées aux dépenses pendant le séjour même.

Cette période de carence ne s'applique que pour les APR-DRG's chirurgicaux (maximum de 30 jours). Elle est interrompue par un séjour précédant.

Ainsi on a calculé pour 228.177 séjours classiques et pour 257.655 hospitalisations de jour une période de carence

Le tableau 10 donne les résultats de ce calcul.

Hospitalisation classique		Hospitalisation de jour	
Période de carence (jours)	# séjours	Période de carence (jours)	# séjours
-	4.830	-	969
1	1.459	1	453
2	1.228	2	436
3	1.072	3	447
4	1.018	4	470
5	1.316	5	664
6	929	6	10.770
7	809	7	561
8	699	8	561
9	683	9	485
10	699	10	509
11	688	11	553
12	901	12	604
13	758	13	8.628
14	602	14	477
15	523	15	462
16	522	16	423
17	555	17	401
18	603	18	502
19	693	19	538
20	610	20	3.871
21	511	21	458
22	442	22	377
23	487	23	380
24	461	24	372
25	522	25	405
26	628	26	466
27	542	27	4.070
28	429	28	421
29	479	29	361
30	202.479	30	217.561
<b>Total</b>	<b>228.177</b>	<b>Total</b>	<b>257.655</b>

Tableau 10

## IV. Historique des montants de référence

Depuis l'instauration des montants de référence en 2009, un montant total de 28.418.745 euro a été récupéré dans 56 hôpitaux différents. Le tableau 11 donne un aperçu des montants récupéré par année et le nombre d'hôpitaux concernés.

Année - calcul	Année - séjours	Montants récupérés	# hôpitaux
2009	2006	5.982.577	34
2010	2007	5.410.342	32
2011	2008	4.944.073	30
2012	2009	3.549.798	23
2013	2010	3.413.324	19
2014	2011	2.329.364	10
2015	2012	1.561.288	7
2016	2013	1.227.980	7
<b>Total</b>		<b>28.418.745</b>	<b>56</b>

Tableau 11

Au total 56 hôpitaux ont dû faire un ou plusieurs remboursements. Le tableau 12 indique combien d'hôpitaux ont été sélectionnés une ou plusieurs fois, la somme des montants récupérés et leur pourcentage du total.

# remboursements	# hôpitaux	Montants récupérés	%
1	17	3.138.337	11,04 %
2	11	3.422.408	12,04 %
3	10	6.672.628	23,48 %
4	7	4.885.696	17,19 %
5	5	3.031.508	10,67 %
6	3	2.238.443	7,88 %
7	2	2.500.414	8,80 %
8	1	2.529.310	8,90 %
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>28.418.745</b>	

Tableau 12

Le tableau 12 montre que un seul hôpital a été sélectionné huit fois (donc chaque année) et qu'il représente à lui seul 8,90 % des montants récupérés.

Si on rajoute au tableau 12 la notion région, on obtiens le tableau 13 :

Région / # remboursements	# hôpitaux	Montants récupérés	%
<b>Bruxelles</b>	<b>12</b>	<b>10.144.309</b>	<b>35,70 %</b>
1	2	199.850	0,70 %
2	1	174.536	0,61 %
3	2	1.440.048	5,07 %
4	1	1.606.756	5,65 %
5	1	99.311	0,35 %
6	2	1.594.086	5,61 %
7	2	2.500.414	8,80 %
8	1	2.529.310	8,90 %
<b>Flandre</b>	<b>17</b>	<b>4.860.865</b>	<b>17,10 %</b>
1	11	2.215.507	7,80 %
2	3	716.335	2,52 %
3	3	1.929.022	6,79 %
<b>Wallonie</b>	<b>27</b>	<b>13.413.571</b>	<b>47,20 %</b>
1	4	722.980	2,54 %
2	7	2.531.537	8,91 %
3	5	3.303.558	11,62 %
4	6	3.278.940	11,54 %
5	4	2.932.197	10,32 %
6	1	644.358	2,27 %
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>28.418.745</b>	

Tableau 13

Tableau 13 indique que la Wallonie représente 47,20 % des montants récupérés, suivis par Bruxelles avec 35,70 % et la Flandre avec 17,10%.

On peut aussi constater qu'en Flandre le nombre maximal de remboursements par hôpital s'élève à trois, en Wallonie à six et à Bruxelles à huit.