

## La performance des hôpitaux belges : le cas des accouchements et des césariennes

Joeri Guillaume, Murielle Lona (Service Etudes) et la Direction médicale  
Union Nationale des Mutualités Libres (U.N.M.L.) de Belgique

### Introduction

Notre article étudie les accouchements et césariennes ; les données sont reconstituées indirectement à l'aide des codes de prestations. A l'heure actuelle, seule cette possibilité d'affinement nous est offerte puisque nous n'avons pas connaissance du diagnostic médical; en effet, nous ne disposons pas du Résumé Clinique Minimum (R.C.M.) des hôpitaux qui est centralisé au Ministère de la Santé Publique. *Aucun facteur de comorbidité, aucune indication de la sévérité des cas traités* ne nous est transmis et **c'est l'âge du patient** (donnée recensée par les Organismes Assureurs) qui est susceptible de constituer un indicateur de la lourdeur de la pathologie traitée.

La méthodologie que nous avons employée est basée sur l'algorithme de classification établi par un groupe de travail de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) chargé en 1989 de l'introduction d'une nouvelle forme de financement de la biologie clinique en milieu hospitalier.

Sur base des données de facturation ayant trait à un séjour survenu au cours de l'année 1995<sup>1</sup>, nous avons analysé la performance de tous les hôpitaux belges pour lesquels au moins un séjour comptabilisant un pseudo-DRG 370 (césariennes) ou 373 (accouchements) a été enregistré aux Mutualités Libres (cfr. 2. la méthodologie).

Cette performance est de nature économique et elle porte uniquement sur l'aspect quantitatif, mesurable ; en aucun cas, un avis n'a été émis sur **la qualité des soins** fournis par les diverses institutions hospitalières.

La performance a été donc mesurée au moyen des paramètres suivants :

- ❶ En assurance obligatoire
  - en durée de séjour,
  - en dépenses hors journée d'entretien<sup>2</sup> et forfaits,
  - en dépenses totales (y compris le prix de journée d'entretien et les forfaits),
- ❷ En assurance hospitalisation proposée par l'Union (Hospitalia)
  - en dépenses indemnisées par l'assurance Hospitalia.
  - La méthodologie

<sup>1</sup> La date de début de séjour est comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier 1995 et le 31 décembre 1995.

<sup>2</sup> Le prix de la journée d'hospitalisation est fixé par arrêté ministériel pour une année. Il couvre les frais suivants: les amortissements, les charges financières, les frais d'hôtellerie, les frais de personnel soignant, les médicaments courants, les pansements, les produits médicaux de consommation, les petits instruments, les produits pour la dispensation des soins, les frais de conservation du sang. Un budget global est établi annuellement. Ce budget global est fixé en fonction de critères d'activité médicales et infirmières, en fonction également des durées moyennes de séjour et des taux d'occupation des services. Par ailleurs, l'hôpital se voit attribuer un quota annuel de journée d'hospitalisation facturables. La division du budget global par ce quota constitue le prix de journée. Il s'agit donc d'un mode de liquidation du budget annuel alloué à chaque hôpital par le Ministère de la Santé Publique pour couvrir les frais évoqués ci-dessus et ce prix de journée ne présente aucun lien avec la pathologie pour laquelle le patient est hospitalisé. Des modalités de « rattrapage » sont également prévues, lorsqu'un hôpital n'atteint pas – et par conséquent ne touche pas l'entière du budget auquel il a droit – ou dépasse – auquel cas il reçoit trop de moyens financiers pour couvrir ses frais « fixes » - son quota annuel.

## 1. La méthodologie

### 1.1. La constitution des pseudo-DRG

Dans le cadre de la politique du financement des hôpitaux, les données médicales (résumé clinique minimum) sont actuellement employées : le Ministère de la Santé Publique s'est inspiré de la méthodologie de R. Fetter qui a développé un système de classification des pathologies (Diagnosis Related Groups). Les Diagnosis Related Groups (D.R.G.), construits à l'aide d'un arbre décisionnel, sont des groupes homogènes de malades tant sur le plan de la pathologie médicale que du coût. Ce système a été appliqué et mis au point aux Etats-Unis pour le paiement prospectif des patients Medicare hospitalisés. La constitution des D.R.G. en Belgique a donné lieu à 617 groupes homogènes de pathologies.

Ne disposant pas des données cliniques (données exclusivement traitées par le Ministère de la Santé Publique), l'INAMI et les Organismes Assureurs ont reconstruit des groupes de pathologies (théoriques) homogènes à partir des données de facturation envoyées par les hôpitaux aux Organismes Assureurs. Les factures hospitalières contiennent en effet des informations importantes, les codes nomenclature, qui fournissent une indication sur la prestation. 1274 numéros de code nomenclature (prestations) ont été rassemblés en groupes de pathologies homogènes sur base des D.R.G. (pseudo-DRG). Actuellement, 130 pseudo-DRG ont été créés et parmi ceux-ci, ce sont les pseudo-DRG chirurgicaux qui semblent les plus fiables; ils sont utilisés dans la méthode de financement de la biologie clinique en milieu hospitalier. Nous avons sélectionné pour notre étude des pseudo-D.R.G. (chirurgicaux) fréquemment rencontrés. Un algorithme de classification a été développé afin d'attribuer à chaque séjour hospitalier ses pseudo-DRG propres et de déterminer le pseudo-DRG principal en fonction d'une règle hiérarchique se basant en outre sur le pseudo-DRG, sa nature (chirurgie, médecine, obstétrique, pédiatrie), le nombre de pseudo-DRG rencontrés, la durée moyenne de séjour,... En 1995, sur les 251.603 séjours hospitaliers comptabilisés par les Mutualités Libres, cet algorithme a permis d'attribuer un pseudo-DRG principal à 67% des séjours.

L'originalité de cette approche repose sur le fait qu'elle permet à un organisme assureur d'avoir une vision des pathologies traitées au sein des différents hôpitaux. Cette utilisation des données comptables comporte un biais : en effet, **elle n'intègre pas la sévérité des cas rencontrés**. Mais, comme les données financières à l'origine des pseudo-DRG passent plusieurs stades de contrôle, tout porte à croire qu'elles peuvent parfois être plus précises que les données recueillies sur base du R.C.M. La rédaction des R.C.M. est en effet laissée à l'entière liberté des institutions hospitalières, sans contrôle systématisé actuellement. Des études sont en cours afin de déterminer la correspondance entre les DRG théoriques (pseudo) et les DRG réels.

*Ainsi, pour l'anecdote, il s'est avéré qu'un important hôpital bruxellois avait « perdu » plus d'un tiers de ses naissances pratiquées sur des affiliés des Mutualités Libres : alors qu'une base de données financières comptait 1.500 cas, celle des DRG de l'hôpital n'en recensait que 1.000.*

### 1.2. La standardisation

La standardisation est un outil de base permettant de comparer des taux. Il existe deux types de standardisation : la standardisation directe et indirecte.

Les hôpitaux sont comparés à une référence standard selon la méthodologie de standardisation indirecte. Prenons un exemple relatif au coût moyen. La standardisation par pseudo-DRG consiste à comparer les coûts moyens de chaque hôpital par rapport aux coûts moyens obtenus sur l'échantillon comprenant l'ensemble des hôpitaux ayant facturé un séjour à l'Union.

La standardisation indirecte revient à calculer quels seraient les coûts moyens de l'hôpital X s'il soignait ses propres patients avec les coûts moyens par groupe de pathologie obtenus sur

*l'échantillon standard*<sup>3</sup>. La standardisation indirecte vise à identifier l'écart dû aux différences de moyennes de coût entre l'hôpital X et l'échantillon standard.

## 2. La banque de données des séjours hospitaliers 1995

### 2.1. Les données

En 1995, 251.603 séjours classiques (hors hospitalisation de jour) ont été enregistrés en assurance obligatoire et parmi eux, 41.886 sont liés à l'assurance Hospitalia (16,6%). Ces séjours ont été effectués par *nos membres* dans un hôpital aigu. Hospitalia est une assurance facultative offerte aux affiliés des Mutualités Libres et elle rembourse, dans certaines limites, les frais d'hospitalisation qui ne sont pas pris en charge par l'assurance soins de santé obligatoire. De manière générale, Hospitalia offre une couverture complémentaire plus que satisfaisante en dehors de certains établissements hospitaliers de la Région bruxelloise.

Les accouchements et césariennes représentent 16.929 séjours enregistrés par les Mutualités Libres en 1995, c'est-à-dire près de 7% de l'ensemble des séjours. Ils forment la première « pseudo-pathologie » (cause d'hospitalisation) de l'Union. Dans les factures adressées par les hôpitaux, ce sont des « pathologies » facilement identifiables grâce au numéro de nomenclature (ou de prestation) donnant lieu au remboursement. Le choix de ces deux « pseudo-pathologies » est assez pertinent car des études en cours ont démontré la validité de notre approche pour les césariennes et accouchements. Après validation interne des données financières (cfr. 2.1. la constitution des pseudo-DRG), le nombre de cas mesuré à l'aide de celles-ci (pseudo-DRG), est identique au nombre de cas mesuré à l'aide des données cliniques (DRG).

En 1995, 14.683 accouchements ont été enregistrés contre 2.246 césariennes. Le taux de césariennes à l'Union est ainsi de 13,3%. Ce taux est inférieur à la moyenne du pays basée sur l'ensemble des facturations hospitalières : 15,9%<sup>4</sup>.

### 2.2. Comparaison interhospitalière

L'agrégation des données individuelles par hôpital montre l'existence de variations importantes entre les diverses institutions. Les tableaux ci-après indiquent, pour les accouchements et pour les césariennes, la moyenne de l'Union et les niveaux minimum et maximum des variables étudiées (les coûts et la durée de séjour) rencontrés dans certains hôpitaux.

Accouchements : coûts et durée en l'assurance obligatoire et Hospitalia

Statistiques	Assurance obligatoire 14.683 séjours			Hospitalia 2.153 cas
	Coût total (BEF)	Coût variable (BEF)	Durée (jours)	Coût AH (BEF)
Minimum	42 360	9 421	4,8	6 447
Maximum	104 031	28 881	9,2	30 243
<b>Moyenne</b>	<b>63 057</b>	<b>20 822</b>	<b>6,2</b>	<b>20 599</b>

Sous coût variable, nous entendons cette partie des coûts à charge de l'assurance obligatoire qui permet de comparer les hôpitaux entre eux : il s'agit principalement des honoraires médicaux au sens large et des dépenses en provenance de la pharmacie hospitalière (médicaments, prothèses, implants,...).

<sup>3</sup> Par contre, dans la standardisation directe, on se demande quels seraient les coûts moyens de l'hôpital X s'il soignait les malades de l'échantillon standard avec ses propres coûts moyens.

<sup>4</sup> INAMI, Note du Comité de l'Assurance, « Evolution des dépenses de l'assurance soins de santé entre 1994 et 1995 par code nomenclature », 1997, p 20

Le coût total est obtenu en multipliant le nombre de journées d'hospitalisation par le prix de la journée d'entretien, à ce montant sont ajoutés le coût variable et les forfaits.

En moyenne, un accouchement coûte à la collectivité 21.000 BEF et la durée d'hospitalisation est de 6 jours. Le coût total comprenant les honoraires, la pharmacie hospitalière, le prix de la journée d'entretien et les forfaits est trois fois plus élevé. Pour les patientes demandant l'intervention de l'assurance Hospitalia, il y a un remboursement de l'ordre de grandeur du coût variable.

Césariennes : coûts et durée de l'assurance obligatoire et Hospitalia

Statistiques	Assurance obligatoire 2.246 séjours			Hospitalia 391 cas
	Coût total (BEF)	Coût variable (BEF)	Durée (jours)	Coût AH (BEF)
Minimum	62 152	24 864	7	4 528
Maximum	192 113	80 007	20,6	70 359
<b>Moyenne</b>	<b>111 081</b>	<b>46 285</b>	<b>9,7</b>	<b>33 383</b>

En moyenne, pour les césariennes, le coût variable se chiffre à 46.000 BEF et la durée de séjour est de près de 10 jours. Le coût total représente plus du double du coût variable (111.000 BEF). Enfin, Hospitalia intervient à concurrence de 33.000 BEF.

Les données minimales et maximales en termes de coût et de durée de séjour indiquent l'existence de valeurs extrêmes. Ces valeurs hors normes (outliers<sup>5</sup>) sont des séjours qui ont une durée de séjour ou des dépenses hors journées d'entretien extrêmement élevées ou faibles par rapport à la moyenne observée au sein du groupe de pathologie auquel ils appartiennent. Ces séjours ne seront pas inclus dans la suite de l'analyse.

### 2.3. Comparaisons régionale et provinciale

Le tableau ci-après présente, par Région (Bruxelles Capitale, Flandre et Wallonie) et par province, le nombre de naissances enregistrées aux Mutualités Libres (en assurance obligatoire et en assurance Hospitalia), la ventilation de celles-ci par province (et Région), le pourcentage de naissances couvertes par Hospitalia et le pourcentage de césariennes. L'unité d'analyse est la naissance à l'hôpital (et non le domicile du bénéficiaire). C'est donc sur base de l'hôpital que l'agrégation des données a été effectuée.

Comme ce tableau se réfère uniquement aux affiliées des Mutualités Libres, les résultats ne sont en aucun cas applicables à la Belgique. Le nombre de naissances par Région n'est pas directement analysable : il dépend de trop de facteurs (la répartition des affiliés par Région,...).

La **Wallonie** se caractérise par le nombre le plus élevé d'accouchements et césariennes ainsi que le pourcentage le plus élevé de membres couverts par l'assurance Hospitalia. Bien que le nombre de naissances à **Bruxelles** soit relativement élevé, il semble que les patientes ne soient pas couvertes par l'assurance complémentaire de l'Union ; elles sont probablement affiliées auprès d'une autre compagnie d'assurance. Enfin, environ 28% des naissances comptabilisées à l'Union sont réalisés en **Flandre**.

Le taux de césariennes de l'Union se chiffre à 13,3% : la **Flandre** et la **Wallonie** se situent légèrement au-dessus de ce taux. Un examen par province montre que ce taux est inégalement distribué. Ainsi, en

<sup>5</sup> Sont considérés comme outliers grands, les séjours dont la durée (les dépenses hors journée d'entretien) est supérieure à  $Q_3 + 2 * (Q_3 - Q_1)$  où  $Q_1$  est le 1° quartile et  $Q_3$  est le 3° quartile. Sont considérés comme outliers petits, les séjours dont la durée (les dépenses hors journée d'entretien) est inférieure à :  $exp(\ln Q_1 - 2 * (\ln Q_3 - \ln Q_1))$ . Une condition supplémentaire a été ajoutée pour la durée moyenne de séjour : la limite inférieure doit correspondre à une valeur inférieure d'au moins trois jours à la durée moyenne de séjour et la limite supérieure doit correspondre à une valeur supérieure d'au moins huit jours à la durée moyenne de séjour pour ce pseudo-DRG et ce sous-groupe.

**Flandre**, la province d'*Anvers* présente un taux supérieur à la moyenne tandis que les autres provinces flamandes pratiquent moins de césariennes. En **Wallonie**, ce sont les provinces de *Liège* et du *Hainaut* qui ont le taux le plus élevé.

Province	Séjours ass. obligatoire (nombre)	Séjours ass. Hospitalia (nombre)	% Naissances	% Hospitalia	% césariennes
Bruxelles	6 036	477	35,7%	7,9%	12,9%
<b>Bruxelles</b>	<b>6 036</b>	<b>477</b>	<b>35,7%</b>	<b>7,9%</b>	<b>12,9%</b>
Anvers	1 924	375	11,4%	19,5%	14,4%
Brabant Flama	747	68	4,4%	9,1%	12,3%
Flandre Occ.	782	187	4,6%	23,9%	12,0%
Flandre Or.	910	158	5,4%	17,4%	13,2%
Limbourg	329	76	1,9%	23,1%	13,1%
<b>Flandre</b>	<b>4 692</b>	<b>864</b>	<b>27,7%</b>	<b>18,4%</b>	<b>13,4%</b>
Brabant Wallor	736	70	4,3%	9,5%	10,1%
Hainaut	2 308	305	13,6%	13,2%	13,8%
Liège	2 420	700	14,3%	28,9%	15,4%
Luxembourg	208	37	1,2%	17,8%	10,6%
Namur	529	91	3,1%	17,2%	10,6%
<b>Wallonie</b>	<b>6 201</b>	<b>1 203</b>	<b>36,6%</b>	<b>19,4%</b>	<b>13,6%</b>
<b>Union</b>	<b>16 929</b>	<b>2 544</b>	<b>100,0%</b>	<b>15,0%</b>	<b>13,3%</b>

### 3. Analyse de la performance des hôpitaux

#### 3.1. Introduction

La performance de l'hôpital a été déterminée sur base de la standardisation indirecte.

1. Calcul de la moyenne de la durée de séjour et des dépenses observées par séjour au sein de chaque hôpital
2. Calcul des moyennes observées pour le pseudo-DRG étudié (370 ou 373) au sein de l'échantillon de référence (l'ensemble des hôpitaux aigus fréquentés par nos affiliés)
3. Attribution à chaque séjour de l'hôpital de la valeur moyenne observée sur l'échantillon de référence en fonction du pseudo-DRG
4. Calcul de l'écart entre :
  - durée moyenne de séjour **observée** et **standardisée**
  - dépenses **observées** et **standardisées**.

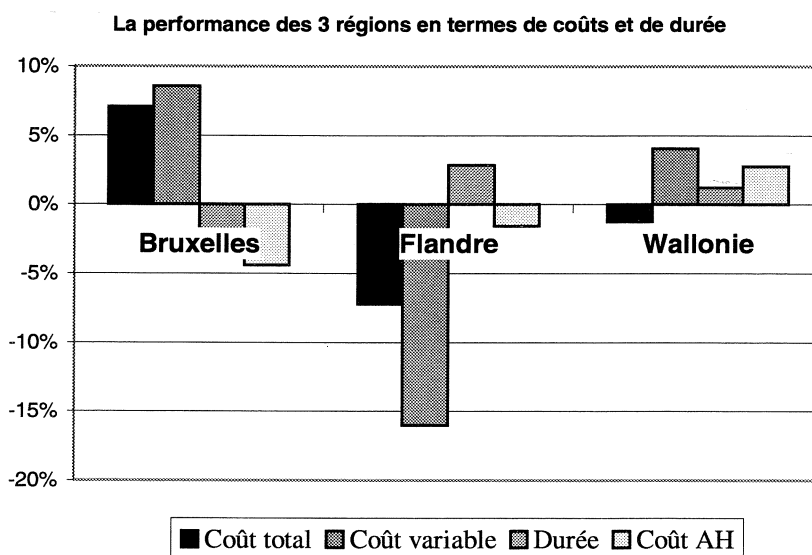
Nous avons examiné les 3 Régions, les provinces et les hôpitaux en comparant leurs performances respectives ; elle a été mesurée de la façon suivante :

- en durée de séjour;
- en dépenses hors journée d'entretien et forfaits : ce sont les honoraires médicaux et médicaments, prothèses et implants délivrés dans le cadre d'une hospitalisation ;
- en dépenses totales (y compris le prix de journée d'entretien et les forfaits); nous qualifierons cette performance de « performance en responsabilisation financière » ;
- en coût de l'assurance Hospitalia.

Nous considérons l'indicateur de coût total comme quelque chose d'absurde puisque l'on compare des paramètres non comparables. En effet, étant donné les différences dans le prix de journée entre les hôpitaux (mode de liquidation du budget global), il est impossible, sur base de cet indicateur, d'évaluer, de manière sensée la performance des hôpitaux considérés. En tant qu'organisme assureur, nous devons cependant tenir compte d'un tel coût global. Dans le contexte belge, les Organismes Assureurs (OA) sont responsabilisés financièrement pour une partie de leurs dépenses. Lorsqu'un OA dépense plus que ce qu'il n'est censé dépasser, il est tenu de prendre en charge une partie de cette différence en demandant une cotisation complémentaire à ses membres.

**La performance est exprimée en pourcentage. Lorsque la valeur attribuée à un hôpital est positive, l'hôpital utilise plus de ressources que la moyenne de son groupe de référence pour traiter les 2 « pathologies (théoriques) » : il est par conséquent « non performant ». Les valeurs positives sont exprimées en gras dans nos tableaux.**

### 3.2. Performance régionale



En termes de **coûts liés à l'exécution de l'assurance obligatoire**, la Région de Bruxelles-Capitale apparaît comme surconsommatrice : ceci est expliqué en partie par la présence d'hôpitaux « chers » (dont les hôpitaux universitaires) dont le prix de journée est relativement élevé. La présence de trois hôpitaux universitaires sur le territoire bruxellois pourrait également laisser supposer que ceux-ci se trouvent confrontés à relativement plus de grossesses à risques, ce qui pourrait expliquer partiellement la surconsommation en coût variable. A l'opposé, en Flandre, les deux bâtonnets représentant le coût sont dirigés vers le bas, la Région présente un comportement performant pour ces deux « pathologies ». La Région wallonne se situe au-dessus de la moyenne de l'Union en coût variable, par contre, une moindre dépense en journée d'entretien et en forfaits lui permet un meilleur résultat financier en coût total. Rappelons que le coût total est composé essentiellement de trois paramètres : la durée de séjour, le prix de la journée d'entretien et le coût variable. Comme la Région wallonne est caractérisée par des prestations « négatives » en coût variable et en durée et qu'elle enregistre de bons scores en coût total, il est logique de supposer que le coût unitaire du prix de la journée d'entretien, *relativement faible*, soit à l'origine de cette situation.

En terme de **durée de séjour**, Bruxelles consomme moins de journées d'hospitalisation engendrées par la maternité que la moyenne nationale tandis que les deux autres Régions réalisent de moins bons scores. Il serait intéressant de détecter les facteurs justifiant ces comportements différents. Par exemple, une durée plus faible dans la Capitale pourrait être liée à l'offre de lits de

maternité déficitaire par rapport au nombre de naissances et à la multiparité de la mère. La population bruxelloise est caractérisée par une proportion importante de femmes étrangères surtout issues de l'émigration : une femme bruxelloise sur 4 est non-belge alors qu'au niveau du Royaume, cette proportion est de moins d'une femme sur 10. Or, le nombre moyen de naissances par femme est plus élevée chez les étrangères que chez les Belges (à Bruxelles, ce nombre est de 1,54 pour les Belges et de 2,28 pour les étrangères, année 1990)<sup>6</sup>. Les statistiques du Ministère de la Santé Publique confirment cette hypothèse. Le nombre de naissances par lit de maternité était de 41 à Bruxelles, de 31 en Flandre et de 32 en Wallonie en 1994 (la moyenne nationale se situe à 32)<sup>7</sup>.

En ce qui concerne la performance du **coût de l'assurance Hospitalia**, les écarts des 3 Régions par rapport à la moyenne sont faibles. Ils se situent entre -4,4% à Bruxelles et +2,8% en Wallonie.

### 3.3. Performance provinciale

Le tableau ci-après présente par province et Région, la répartition des séjours normaux (à l'exclusion des outliers) de l'assurance obligatoire et de l'assurance Hospitalia ainsi que les différents types de performance (en termes de coût et de durée de séjour).

La réalité dégagée au niveau des Régions reflète-t-elle les comportements provinciaux ?

Nous n'examinerons plus **Bruxelles-Capitale** qui a fait l'objet d'un commentaire dans la section précédente.

De manière générale, en **Flandre**, les bonnes prestations observées au niveau des coûts de l'assurance obligatoire se retrouvent lorsqu'on étudie les provinces. Il est cependant significatif de constater que le Brabant flamand, qui compte un hôpital universitaire sur les 8 maternités présentes, se voit infliger une performance en coût total « négative », de par la dominance de cet hôpital au sein du paysage hospitalier provincial. Il en va de même pour la performance en terme de durée de séjour où toutes les provinces consomment plus de journées d'hospitalisation que la moyenne de l'Union<sup>8</sup>. En terme d'assurance Hospitalia, les résultats sont plus mitigés : certaines provinces consomment plus que la moyenne et d'autres moins.

En **Wallonie**, il convient de remarquer que plus de 75% des accouchements ont lieu dans le Hainaut ou dans la province de Liège. Il n'est dès lors pas surprenant de constater que les bonnes prestations de la Région en terme de coût total sont observées également dans ces deux provinces et que les moins bons scores en termes de coûts variables et de durée de séjour se retrouvent aussi dans le Hainaut et à Liège. En matière d'assurance Hospitalia, les différentes provinces ont des résultats variant de -16,9% (Hainaut) à +11,9% (Liège). Enfin, notons le comportement atypique du Brabant wallon qui présente un parallélisme avec la Région de Bruxelles<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> Institut National de Statistiques, « Statistiques Démographiques. Données sur la fécondité des Belges et Etrangers par Région », 1995, p 52, 53

<sup>7</sup> Ministère de la Santé Publique, « Annuaire Statistique des Hôpitaux. Partie 2 : Rapport Annuel », 1995, p181

<sup>8</sup> Pour la Flandre, la mauvaise performance en durée pourrait s'expliquer par la natalité plus faible.

<sup>9</sup> Bruxelles-Capitale, la Brabant flamand et le Brabant wallon formaient la province du Brabant jusqu'en 1995.

Performance provinciale des accouchements et césariennes

Provinces	Séjours AO hors outliers (nombre)	Coût total (BEF)	Coût variable (BEF)	Durée (jours)	Séjours AH hors outliers (nombre)	Coût AH (BEF)
Bruxelles	5 675	7,1%	8,6%	-3,5%	452	-4,4%
<b>Bruxelles</b>	<b>5 675</b>	<b>7,1%</b>	<b>8,6%</b>	<b>-3,5%</b>	<b>452</b>	<b>-4,4%</b>
Anvers	1 845	-8,4%	-18,0%	2,1%	357	-1,1%
Brabant Fl	714	0,9%	-13,0%	4,1%	61	-2,3%
Flandre Occ.	757	-10,0%	-12,1%	5,2%	182	1,9%
FlandreOr.	879	-7,7%	-15,9%	0,2%	154	3,1%
Limbourg	314	-11,4%	-20,8%	5,9%	75	-20,2%
<b>Flandre</b>	<b>4 509</b>	<b>-7,2%</b>	<b>-16,0%</b>	<b>2,8%</b>	<b>829</b>	<b>-1,6%</b>
Brabant Wal	704	3,0%	3,8%	-2,2%	66	-8,6%
Hainaut	2 190	-1,2%	5,7%	2,7%	294	-16,9%
Liège	2 316	-1,3%	6,5%	2,7%	674	11,9%
Luxembourg	199	-8,6%	-5,9%	-2,5%	34	2,8%
Namur	516	-3,8%	-10,7%	-5,7%	91	6,5%
<b>Wallonie</b>	<b>5 925</b>	<b>-1,2%</b>	<b>4,0%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1 159</b>	<b>2,8%</b>

### 3.4. Performance des hôpitaux

Au sein de chaque province, nous avons sélectionné l'hôpital (H) ou l'hôpital universitaire (HU) réalisant le plus d'accouchements et césariennes. Nous avons ajouté à notre liste l'hôpital universitaire le plus important en termes de naissances pour les Mutualités Libres. L'institution choisie constitue, en général, le centre de référence provincial.

Le tableau ci-après indique, pour les 12 hôpitaux sélectionnés, l'hôpital, la province et Région, le nombre d'accouchements par voie vaginale, le nombre de césariennes, le total ainsi que le pourcentage de césariennes.

Les 12 hôpitaux sélectionnés : l'hôpital, la province, la Région, la fréquence des accouchements et césariennes et le pourcentage de césariennes - Classement en fonction du nombre décroissant des naissances

Hôpital	Province	Région	Accouchements (nombre)	Césariennes (nombre)	Naissances (nombre)	%césariennes
H1	Bruxelles	Br	1 082	120	1 202	10,0%
H2	Liège	W	499	132	631	20,9%
H3	Anvers	F	337	56	393	14,2%
<b>HU1</b>	Bruxelles	Br	322	45	367	12,3%
H4	Brabant wal.	W	309	34	343	9,9%
H5	Namur	W	250	24	274	8,8%
<b>HU2</b>	Brabant fl.	F	211	34	245	13,9%
H6	Hainaut	W	199	39	238	16,4%
H7	Flandre Or.	F	115	13	128	10,2%
H8	Flandre Occ.	F	99	16	115	13,9%
H9	Luxembourg	W	63	5	68	7,4%
H10	Limbourg	F	58	8	66	12,1%
<b>Total de l'Union</b>			<b>14 683</b>	<b>2 246</b>	<b>16 929</b>	<b>13,3%</b>

Dans les hôpitaux choisis, le nombre de naissances varie entre 1.202 à H1-Bruxelles et 66 à H10-Limbourg (avant-dernière colonne). Rappelons que ces chiffres indiquent uniquement le nombre de naissances de nos affiliées et non celui de la population.

En ce qui concerne les césariennes, H2-Liège réalise le plus gros score. Or, il s'agit d'un des plus gros centres de soins néonataux intensifs du pays vers lequel sont transférées les grossesses à risques pour lesquelles un accouchement prématuré est plus fréquent et peut justifier un recours plus important à la césarienne. C'est cependant une région du pays, comme le Hainaut ou Anvers, où les naissances prématurées et « les petits poids pour la durée de gestation » sont fréquents. De la même façon, on peut constater qu'une maternité telle que H1-Bruxelles réputée pour une patientèle socialement privilégiée, réalise un score inverse, témoignant sans doute du rôle socio-économique sur la prématurité et les « petits poids ».



Pour ces différentes institutions, nous avons calculé les indicateurs de performance et le nombre de séjours. Le tableau mentionne également les statistiques régionales.

Performance des accouchements et césariennes pour les 12 hôpitaux sélectionnés

Hôpital	Prov	Assurance Obligatoire				Hospitalia	
		Nombre séjours norm.	Coût total (BEF)	Coût variable (BEF)	Durée (jours)	Nombre séjours norm.	Coût (BEF)
HU1	Brux	353	26,8%	0,9%	-5,1%	27	-23,3%
H1	Brux	1166	-6,1%	9,7%	-2,6%	72	7,5%
<b>Bruxelles</b>	<b>Brux</b>	<b>5 675</b>	<b>7,1%</b>	<b>8,6%</b>	<b>-3,5%</b>	<b>452</b>	<b>-4,4%</b>
H3	Anv	385	-5,8%	-17,2%	1,9%	79	10,0%
HU2	Br fl.	227	24,4%	-10,6%	-0,6%	16	-37,6%
H8	Fl Occ.	111	5,5%	-7,9%	2,5%	44	22,1%
H7	Fl Or.	127	-9,5%	-19,1%	-2,9%	27	7,9%
H10	Limb	61	-6,1%	-24,9%	-3,0%	12	-31,4%
<b>Flandre</b>	<b>Fl</b>	<b>4 509</b>	<b>-7,2%</b>	<b>-16,0%</b>	<b>2,8%</b>	<b>829</b>	<b>-1,6%</b>
H4	Br wal	334	4,5%	4,3%	-5,2%	35	-11,5%
H6	Hain	217	-5,7%	20,9%	-8,8%	22	-25,4%
H2	Liège	612	-2,3%	-1,5%	2,7%	196	17,6%
H9	Lux	62	-12,8%	-3,6%	-2,0%	10	0,3%
H5	Nam	264	-6,2%	-6,2%	-9,8%	43	-0,3%
<b>Wallonie</b>	<b>Wal</b>	<b>5 925</b>	<b>-1,2%</b>	<b>4,0%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1 159</b>	<b>2,8%</b>

La lecture de ce tableau amène diverses constatations.

1. L'examen de la **performance relative au coût total** (le coût comprenant en outre le prix de journée d'entretien) indique que les deux hôpitaux universitaires (HU1-Bruxelles et HU2-Brabant flamand) sont mal positionnés puisqu'ils consomment respectivement +26,8% et +24,4% de ressources financières en plus que la moyenne de leur groupe de référence. Si on fait abstraction du prix de la journée d'entretien et des forfaits, alors ces deux hôpitaux ont de meilleurs scores : +0,9% pour HU1-Bruxelles et -10,6% pour HU2-Brabant flamand. Cet exemple montre que le prix de journée relativement élevé des hôpitaux universitaires les handicape si on utilise cet indicateur comme critère de performance économique.

Dans notre liste, seules deux autres institutions ont un comportement non performant : H8-Flandre Occidentale et H4-Brabant wallon (respectivement +5,5% et +4,5%).

Bien que non pertinent, parce qu'essentiellement basé sur une donnée fixe constituée par le prix de journée d'entretien (non lié à la pathologie), nous avons utilisé cet indicateur car, à partir de l'année 1995, les Organismes Assureurs sont en partie responsables de la différence entre leurs recettes et leurs dépenses (coût total en assurance obligatoire).

2. C'est pourquoi, nous avons calculé un indicateur en terme de **performance relative au coût variable**. Cette performance varie entre -24,9% à H10-Limbourg et +20,9% à H6-Hainaut. Les deux hôpitaux bruxellois sont caractérisés par des prestations moins bonnes que celles du groupe de référence tandis que les hôpitaux flamands sélectionnés consomment moins de ressources financières que la moyenne. En Wallonie, deux hôpitaux, H6-Hainaut et H4-Brabant wallon ont des prestations défavorables.
3. Pour la **performance en terme de durée de séjour**, les pourcentages montrent que la variabilité est moins importante qu'en termes de coûts. A Bruxelles, la durée de séjour des 2 hôpitaux est inférieure à la moyenne de l'Union quand on tient compte de la structure des pathologies. Trois hôpitaux ont des durées d'hospitalisation plus longue que la moyenne de leur groupe H3-Anvers, H8-Flandre Occidentale et H2-Liège. Les 2 hôpitaux universitaires consomment moins de journées d'hospitalisation que la moyenne de leur groupe quand on tient compte du case-mix.

4. L'Union offre une assurance Hospitalia, couvrant les risques en cas d'hospitalisation. Il est présent sur ce marché concurrentiel et occupe la 3<sup>ème</sup> place au niveau belge avec 320.000 affiliés (soit environ 20% de la population de l'Union). Nous avons examiné ainsi la performance relative au coût Hospitalia. Il convient de noter que le taux de couverture d'Hospitalia est de 6,2% à H1-Bruxelles (hôpital attirant une patientèle riche couverte par d'autres assurances), suivi par les 2 hôpitaux universitaires (HU2-Brabant flamand, 7% et HU1-Bruxelles, 7,6%) et à l'opposé de 32% à H2-Liège et 39,1% à H8-Flandre Occidentale.

Pour la performance de cette assurance Hospitalia, il est surprenant de constater que les deux hôpitaux universitaires ont de meilleurs résultats que la moyenne du groupe. Dans les trois hôpitaux localisés dans les provinces à forte implémentation Hospitalia, les dépenses non couvertes par l'assurance obligatoire et prises en charge par Hospitalia sont plus élevées que la moyenne du groupe (+10% à Anvers, +22% en Flandre Occidentale et +18% à Liège). Enfin, pour H1-Bruxelles, les chiffres confirment bien la réputation d'institution chère de cet hôpital.

5. Pour H6-Hainaut, hôpital qui se situe dans une des régions les plus défavorisées de Belgique, la simultanéité entre d'une part, l'importante non performance au niveau du coût variable et d'autre part l'extrême performance en terme d'assurance hospitalisation pourrait s'avérer révélatrice de la politique de facturation des gestionnaires et/ou prestataires des hôpitaux de ces régions : en voulant limiter au maximum la charge financière pour le patient, ceux-ci pourraient être tentés de facturer un maximum à l'assurance obligatoire, facture qui de toute façon n'est jamais soumise au patient. Ainsi et concurrence entre hôpitaux oblige, l'hôpital se forge une image sociale au détriment de la collectivité. Si au niveau individuel, cette optique est tout à fait défendable, au niveau macro-économique de sérieuses questions en matière d'allocation efficace de ressources peuvent être posées si au niveau micro-économique, certains hôpitaux utilisent l'assurance soins de santé comme un élément de redistribution des revenus.

## Conclusions

L'analyse des accouchements et césariennes montre l'existence de disparités importantes aussi bien en terme de durée de séjour que de coût qui sont observées à différents niveaux : régional, provincial et institutionnel.

Cependant, la méthodologie appliquée connaît ses limites et elle doit être par conséquent améliorée. Traitant des données à caractère comptable et non à caractère médical, il nous est impossible, dans l'état actuel d'avancement des travaux, de déterminer l'origine des écarts observés (sévérité des cas traités, facteurs de comorbidité, facteurs sociaux, pratiques médicales, gestion de l'hôpital,...). De plus, la nomenclature INAMI ne reflète pas **les coûts réels** associés aux pathologies mais bien leurs coûts comptables. Enfin, la comparaison des hôpitaux sur base de moyennes ne tient pas compte de leur distribution : deux hôpitaux de moyenne identique mais présentant des distributions différentes auront le même score.

A l'avenir, nous comptons affiner notre méthodologie en étudiant en profondeur le regroupement des codes nomenclature en pseudo-pathologie et en analysant d'autres éléments du coût. Les Mutualités Libres, grâce à leur assurance hospitalisation, possèdent de nombreuses données, ce qui permettra une comparaison des coûts en fonction du type de chambre (qui en Belgique, permet une différenciation de la facturation des suppléments à charge des patients) ainsi que du coût restant à charge du patient. C'est effectivement surtout ce dernier élément qui est susceptible d'intéresser nos membres et qui devrait faire l'objet d'une campagne d'information auprès de ceux-ci.

## Références

- 1 **Arrêté ministériel** du 30 Décembre 1996 modifiant l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers, les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation, *Moniteur Belge* du 27 Février 1997
- 2 **Closon M.C.**, « Le financement des hôpitaux en fonction de la structure des pathologies », Université Catholique de Louvain, Ecole de Santé Publique, Thèse soumise en vue de l'obtention du grade de docteur en Santé Publique, 1991, p301-338
- 3 **Fetter, R.B. et al**, « DRGs : Product Line Management within Hospital », *Academy of Management Review*, 1986, 11, 41-54
- 4 **Groupe de Travail Biologie Clinique Hospitalière**, « Algorithme pour le score de biologie clinique séparément pour chaque établissement hospitalier sur base de la gravité de la pathologie diagnostiquée et traitée dans chaque établissement hospitalier », INAMI, Note B.C.H. n° 92/23 corrigendum, Novembre 1992
- 5 **3M**, Health Information Systems, « Diagnosis Related Groups, Version 10.0, Definition Manual », Document Number 92-054 Rev 00