

Administration des établissements
de soins

C.n.e.n.

Section "Agrément"

AE/03/02

DEUXIÈME AVIS PARTIEL (*)

DU CONSEIL NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

SUR

L'ENREGISTREMENT DU RESUME CLINIQUE MINIMUM.

(*) Adopté à l'unanimité par la section "agrément" le 13 décembre 1984
et ratifié par le Bureau le 10 janvier 1985 moyennant 4 abstentions.

Le Conseil national des établissements hospitaliers, section "agrément", avait déjà rédigé un premier avis partiel sur l'enregistrement du résumé clinique minimum (document AN/03/02 du 10 octobre 1983). Celui-ci précisait :

- que le but premier de cet enregistrement n'était pas l'élaboration d'un nouveau système de financement,
- qu'il y avait lieu de respecter strictement le secret professionnel lors de l'enregistrement et du traitement des données,
- que le système d'enregistrement devait rester le plus simple possible,
- qu'il fallait utiliser le système de codification ICD 9-CM pour l'enregistrement des diagnostics,
- qu'une période d'essai devait être prévue afin de peaufiner les canaux d'enregistrement et l'enregistrement lui-même.

Le problème de l'enregistrement médical a été à nouveau abordé par le Bureau du C.n.e.h. les 27.4.84 et 10.5.84. Le Bureau a décidé de créer, au sein de la section "agrément", un groupe de travail chargé de répondre aux questions suivantes :

1. Quels sont les objectifs de l'enregistrement médical ?
2. Quelles sont les données minimales ?
3. Quel est l'ensemble de données obligatoire et celui facultatif ?
4. Quel est le schéma d'application approprié, d'une part dans le cadre de l'hôpital et d'autre part au sein des instances et systèmes de coordination ?

Le groupe de travail, ayant été informé de la lettre du 12 juin 1984 au Ministre, s'est réuni les 14.6.1984 et 26.7.1984. Après avoir pris connaissance des propositions du groupe de travail, la section "agrément" a adopté le point de vue ci-dessous lors des réunions des 11.10.1984, 6.11.1984 et 13.12.1984.

I. OBJECTIFS DE L'ENREGISTREMENT MEDICAL.

Comme cela avait été souligné dans le premier avis partiel, le but premier de l'enregistrement médical ne doit pas être l'élaboration d'un nouveau mode de financement.

Le C.n.e.h. estime que l'impact de l'enregistrement médical peut, schématiquement, se situer à 3 niveaux :

1. La pratique individuelle du médecin hospitalier et le traitement individuel du patient.
2. La politique hospitalière.
3. Les soins infirmiers.

Trois sous-groupes de travail ont été chargés d'étudier ces niveaux. Leurs rapports, joints en annexe, peuvent se résumer comme suit.

1. La pratique individuelle du médecin et le traitement individuel du patient.

Les données collectées doivent être significatives et utiles au médecin, qui fournit les données relatives à sa propre pratique professionnelle. Ceci a une influence non seulement sur la qualité du traitement, mais aussi, et entre autres, sur la recherche scientifique en épidémiologie sur une diffusion judicieuse des informations en matière de nouvelles thérapies et sur l'élaboration de données médicales critiques. Imposer l'enregistrement médical par la voie des normes d'agrément des services hospitaliers ne constitue pas l'unique moyen d'aboutir à un enregistrement médical optimal.

Citons, parmi les stimulants importants pour la création de l'enregistrement médical, l'adaptation du nombre et de la qualification du personnel infirmier et soignant aux besoins et aux caractéristiques des sections de soins, l'agrément éventuel en tant que service médical lourd ou comme service de stage pour la formation de médecins-spécialistes ou de futurs médecins, une indemnité appropriée pour les efforts consentis.

L'optimisation de l'enregistrement et de la transmission des données est subordonnée à la garantie de la protection de la vie privée du patient, de ses secrets, et ce non seulement au niveau de l'enregistrement des données, mais aussi à tous les niveaux de leur traitement et de leur utilisation (cfr. point 2).

2. La politique hospitalière

Il faut noter tout d'abord que, jusqu'à présent, les médecins généralistes ne sont pas associés à l'enregistrement médical. Mais si l'on veut fixer le coût global d'une affection ou d'un traitement déterminés, il faudra, tôt ou tard, prendre en compte les données enregistrables au premier échelon de soins.

Les données médicales à collecter doivent être uniformes, monovalentes, pertinentes et susceptibles de permettre une comparaison entre les différents hôpitaux. La rétro-information est absolument indispensable à la réalisation des objectifs décrits ci-après et à la collaboration optimale des différents services et personnes.

L'enregistrement médical permet de procéder à des comparaisons entre hôpitaux et d'évaluer les aspects suivants de la politique hospitalière :

2.1. La programmation.

L'enregistrement médical apporte une aide importante à la programmation (interne, régionale et nationale) des services, des lits, du personnel et de l'appareillage.

2.2. L'organisation et l'évaluation des activités journalières.

2.2.1. L'enregistrement des données relatives aux activités journalières peut servir d'amorce à un système d'allocations de staff (cf. point 3, évaluation des soins infirmiers).

2.2.2. L'évaluation statistique des activités cliniques permet d'avoir un aperçu de la morbidité, de la mortalité, et de certaines complications dans les divers services, et par conséquent aussi de la durée moyenne d'hospitalisation par diagnostic, du nombre d'admissions urgentes, du nombre de transferts, etc, ce qui permet de décrire le profil de l'hôpital.

2.2.3. L'enregistrement médical permet d'apporter des correctifs à la politique en matière d'admission et de sortie.

2.3. La gestion financière.

L'association d'un certain nombre de données médicales, administratives et de facturation permet d'effectuer, une comparaison interne des coûts pour un diagnostic, un groupe diagnostique, une section ou un service déterminés.

3. Evaluation des soins infirmiers

Le modèle de morbidité propre à chaque patient détermine ses besoins sur le plan de l'hospitalisation et du traitement. Il existe à l'heure actuelle 2 systèmes d'enregistrement de l'activité hospitalière : le P.R.N.-60 pour mesurer les soins requis et le San Joaquin pour mesurer les soins réels. Une étude expérimentale doit permettre de déterminer lequel de ces 2 systèmes, avec ou sans ajustement éventuel, est utilisable et indiqué en fonction du contexte belge et des objectifs poursuivis. Cette expérience aura lieu dans une douzaine d'hôpitaux du 1.1.85 au 31.12.85.

✕

✕

✕

II. LE SYSTEME DE CODIFICATION

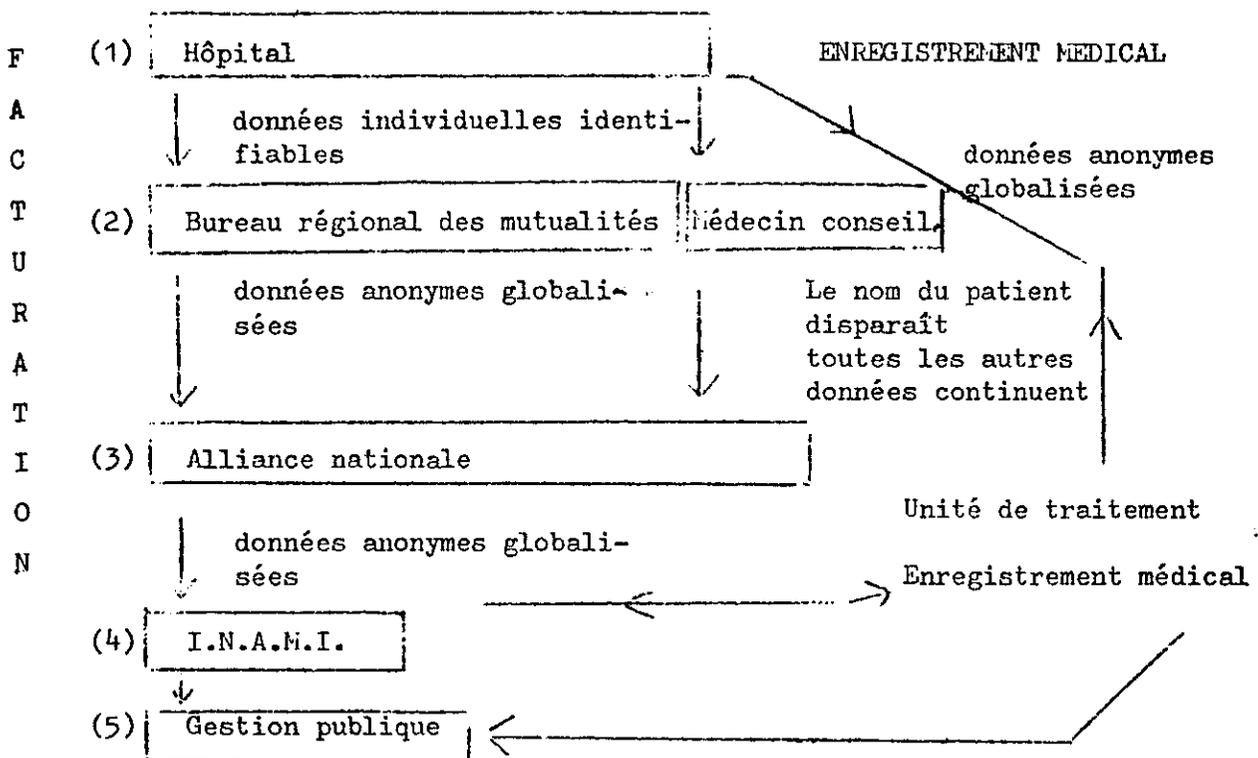
Comme mentionné dans le premier avis partiel, il y a lieu d'utiliser le système de codification ICD-9-CM pour l'enregistrement des diagnostics.

Quant aux autres données à collecter, le C.n.e.n. se rallie à la proposition de la Confédération nationale des établissements de soins, transmise le 27 janvier 1984 au Ministre et dont une copie est jointe au présent avis.

III. LE SECRET PROFESSIONNEL LORS DE L'ENREGISTREMENT ET DU TRAITEMENT DU RESUME CLINIQUE MINIMUM ET DE LA FACTURATION.

Comme mentionné dans le premier avis partiel, il y a lieu, lors de l'enregistrement et du traitement des données, de respecter scrupuleusement le secret professionnel ainsi que le droit du patient à la vie privée. La section "Agrément" estime qu'il convient d'appliquer également ce principe lors de la transmission par l'hôpital des données de facturation aux mutualités.

Les circuits parcourus par les données dans le cadre de l'enregistrement médical et de la facturation peuvent se schématiser comme suit.



L'enregistrement médical

L'hôpital transmet, selon une fréquence à déterminer - tous les trois ou six mois - des données anonymes globalisées à un service spécial, créé au sein du Ministère de la Santé publique et chargé de la centralisation, du traitement, du contrôle et de l'évaluation des données.

L'encadrement scientifique de ce service est assuré par un groupe de travail permanent composé de membres du Conseil national des établissements de soins.

La facturation

Les données de facturation sont transmises par chaque hôpital aux bureaux régionaux de chaque mutualité à laquelle les médecins-conseils sont attachés. Afin de garantir le secret professionnel et la vie privée, les données permettant l'identification de certains diagnostics, ne peuvent être transmises qu'au médecin-conseil un support magnétique était en l'occurrence exclu.

Les données individuelles et identifiables concernant l'identité du bénéficiaire, l'identité du prestataire, le code - la valeur relative - et le montant correspondant des prestations non identifiables, la valeur relative et le montant correspondant des prestations identifiables sont transmises à l'administration du bureau régional, soit sur formulaire, soit sur bande magnétique.

Aucun code, permettant de poser un diagnostic par le biais de la définition des prestations dans la nomenclature, ne figure sur ces bandes magnétiques ou sur ces formulaires.

Conjointement, on transmet sur formulaire aux médecins-conseils les données individuelles et identifiables concernant l'identité du bénéficiaire, l'identité du prestataire, le code - la valeur relative - et le montant des prestations identifiables.

Le médecin-conseil peut ainsi, soit d'initiative soit à la demande de son administration, établir le lien entre la valeur relative et le montant des données non codifiées d'une part et la codification des données identifiables dont il dispose d'autre part. On attire l'attention sur le fait qu'il est nécessaire de disposer d'une définition uniforme pour les diagnostics susceptibles d'être identifiées au moyen des codes.

Le Conseil technique médical de l'I.N.A.M.I. devra être chargé de la rédaction de la liste des codifications permettant de poser un diagnostic et ne pouvant être transmises qu'aux médecins-conseils.

Il convient également de souligner que ce double système de facturation ne peut être prétexte à un quelconque retard de paiement de la part des mutualités.

Les données, transmises par les bureaux régionaux aux alliances nationales et par ces dernières à l'I.N.A.M.I., doivent être globalisées et anonymes en ce qui concerne le patient.

Bien que non compétent dans ce domaine, le Conseil national des établissements hospitaliers tient à faire remarquer que l'établissement par l'I.N.A.M.I. de profils des prestataires de soins sur la base de données globalisées, transmises par les alliances nationales ; exige beaucoup de temps et d'argent.

Le C.n.e.h. souhaite dès lors qu'on examine s'il ne serait pas efficace d'obliger chaque hôpital à transmettre les données nécessaires directement à l'I.N.A.M.I., seul compétent pour établir ces profils.

Pour terminer, le C.n.e.h. tient à souligner une fois de plus qu'une transmission efficace de données passe nécessairement par une indemnisation équitable des hôpitaux pour les nouvelles tâches qui leur sont imposées.

Fait à Bruxelles, le 13 décembre 1984, à l'unanimité des membres présents en séance plénière du Conseil national des établissements hospitaliers, section "Agrément".

Le Président de la section

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'J. Bottequin', is written over a faint, circular stamp or watermark.

Dr. J. BOTTEQUIN