

Comité Consultatif de Bioéthique

Avis n° 15 du 18 février 2002 concernant les questions éthiques relatives à l'impact du « résumé clinique minimum » (RCM) sur le nombre de journées d'hospitalisation des patients

Demande d'avis en date du 7 août 1998

du Dr. Johan Ramboer, Président du Comité d'éthique local d'«Onze-Lieve-Vrouweziekenhuis » à Grammont

La question posée par le Dr Johan Ramboer, président du comité d'éthique local de l'hôpital Notre-Dame de Grammont, concerne l'acceptabilité éthique de la procédure qui consiste à déterminer la durée d'hospitalisation individuelle par le biais de la durée d'hospitalisation moyenne nationale calculée sur la base du système d'enregistrement du résumé clinique minimum (RCM), tel qu'instauré par l'arrêté royal du 6.12.1994.

Dans sa lettre du 7 août 1998, le Dr J. Ramboer a écrit: « J'éprouve un sentiment de malaise depuis l'instauration du système d'enregistrement RCM. C'est surtout en raison de ses implications financières que ce système risque d'influencer mes actes médicaux, d'une façon qui m'amène parfois à me demander si j'ai bien agi. »

« J'ai confronté ce sentiment à celui d'autres personnes, exerçant à des niveaux différents dans des hôpitaux différents. Certains m'ont dit suivre les règles du jeu, mais beaucoup d'autres ont admis éprouver une sensation de malaise identique.

Est-ce simplement dû au fait que ce système me contraint à regarder en face la dure réalité des coûts sociaux résultant des soins dispensés aux malades, ou y a-t-il des implications éthiques ? Je suis cependant favorable à l'idée de prendre ces coûts sociaux en considération, c'est la raison pour laquelle je souhaiterais des informations plus détaillées. »

A ce propos, le Comité d'éthique local a d'abord souligné de façon unanime qu'il n'est pas justifié, d'un point de vue éthique, d'adopter la durée d'hospitalisation moyenne au titre de norme. Les attentes s'orientent vers la détermination d'une durée d'hospitalisation optimale, dans le cadre d'un dialogue entre les sciences médicales et économiques par exemple. En outre, le manque de transparence du système a été mis en exergue et il a été souligné qu'il n'est pas bon de fonder la politique médicale sur des arguments purement économiques, de même qu'il n'est pas opportun que des complications éventuelles, comme des plaies de décubitus, puissent parfois donner lieu à un remboursement financier plus avantageux, ni que la réduction de la durée d'hospitalisation puisse être encouragée sans que des soins à domicile bien structurés ne soient assurés.

CONTENU DE L'AVIS

CHAPITRE Ier	SITUATION GENERALE DES COUTS DES SOINS DE SANTE	3
1.1.	Les soins de santé en Belgique et dans d'autres pays	3
1.2.	Raison de l'augmentation des coûts en matière de soins de santé	3
1.3.	La solidarité: élément-clé de notre Sécurité Sociale	4
1.4.	Les dépenses relatives aux soins de santé	5
1.5.	Les activités menées dans les hôpitaux généraux	5
1.6.	Le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux	5
CHAPITRE II	SITUATION DU PROBLEME DU RCM	6
2.1.	Termes utilisés et signification	6
2.2.	Le résumé clinique minimum (RCM): objectif et enregistrement	8
2.3.	Le calcul du sous-budget B1+B2	10
2.3.1.	<i>Durée de séjour par patient</i>	10
2.3.2.	<i>Durée de séjour par patient et DRG</i>	10
2.3.3.	<i>Durée de séjour moyenne nationale par DRG</i>	10
2.3.4.	<i>Pondération DJP-DJN</i>	10
2.4.	La mesure des performances d'un hôpital général	10
2.5.	Comparaison de la durée d'hospitalisation moyenne des hôpitaux généraux pris individuellement avec la durée d'hospitalisation moyenne nationale	11
2.6.	Influence de la pondération DJP-DJN sur le budget de l'hôpital (art. 46bis)	12
CHAPITRE III – OBJECTIONS AVANCEES CONTRE LE SYSTEME RCM		13
3.1.	Remarques formulées par les patients	13
3.2.	Remarques formulées par les prestataires de soins	14
3.3.	Remarques formulées par la direction des hôpitaux	15
CHAPITRE IV – CONSIDERATIONS ETHIQUES		16
4.1.	Directives existantes sur le rôle social de l'Etat et des médecins	16
4.2.	Considérations éthiques portant sur le système du RCM	17
4.2.1.	<i>Situation éthique du système RCM</i>	18
4.2.2.	<i>Facteurs à implications éthiques</i>	18
CHAPITRE V – CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS		20
Abréviations		24
Références		24
Tableaux I à VII		26

CHAPITRE Ier. SITUATION GENERALE DES COUTS DES SOINS DE SANTE

Ce chapitre situe le système du Résumé Clinique Minimum, appelé ci-après RCM dans l'ensemble des soins de santé où il est désormais utilisé. Il s'agit principalement d'un instrument de mesure d'un certain nombre d'activités médicales dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux aigus, à l'exception des hôpitaux psychiatriques. La durée du séjour des patients à l'hôpital est calculée pour différents groupes d'affections, avant d'être soumise à un traitement statistique (voir Chapitre II). Il n'est tenu compte à aucun moment de l'évolution spontanée de l'affection ou du résultat du traitement, si ce n'est sous la forme d'une mention des éventuels diagnostics secondaires ou du décès.

1.1 Les soins de santé en Belgique et dans d'autres pays

Selon plusieurs études nationales et internationales, le système de santé actuellement en place en Belgique est bon – sur base des critères habituellement utilisés pour en évaluer la qualité –, y compris en ce qui concerne l'analyse du rapport coût-bénéfice. Cette situation est illustrée par les tableaux I à IV qui comparent un certain nombre de données belges à celles émanant d'autres pays: le montant annuel affecté par habitant aux soins de santé, la part, exprimée en pour cent, des principaux secteurs des soins de santé dans le coût total des soins de santé, la capacité globale et l'activité des établissements hospitaliers. Même si un certain nombre d'indices de santé (comme l'espérance de vie à la naissance, la "mortalité des enfants en dessous de cinq ans" et le pourcentage de la population qui dépasse la barre des 60 ans) dépendent notamment des déterminants de santé tels que la qualité du contexte social dans lequel vit une population (logement, situation professionnelle, estime de soi, etc...), ils témoignent également de la qualité générale des soins de santé. Cela n'empêche pas ces chiffres globaux de cacher à la fois d'excellents éléments et d'autres moins bons. Disposer d'une stratégie pour l'évaluation simultanée de la qualité et des coûts des soins de santé est dès lors nécessaire. Une qualité de soins élevée – tant au plan individuel qu'au niveau de la santé publique – présuppose également une répartition équitable entre d'une part la qualité des soins et d'autre part leur coût, pour chaque citoyen. Le RCM, produit des tentatives de quantifier les soins de santé dans le pays, s'inscrit dans ce contexte.

1.2 Raison de l'augmentation des coûts en matière de soins de santé

Les coûts des soins de santé n'ont cessé d'augmenter ces dernières années. Les causes de cette augmentation sont multiples et très diverses. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous pouvons citer les raisons suivantes. D'une part, le vieillissement de la population, entraînant une augmentation de la fréquence des affections chroniques, et d'autre part, le développement des connaissances médicales et de la technologie au cours de la seconde moitié du siècle dernier a débouché sur une multiplication des possibilités de diagnostic et de traitement. Une plus grande précision de ces techniques fut obtenue grâce aux progrès réalisés dans les domaines scientifiques connexes, ce qui provoqua une hausse supplémentaire des coûts.

L'avancée constante des possibilités médicales a également permis de traiter des pathologies de plus en plus lourdes, même dans le cas de patients âgés et d'enfants présentant un faible poids à la naissance ou atteints de maladies congénitales complexes.

Les choix politiques (et leur absence) en matière de santé ont également joué un rôle non négligeable dans l'augmentation des coûts de la santé. Le caractère hospitalo-centrique du système de santé belge a maintes fois été pointé du doigt comme étant à l'origine de l'inflation des coûts,

sans que la diminution imposée du nombre de lits et de la durée d'hospitalisation parvienne à enrayer suffisamment cette dernière.

Parallèlement aux dynamiques scientifico-techniques et politico-économiques propres au système de santé belge, la population nourrit à l'égard des hôpitaux des attentes toujours plus grandes tant en matière de diagnostic et de traitement que d'"hébergement". A juste titre, les individus réclament davantage d'attention et des informations plus personnalisées de la part des prestataires de soins. Répondre humainement aux questions du malade et de sa famille requiert dès lors un personnel mieux formé et plus disponible.

Le secteur des soins de santé est également un créneau employant une main-d'œuvre de plus en plus sollicitée en raison des changements qui affectent les structures familiales et le marché du travail. L'évolution sociale et culturelle (diminution du nombre d'enfants, familles monoparentales, séparations, augmentation du nombre d'isolés,...) affaiblit les réseaux informels de soins (entourage). Ces changements entraînent à leur tour, parallèlement à un vieillissement de la population, une augmentation de la demande de soins professionnels d'un prix plus élevé.

Certains membres du Comité insistent également sur le fait que le financement à l'acte des soins de santé tel qu'il est actuellement conçu dans notre pays, constitue une incitation à une consommation accrue, en particulier des actes techniques, et ce tout spécialement en milieu hospitalier. L'accès direct du citoyen à toutes les structures médicales peut également faire monter les coûts.

Par ailleurs, les chercheurs et l'industrie médicale font parfois preuve d'imprudence lorsqu'ils annoncent la mise au point de nouvelles techniques et de traitements inédits. Un certain nombre d'innovations sont exposées trop rapidement et de manière trop optimiste dans la presse non médicale, avant même que leur applicabilité générale et leur sécurité aient été établies. Du fait de la transmission à la presse générale des premières copies de publications médicales, émanant parfois de périodiques médicaux pourtant empreints de sagesse, des progrès médicaux ont parfois été exagérément portés aux nues, avant même que leur utilité ou leurs effets secondaires éventuels ne soient suffisamment connus. Ainsi, la promotion de nouveaux médicaments mène parfois à une utilisation non adéquate des ressources financières disponibles, en raison de techniques commerciales trop poussées.

1.3 La solidarité: élément-clé de notre Sécurité Sociale

En Belgique, l'équilibre entre les moyens financiers et les dépenses consacrées aux soins de santé doit également être considéré dans le cadre d'une solidarité généralement acceptée tant en ce qui concerne l'apport de moyens qu'à propos de l'égalité d'accès de tous les citoyens aux soins existants. C'est ainsi qu'une analyse de l'Union nationale des Mutualités Chrétiennes nous apprend que pour l'année 1998, 8% environ de la population n'a effectué aucune dépense de santé alors que près de la moitié des dépenses sont le fait de 4% de la population et qu'environ 75% des dépenses totales ont été déboursées par 10% de la population.

On peut donc parler de l'existence d'une solidarité de base dans notre pays, mais l'on ne peut pour autant oublier que 14 pour cent environ de la population vit sous le seuil de la pauvreté. Dans ce contexte, on peut se référer à l'Avis 7 du CCB (Bioethica Belgica n°4 – mars 1999) et à l'arrêté royal du 16.04.1997 relatif à l'augmentation de la participation aux frais de l'assurance soins médicaux au bénéfice de quatre groupes de personnes en situation de précarité sociale.

1.4 Les dépenses relatives aux soins de santé

En 1996, la Belgique a consacré 8,6% de son produit intérieur brut (PIB) aux soins de santé. La part commune des pouvoirs publics et de la sécurité sociale, provenant des retenues sur salaire de la population active, s'élevait à 7,6% du PIB, contre 6,1 % en 1985. Au cours de cette même période, le PIB est passé de 5 148,2 milliards BEF (127,62 milliards EUR) en 1985 à 8 305,1 milliards BEF (205,88 milliards EUR) en 1996, soit une augmentation de 61 % (voir tableau V). Les dépenses totales de soins de santé ont progressé de 352,6 milliards BEF (8,74 milliards EUR) en 1985 à 714,3 milliards BEF (17,70 milliards EUR) en 1996, ce qui représente une augmentation de 103 pour cent. La part respective de l'autorité publique et de la sécurité sociale était de 82 pour cent en 1985 et de 89 pour cent en 1996 (Tableau V).

Le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux généraux du pays s'élevait en 1997 à 143,631 milliards BEF (3,56 milliards d'EUR). Par rapport à 1986, il s'agit d'une hausse progressive de 50%, soit 53% de moins que celle du total des dépenses en soins de santé. Le Tableau VI montre la répartition des coûts des hôpitaux généraux en pourcentage.

1.5 Les activités menées dans les hôpitaux généraux

De 1985 à 1996, le nombre total de lits a diminué dans les hôpitaux généraux, passant de 68 404 à 57 433. Au cours de cette même période, le nombre de patients hospitalisés a augmenté de 1 591 000 à 1 922 000 tandis que le nombre de journées d'hospitalisation a régressé de 20 494 000 à 16 998 000. Le taux d'occupation est resté pratiquement constant, soit 82% environ, mais le nombre de journées d'hospitalisation par patient admis s'est réduit de 13 à 9 jours (Tableau V).

La diminution du nombre total de journées d'hospitalisation a été en partie rendue possible par les gains d'efficacité diagnostique et thérapeutique, ce qui a notamment permis la mise en œuvre de l'hospitalisation de jour. La maladie et son vécu par le patient et son entourage n'ont, par contre, pas été réduits dans la même mesure.

Cette diminution du nombre total de journées d'hospitalisation était due principalement à la politique menée dans les années 1980, visant à réduire le nombre de lits des hôpitaux généraux, par le biais du moratoire sur la capacité en lits, l'arrêt du paiement illimité des journées d'hospitalisation et au fait que le prix d'une journée d'hospitalisation ne fut plus désormais sujet à révision en fonction des frais annotés dans la comptabilité. Depuis 1988, on tient compte également de l'activité clinique de l'hôpital, comprenant notamment l'occupation des lits et la durée de séjour, lors de la fixation du prix de la journée d'hospitalisation.

1.6 Le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux

Le Conseil des ministres détermine chaque année par A.R. le budget total des moyens financiers du Royaume alloués au financement des frais de fonctionnement des hôpitaux. Pour l'année 1999, ce montant a été fixé à 160 605 100 000 BEF (3.981.296.433 EUR), dont 136 092 700 000 (3.374.478.056 EUR) pour les hôpitaux généraux. Le 21 novembre 2001, le Conseil des ministres a approuvé deux projets d'arrêtés royaux relatifs au budget de financement des frais de fonctionnement des hôpitaux, augmentant le budget total 2001 à 173,5 milliards BEF (4,3 milliards d'EUR) et fixant le budget total 2002 à 181,32 milliards BEF (4,49 milliards d'EUR). A la suite des fusions réalisées au cours des dernières années, le nombre total d'hôpitaux généraux a été ramené

de 375 en 1985 à 177 en 1996 et à 135 en 1999.

Afin d'évaluer l'impact possible du résumé clinique minimum sur le financement, un exposé concis des différents éléments composant le budget d'un hôpital s'est avéré utile, en indiquant les postes des dépenses de 1997 – année de référence des dernières données disponibles - (tableau VI) ainsi que les sources de revenus (tableau VII).

Partie A – Les investissements

- A1. Les charges d'investissement.
- A2. Les crédits à court terme.
- A3. Les frais généraux non indexés, notamment la prime syndicale, qui équivaut à 3 BEF par journée d'hospitalisation.
- A4. Les charges d'investissement liées aux équipements médico-techniques lourds, tels que les appareils de résonance magnétique nucléaire (RMN) et de radiothérapie.

Partie B – Les services

La compréhension de l'avis précité repose essentiellement sur l'analyse des sections B1 et B2. De fait, le montant final affecté annuellement aux sections B1 et B2 dépend des données du RCM (voir 2.2).

- B1. Les frais relatifs aux services communs, tels que l'entretien, le chauffage, l'administration, les frais généraux, l'entretien du linge et la nourriture.
- B2. Les coûts des services cliniques: la partie B2 couvre les frais du personnel soignant employé dans les unités hospitalières précitées, ainsi que les frais inhérents aux produits médicaux utilisés dans lesdites unités. Le budget national est réparti entre les hôpitaux sur la base d'un système de points pour les différentes unités d'activités (unités de soins, bloc opératoire, urgences et stérilisation centrale).
- B3. Les frais de fonctionnement relatifs aux services médico-techniques, comme la radiographie et la radiothérapie.
- B4. La récupération de 25% des moyens financiers libérés par la fermeture de lits, ainsi qu'un certain nombre de frais couverts de manière forfaitaire.
- B5. Les coûts relatifs au fonctionnement de la pharmacie de l'hôpital.
- B6. Le financement des accords sociaux

Partie C – Divers

- C1. Frais d'achat relatifs à un nouveau bâtiment.
- C2. Montants de rattrapage
- C3. Le montant à soustraire pour les chambres à 1 et 2 lits pour lesquelles des suppléments sont perçus.
- C4. Déduction du surplus estimé de recettes pour un exercice donné, par rapport au quota de journées attribué.

CHAPITRE II. SITUATION DU PROBLEME DU RCM

2.1 Termes utilisés et signification

Depuis une décennie la pression croissante pour contenir l'inflation des dépenses en soins de santé a conduit au climat actuel visant à contrôler les prix unitaires et à interpellier l'efficacité des soins. Ce contrôle et cette interpellation trouvent leur justification dans le fait que les ressources de notre

société sont, par définition, limitées. Dans un tel climat, les expressions « coût-efficacité » (« *cost-efficacy* »), coût-effectivité ("*cost-effectiveness*"), « coût-efficience » ("*cost-efficiency*"), analyse coût-bénéfice ("*cost-benefit analysis*") et bien d'autres sont les nouveaux mots magiques justifiant l'entrée en force de concepts et de techniques économétriques dans le champ des soins de santé.

Si l'évaluation économique est l'un des instruments dont disposent les économistes de la santé, elle constitue en pratique une approche pluridisciplinaire qui puise largement dans la science de la décision, de la statistique et de l'épidémiologie. Toutefois, elle ne peut se concevoir sans une contribution substantielle de la recherche clinique, de l'expérience quotidienne de terrain avec les malades traités et les patients souffrant d'un traumatisme.

Pour ce faire, il faudrait d'abord que les multiples intervenants du monde des soins de santé s'accordent sur la définition de notions fondamentales et parlent un même langage. En effet, l'amalgame des termes devient peu à peu une source d'incompréhension, de méfiance et de conflit entre le politique, l'économiste de la santé et les divers acteurs des soins de santé. C'est ainsi que l'on confond trop souvent le problème de qualité des soins avec leur efficacité, leur effectivité et leur efficience.

La demande d'avis au Comité National Consultatif de Bioéthique concernant l'impact du RCM mentionne notamment la nécessité d'un dialogue entre les sciences médicales et économiques. Dès lors, pour assurer une bonne compréhension de l'avis, les membres du Comité proposent d'emblée certaines précautions sémantiques afin que les mots et les termes utilisés ne soient pas piégés par des usages divergents, voire contradictoires.

La **qualité** reflète le résultat en terme d'amélioration de la santé (pas seulement physique mais aussi psychique et sociale), ou pour le formuler autrement: l'amélioration en terme de prévention ainsi que de traitement des maladies.

L'efficacité (*efficacy*) porte sur l'effet potentiel d'un traitement. Un traitement sera dit efficace si son action est prouvée en laboratoire ou, plus largement, dans un contexte encore expérimental (en ce compris l'expérimentation clinique).

Dans des circonstances strictement contrôlées, elle permet de démontrer qu'un traitement produit un effet déterminé, souvent sur un paramètre intermédiaire (p.ex. normalisation de la tension artérielle ou de la glycémie).

L'effectivité (*effectiveness-effectivity*) nous fait franchir un pas supplémentaire: un traitement est efficace dans un environnement contrôlé, mais ne sera effectif que si son efficacité se vérifie lorsque le patient le reçoit dans les conditions de la pratique habituelle ("*daily clinical practice*"). Un traitement effectif a fait la preuve de son action en dehors du contexte expérimental en atteignant un objectif clinique pratique par une éventuelle amélioration de la qualité des soins.

La différence entre efficacité et effectivité peut être importante, car s'il est relativement facile de démontrer qu'un nouveau traitement chimiothérapeutique (efficace au laboratoire sur des souris) fait fondre efficacement certaines tumeurs, prouver qu'il est bien effectif en terme d'allongement de survie exigera souvent de longues et larges études, dont les critères finaux d'évaluation devront être qualitativement pertinents du point de vue du patient (espérance de vie, confort et qualité de la survie).

Ce même traitement sera dit **efficace** s'il atteint son but au meilleur prix. **L'efficience** (*efficiency*) signifie donc que les soins cliniques peuvent être fournis à un coût favorable. Alors que les études cliniques (notamment les plus récentes liées au nouveau paradigme de *Evidence-Based Medicine*) entendent se prononcer sur l'efficacité-effectivité des soins, les évaluations économiques se

prononcent sur leur efficacité.

Il est important d'établir la distinction entre rationalité médicale et économique et d'analyser l'ensemble des bénéfices/coûts de la santé non seulement à court terme mais aussi à longue échéance. Ainsi, le traitement chirurgical et infirmier de longue haleine d'un ulcère de la jambe résultant d'une insuffisance artérielle s'avère beaucoup plus onéreux que l'amputation immédiate de la jambe, notamment en raison de la durée de l'hospitalisation qu'il implique. Pourtant, très souvent, les économies immédiates sont annulées par un glissement des coûts vers d'autres postes tels que l'acquisition de prothèses, la révalidation, l'aide à domicile, l'assistance aux déplacements, sans parler de la diminution de la qualité de la vie. La rationalité économique et la rationalité clinique doivent tenir compte l'une de l'autre; à défaut, elles tombent toutes deux dans l'irrationalité (voir Doubilet, Weinstein et McNeil (1986)¹).

En matière de soins de santé, il faut faire preuve de circonspection lorsqu'on utilise les termes "coût – bénéfice" (*cost benefit*). Les coûts immédiats peuvent être inférieurs en raison de coûts cachés qui n'apparaissent parfois que plus tard, ou en raison de la teneur changeante du concept de "bénéfice", lequel peut englober plus ou moins de choses. Parfois, la confusion est encore renforcée par l'imprécision qui règne quant à l'identité de la personne qui "profite" de ce bénéfice: le patient, les prestataires des soins de santé, l'assurance maladie, les pouvoirs publics.

A l'intérieur d'un système politique donné, une rationalité économique qui ignore la rationalité clinique – et réciproquement- aboutit à l'irrationalité dans les deux domaines. Par ailleurs, le contrôle des dépenses dans un secteur de soins ne fait souvent que les déplacer vers un autre.

2.2 Le résumé clinique minimum (RCM): objectif et enregistrement

Conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 6.12.1994 (MB du 30.12.1994), l'enregistrement du résumé clinique minimum entend soutenir la politique menée dans le secteur de la santé, notamment en ce qui concerne les points suivants :

- 1 la détermination des besoins en équipements hospitaliers ;
- 2 la description de normes d'agrément qualitatives et quantitatives ainsi que l'effectivité clinique et l'efficacité opérationnelle et économique des hôpitaux et de leurs services ;
- 3 l'organisation du financement des hôpitaux ;
- 4 la détermination de la politique relative à l'exercice de la médecine ;
- 5 l'élaboration d'une politique épidémiologique.

Lors de chaque retour d'un patient à son domicile, le résumé clinique minimum (RCM) est enregistré pour les séjours précisés à l'article 3 et à l'article 6 de l'arrêté royal du 6.12.1994. Conformément aux dispositions dudit arrêté, les données doivent être communiquées sous forme anonyme au ministre ayant la santé publique dans ses attributions. Ce dernier est le maître du fichier et le Directeur général de l'Administration des Soins de santé est responsable de leur traitement.

Les RCM à communiquer comportent :

- 1 Données générales relatives à l'institution de prise en charge
 - 1.1 Le numéro d'enregistrement attribué à l'institution
 - 1.2 Le numéro d'identification des services hospitaliers
 - 1.3 Le code du fichier de données

¹ Doubilet P, Weinstein MC, McNeil BJ. Use and misuse of the term "Cost Effective" in Medicine. *New England Journal of Medicine* 1986; 314: 253-256.

- 2 Données relatives au patient
 - 2.1 Le numéro d'enregistrement unique, lequel ne peut comporter aucune donnée personnelle (date de naissance, par exemple)
 - 2.2 L'année de naissance et le sexe
 - 2.3 Le code postal de la commune de résidence principale (pour les résidents) ou le pays d'origine (pour les non résidents)

- 3 Données relatives au séjour du patient
 - 3.1 Le numéro de séjour unique
 - 3.2 Le nombre de journées d'hospitalisation par séjour à l'hôpital, classées suivant la lettre distinctive d'identification des services hospitaliers où le patient a séjourné, par ordre chronologique
 - 3.3 La date (année, mois et jour de la semaine) de la prise en charge et du retour à domicile
 - 3.4 La durée du séjour aux soins intensifs (exprimée en jours)
 - 3.5 La nature de la prise en charge
 - 3.6 L'instance ayant adressé le patient
 - 3.7 La nature de la décharge et la destination
 - 3.8 La durée du séjour

- 4 Diagnostics et actes
 - 4.1 Le diagnostic principal et les diagnostics secondaires, conformément au code ICD-9-CM
 - 4.2 Les interventions codées suivant la nomenclature INAMI et le code ICD-9-CM
 - 4.3 Les examens confiés à l'extérieur et réalisés ailleurs que dans l'hôpital de prise en charge
 - 4.4 Les techniques à risques

Confidentialité

Tant que le document comporte des données (médicales et administratives) individuelles, l'atteinte à la confidentialité reste possible. Pour éviter cette situation, un médecin doit notamment être désigné dans chaque hôpital pour assumer la responsabilité du traitement des données et l'accès à la banque de données. Le médecin ainsi nommé doit jouir de la confiance de l'hôpital et son identité doit être communiquée au Comité provincial de l'Ordre des médecins.

Tous les collaborateurs du médecin concourant au traitement des données du RCM sont également liés par le secret professionnel. En outre, la loi sur le respect de la vie privée impose de tenir une liste des personnes qui ont accès à la banque de données, ainsi qu'un descriptif de leur tâche. Le Conseil national de l'Ordre des Médecins reste cependant préoccupé par le fait que les détenteurs des clés de codification sont éventuellement en mesure de retrouver l'identité des patients. Le Comité consultatif de bioéthique partage ce souci. Les précautions à prendre s'appliquent d'autant plus lorsque les données sont couplées à celles d'autres banques de données (voir l'avis du Conseil national du 16.05.1987).

Même si les données transmises par l'hôpital soignant au ministre de la Santé publique sont envoyées sous forme anonyme, le Conseil d'État (10.12.1993) a néanmoins considéré qu'une telle convergence et une telle multiplication de données précises et personnelles ne permettent pas de souscrire à l'affirmation selon laquelle l'anonymat du patient est toujours garanti. La seule possibilité théorique d'identification est suffisante pour entacher la légalité de l'A.R. du 21.06.1990.

La confidentialité concerne également les données cryptées transmises. En effet, la question se pose toujours de savoir si le grand nombre de données RCM demandées – surtout lorsqu'il s'agit d'une personne provenant d'une zone postale faiblement peuplée – ne permet pas malgré tout, dans certains rares cas, d'en briser l'anonymat. La commission pour la protection de la vie privée est

cependant d'avis que le double cryptage utilisé jusqu'à présent permet d'assurer la protection de la vie privée.

2.3 Le calcul du sous-budget B1 + B2

Le calcul du budget B1 + B2 des hôpitaux individuels est basé sur la durée d'hospitalisation, des *diagnosis related groups*, de la durée d'hospitalisation moyenne nationale et de la pondération DJP (Différence positive de journées d'hospitalisation) – DJN (Différence négative de journées d'hospitalisation) (cfr infra).

2.3.1 Durée de séjour par patient

La durée de séjour est exprimée en nombre de jours, le jour de l'admission étant considéré comme le premier jour et celui du renvoi comme le dernier, pour autant que le patient ait quitté l'hôpital après 14 heures.

2.3.2 Durée de séjour par patient et DRG

Les patients, tels qu'enregistrés dans le système RCM, sont répartis en groupes – ci-après désignés par l'abréviation DRG (*Diagnosis Related Groups*), les groupes de diagnostic définis au point 3.2. Au départ, chaque groupe de diagnostic a été divisé en deux sous-groupes DRG, l'un incluant les patients de moins de 75 ans et l'autre incluant les patients de plus de 75 ans. Depuis 1996, les patients soignés dans un service de gériatrie sont considérés comme un troisième sous-groupe.

2.3.3 Durée de séjour moyenne nationale par DRG

Une durée d'hospitalisation moyenne nationale (DMN) est calculée par DRG, sans tenir compte des chiffres extrêmes de la courbe, qui n'est généralement pas gaussienne. Pour les calculs, on tient seulement compte des chiffres situés entre les percentiles 25 et 75 et l'on effectue une correction au niveau des chiffres des journées d'hospitalisation des patients situés en dehors de ces percentiles, appelés « outliers ».

2.3.4 Pondération DJP-DJN

Si le nombre de journées d'hospitalisation est supérieur à la durée d'hospitalisation moyenne nationale, on parle d'une différence positive de journées d'hospitalisation (DJP). Si le nombre de journées d'hospitalisation est inférieur à la moyenne nationale, il est question d'une différence négative de journées d'hospitalisation (DJN). Pour l'utilisation de la pondération DJP/DJN, nous nous référons au point 2.6.

2.4 La mesure des performances d'un hôpital général

La première question qu'il convient de se poser est de savoir s'il est possible d'estimer l'efficacité opérationnelle et économique d'un hôpital au moyen de la durée du séjour tout en imposant un taux d'occupation minimum, combiné à la limitation du nombre de lits d'hôpitaux et de la durée de séjour, et ce sans tenir compte de critères cliniques objectifs de la qualité des soins qui y sont délivrés.

Depuis 1990, tant le nombre et le type de lits que le nombre de journées d'hospitalisation sont en

effet arrêtés pour chaque hôpital pris séparément. En outre, le taux minimal escompté d'occupation des lits est fixé. Pour les hôpitaux généraux, le quota des journées d'hospitalisation est déterminé annuellement et fixé d'une part sur base du nombre de lits existants et agréés au 1^{er} janvier de l'année de référence et d'une part sur base des taux d'occupation minimale des services suivants: pédiatrie (E) et maternité (M) 70% ; soins intensifs en néonatalogie (N) 75%, services de soins palliatifs reconnus (Sp-palliatifs) 90%, et autres services 80%. Lors de la préparation de l'avis, les normes relatives au taux d'occupation ont été suspendues *sine die* avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2001 (A.R. 15.10.01, MB 22.11.01).

Les règles suivantes s'appliquent aux sections B1 + B2 pour la révision du budget consécutive à la non-réalisation ou au dépassement du quota de journées d'hospitalisation :

- 1 Aucun montant n'est alloué pour toutes les journées d'hospitalisation non réalisées par rapport au quota autorisé. En dérogation à cette règle :
 - 1.1 un montant équivalant à 100 pour cent des sections B1 + B2 du prix de la journée d'hospitalisation est alloué aux unités pour grands brûlés et aux services de soins palliatifs reconnus (Sp-palliatifs).
 - 1.2 dans certains cas déterminés, un montant équivalent à 25 pour cent des sections B1 + B2 est alloué et calculé pour l'application du nombre de DJP et DJN, conformément à l'article 46bis (voir chapitre 2.5).
- 2 Pour les journées d'hospitalisation excédant le quota autorisé, un montant est alloué, qui équivaut à 25 pour cent de la valeur journalière de ces mêmes sections, calculées suivant l'application des DJP et DJN conformément à l'article 46bis (voir chapitre 2.5).

La question posée par le Dr Ramboer concerne essentiellement le financement par l'autorité des postes précités B1+ B2 du budget des hôpitaux. Pour 1997, le budget national alloué pour les postes B1 + B2 s'élevait à 122,086 milliards BEF (3,026 milliards d'EUR) (voir tableau VI).

2.5 Comparaison de la durée d'hospitalisation moyenne des hôpitaux généraux pris individuellement avec la durée d'hospitalisation moyenne nationale

En 1991, 10, 23 et 44% des hôpitaux généraux se situaient respectivement dans les zones -1 et +1%, -2 et +2%, et -5 et +5% de la durée de séjour moyenne nationale. Ce constat a servi de point de départ pour utiliser la durée d'hospitalisation moyenne en tant que critère d'efficacité budgétaire. Il est apparu également que ce sont principalement les hôpitaux ayant des activités gériatriques et psychiatriques qui enregistraient une efficacité budgétaire négative. Si l'on représente graphiquement la durée d'hospitalisation moyenne des hôpitaux par rapport à la durée d'hospitalisation moyenne standardisée pour chacune des pathologies, on constate une bonne corrélation pour laquelle on peut calculer un coefficient de corrélation de 0,78.

Ces données ont amené à conclure qu'environ 88% des différences de performances budgétaires relevées entre les hôpitaux trouvent leur origine dans la pathologie elle-même. Pour des raisons pratiques, les pathologies sont regroupées et l'on utilise de grandes catégories diagnostiques, aussi appelées « major diagnostic catégories » (MDC).

Au sein des sous-groupes MDC, on distingue les groupes de diagnostic proprement dits, appelés DRG (*Diagnosis Related Groups*). Cette distinction s'effectue sur la base du diagnostic principal, des diagnostics secondaires, des interventions chirurgicales, des techniques spéciales employées, de l'âge, du sexe, du décès éventuel du patient ou de la nature du renvoi, conformément au « *All Patient Diagnosis Related Groups, Definition Manual, version 10.0* ». Les affections les plus fréquentes en 1995 étaient celles liées aux systèmes moteur et du tissu conjonctif (MDC 8: 14,8%), les affections de la circulation sanguine (MDC 5: 11,7%), les troubles du système digestif (MDC 6:

10,6%), les grossesses et les accouchements (MDC 14: 8,5%) et les affections du système nerveux (MDC 1: 7%). Les pathologies relevant de la médecine interne représentent environ 60% des hospitalisations.

Dans le cas de pathologies similaires, les différences encore observées au niveau de la durée d'hospitalisation sont plutôt dues aux caractéristiques des patients hospitalisés.

2.6 Influence de la pondération DJP-DJN sur le budget de l'hôpital (article 46bis)

En application de l'article 46bis de l'arrêté ministériel du 2.8.1986² un pourcentage défini chaque année du budget total B1 + B2 n'est pas alloué immédiatement. C'est seulement lorsque le calcul DJP-DJN de tous les hôpitaux est connu que le budget B1 + B2 qui sera finalement accordé aux hôpitaux est communiqué, en tenant compte du montant retenu au départ afin de décourager les hôpitaux DJP et de stimuler les hôpitaux DJN (arrêté ministériel du 28.12.1994).

L'objectif consiste à appliquer progressivement l'article 46bis. En 1999, le montant retenu au départ sur le budget total B1 + B2 représentait 1,15% de 96,4 milliards BEF (2,39 mrd EUR), soit 1,1 milliard BEF (0,27 mrd EUR). La correction apportée en 1999 au budget B1 + B2 de 1998 ne peut cependant dépasser 7% du montant total octroyé initialement à l'hôpital en question. Après avoir reçu la proposition d'adaptation, le médecin en chef de l'hôpital peut soumettre les objections éventuelles au président de la commission RCM dans les trente jours.

L'article 46bis entend ainsi responsabiliser les hôpitaux afin de parvenir à une utilisation plus performante des budgets disponibles pour les soins de santé dans les hôpitaux généraux.

CHAPITRE III. OBJECTIONS AVANCEES CONTRE LE SYSTEME RCM

A l'examen du fonctionnement du système dit "RCM", le Comité consultatif de bioéthique (CCB) a pris connaissance non seulement des avantages, mais aussi de nombre de critiques formulées à l'égard du système. *L'information obtenue à ce propos ne résulte pas d'une enquête menée de façon systématique, mais a été rassemblée par les membres de la commission lors des audiences organisées, ainsi qu'à l'occasion de contacts professionnels desdits membres avec leurs patients, des prestataires de soins et des responsables d'hôpitaux.* Une oreille attentive a surtout été prêtée au patient habituel, qui est le premier affecté lorsque quelque chose tourne mal. Rappelons à cet égard l'assertion formulée lors du naufrage du Titanic: "Les premiers à avoir les pieds dans l'eau ont été les passagers du pont inférieur".

Ces plaintes sont parfois spécifiques au RCM, mais certaines concernent l'ensemble du système de soins de santé.

Les plaintes exprimées par les patients, par les prestataires de soins et par les directions d'institutions hospitalières seront successivement discutées.

² Cet arrêté fixe, pour les hôpitaux et les services hospitaliers, les conditions et règles de fixation du prix de journée, 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.

3.1 Remarques formulées par les patients

Face à la politique généralisée de sortie plus rapide de l'hôpital, un nombre croissant de patients se demandent s'ils ne sont pas amenés à quitter l'hôpital trop rapidement et si cette politique ne risque pas de compromettre la qualité optimale du traitement de l'affection justifiant leur admission. De nombreuses études démontrent en outre que les soins individuels à domicile s'avèrent plus coûteux pour le patient, quoique plus avantageux pour l'INAMI. En outre, les soins à domicile s'avèrent difficiles à organiser pour les isolés. Cela est dû à l'intervention de l'INAMI, relativement plus avantageuse en cas d'hospitalisation que lorsqu'on opte pour les soins à domicile. C'est ce qui explique pourquoi, dans ce dernier cas, tant la qualité que l'efficacité sont mises en péril.

Grâce au décret de la Communauté flamande du 30.3.1999, les frais non médicaux peuvent, en cas de soins à domicile, être partiellement remboursés via l'une des caisses d'assurance sociale à laquelle toute personne de plus de 25 ans est obligée de s'affilier. Cette assurance soins de santé constitue un fonds de solidarité qui intervient partiellement pour l'assistance et les services non médicaux, l'achat et le prêt de matériel, ainsi que pour l'indemnisation des services de prise en charge de proximité.

Durant leur hospitalisation, beaucoup de patients ont l'impression qu'ils n'ont pas la possibilité de réfléchir à tête reposée sur les décisions à prendre, en raison de la pression accrue en termes de temps. Il n'y a pour ainsi dire aucun délai de réflexion et la possibilité de demander un deuxième avis devient quasi inexistante. Dans ce contexte, il est pratiquement impossible d'obtenir un consentement véritablement informé, alors que celui-ci est essentiel.

Lorsqu'on ne tient pas compte des coûts des implications de la relation éthique entre soignants et patients – coûts qui ne sont pas compressibles indéfiniment –, on arrive incontestablement à une dégradation de la qualité des soins. Agir dans le respect de l'éthique exige souvent un surcroît de temps et de compétence, de sorte qu'il est nécessaire de faire appel à du personnel compétent supplémentaire, ce qui entraîne une augmentation des coûts. L'importance d'une relation de qualité entre les malades et les prestataires de soins est cependant reconnue et encouragée par l'autorité.

Nombre de patients hospitalisés ont également le sentiment que le temps consacré à la prise en charge et au traitement de leur affection est insuffisant. La discussion avec le médecin, au terme de la série d'exams, qui constitue une étape majeure pour la guérison et le traitement de la maladie, ne fait pas non plus l'objet d'une attention suffisante. Enfin, s'ils marquent leur satisfaction quant à la qualité et à l'efficacité des actes techniques, ils se sentent néanmoins lésés sur le plan humain. Un acte technique administré d'une façon humaine requiert un supplément de temps !

En l'absence de possibilités suffisantes de support familial et de soins à domicile professionnels, un grand nombre de patients à leur sortie de l'hôpital se sentent abandonnés et même exclus. Ceux-ci sont à la fois démoralisés et révoltés car il leur est impossible de faire appel contre une décision de renvoi prématuré de l'hôpital. Un certain nombre de personnes âgées à très âgées craignent même, surtout suite aux débats autour de la fin de vie, de ne plus recevoir les soins et traitements utiles jusqu'au moment de leur décès naturel.

Les patients se posent en outre de plus en plus de questions concernant le respect de leur vie privée lorsqu'ils sont informés des données administratives requises pour compléter leur dossier. L'informatisation croissante se traduit par une inquiétude quant au non-respect de la règle de confidentialité réservée aux données médicales et personnelles.

Enfin, certains patients commencent à se demander – surtout à l'heure de l'ouverture des frontières européennes – si le choix de l'hôpital et du traitement ne risque pas à l'avenir de se baser de

préférence sur l'efficacité – et donc sur des critères essentiellement économiques -, entraînant en corollaire un coût moindre pour l'État et les organismes d'assurance. Un lien trop étroit entre les autorités, les institutions d'assurance privées et les mutuelles ainsi que les hôpitaux peut en effet déboucher sur des accords globaux qui ne seraient pas toujours motivés par le bien-être des patients individuels et leurs besoins en termes de santé.

3.2 Remarques formulées par les prestataires de soins

Certains prestataires de soins des hôpitaux redoutent que l'infiltration croissante de principes et de termes économiques dans le domaine de la médecine n'amène à concevoir l'art médical comme un commerce, principe rappelé aux directives de la Commission européenne « *Good clinical practice* » et à l'article 10 du Code de Déontologie Médicale. Certains déplorent que l'enregistrement RCM engendre d'ores et déjà des conflits entre les médecins et les responsables administratifs de l'hôpital. Les premiers doivent à la fois fournir les données nécessaires et assurer les soins les meilleurs aux malades individuels. Les seconds, en revanche, contribuent à la qualité des soins prestés par le biais d'une bonne politique financière. La transmission en temps opportun des données RCM, qui sert de base pour le budget à allouer aux soins dont bénéficient les patients, en constitue une partie. Lorsqu'il s'agit d'affecter ledit budget en interne, la tentation est grande de consacrer en priorité l'argent reçu aux services susceptibles de présenter les données RCM les plus favorables plutôt qu'aux services où les besoins des patients sont les plus grands.

Dans le même ordre d'idées, il faut noter que la nomenclature existante rétribue de manière inéquitable les activités de soins favorisant les prestations techniques au détriment des actes intellectuels comme les consultations. Ceci amène à distinguer au sein de l'hôpital des spécialités financièrement rentables, et d'autres non rentables. Cette répartition débouche sur une confusion entre les concepts de qualité et d'effectivité des soins aux patients et les notions économiques d'efficacité et de rentabilité financière. Il n'en demeure pas moins que même ce qui est efficace sur le plan de la santé publique n'est pas nécessairement une garantie de qualité pour l'individu, surtout lorsque la rentabilité financière est le seul critère de référence.

Les dispensateurs de soins éprouvent le sentiment de plus en plus marqué que les préoccupations budgétaires interfèrent sur la relation individuelle médecin-patient, alors qu'un médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur situation sociale, leur nationalité, leurs convictions, leur réputation et les sentiments personnels qu'il éprouve à leur égard (ce qui est rappelé à l'article 5 du même Code de déontologie). La pression budgétaire met fréquemment les médecins, les infirmiers et le personnel paramédical dans des situations délicates, sources de crises de conscience et, à long terme, de phénomènes de "*burn-out*".

L'obligation imposée aux médecins de collaborer à l'enregistrement et au traitement des données RCM, afin d'assurer une utilisation optimale des ressources financières allouées par l'État à la santé publique et de les préserver pour l'avenir, peut en outre être en opposition avec leurs préoccupations relatives à la situation financière de leur institution. Il n'est donc pas étonnant de voir certains se laisser séduire par la tentation de ne pas remplir avec exactitude les données administratives requises ou encore de retraiter ultérieurement les données RCM enregistrées concernant le diagnostic principal et la co-morbidité de façon à ne retenir que la situation la plus favorable pour l'hôpital. Il existe effectivement des logiciels informatiques permettant d'« optimiser » post factum la présentation des données pour en obtenir le bénéfice maximum.

La pression continue exercée en vue de réduire davantage la durée d'hospitalisation pourrait également avoir des répercussions négatives sur le fonctionnement des hôpitaux. Le taux de

renouvellement des patients peut être tellement élevé que certaines normes de sécurité élémentaires ne seront plus suffisamment respectées, ce qui pourrait donner lieu à une hygiène insuffisante des locaux, un risque accru d'infections contractées à l'hôpital, un entretien insuffisant des appareils, une économie sur la formation permanente du personnel, etc. Une pression de travail excessive, due par exemple à l'imposition, par la direction de l'établissement hospitalier, d'une durée maximale de consultation, peut en outre provoquer des phénomènes de surmenage plus fréquents, entraînant dès lors des répercussions défavorables, tant pour les prestataires de soins que pour la qualité des soins dispensés aux patients. Tant la qualité des soins dispensés que l'efficacité des dépenses liées à l'hospitalisation s'en trouvent dès lors hypothéquées.

La transparence du système, la rationalisation et la stabilité de la législation sont indispensables au bon fonctionnement d'un système d'évaluation tel que le RCM. Les adaptations incessantes du système d'enregistrement et de traitement des données RCM, qui entraînent des conséquences diverses pour les finances futures des hôpitaux, manquent aussi de transparence, non seulement pour le personnel administratif, mais surtout pour les médecins. En effet, ils ne reçoivent que tardivement, et très partiellement, et parfois même jamais ces informations à propos des modifications des règles et de leurs conséquences.

Les informations diffusées sont en outre morcelées, de sorte que le médecin ne sait jamais avec certitude s'il dispose effectivement des dernières directives. Ces adaptations et modifications incessantes empêchent également la direction des hôpitaux de prendre des décisions stratégiques à long terme.

Nombre de médecins estiment que le traitement d'un nombre croissant de données médicales personnelles, tout comme le rattachement potentiel de celles-ci à plusieurs bases de données, risquent de miner le respect de la vie privée des patients ainsi que le secret professionnel auquel sont astreints les médecins, et ne sont en tout cas pas de nature à renforcer la confiance des patients à l'égard du corps médical. L'initiative lancée récemment par un certain nombre d'organismes d'assurances privés et de mutuelles, qui demandent à recevoir non seulement les notes de frais mais aussi un double des données RCM et même une copie du document de fin d'hospitalisation, offre un exemple à ce propos. Le respect insuffisant du droit à la vie privée ne peut être accepté, car il comporte le risque de miner l'efficacité du système de santé. Il peut inciter les patients à s'abstenir volontairement de communiquer des données personnelles indispensables à une approche correcte du diagnostic et du traitement de leur affection. L'anamnèse du patient est encore toujours un élément important du diagnostic clinique.

3.3 Remarques formulées par la direction des hôpitaux

Les remarques formulées plus haut concernant le manque de transparence du système RCM, les modifications incessantes dans les modalités de collecte des données et l'impact de celles-ci sur le calcul du montant de la journée d'hospitalisation sont également formulées par les gestionnaires d'hôpitaux. Ils se plaignent par ailleurs de la méconnaissance du système dont font preuve les médecins et de la difficulté de former les agents responsables de la collecte des informations. Certains regrettent le développement d'une technologie commerciale de pointe qui consiste à faire dépendre l'enregistrement RCM du diagnostic principal et de la co-morbidité, non pas de faits médicaux mais plutôt d'un bricolage *post factum* consistant à compléter les données sous l'angle financier le plus favorable. Cette situation est certainement favorisée par le manque d'efficacité du système de contrôle appliqué.

L'incertitude d'obtenir un remboursement complet ou partiel des frais engagés pour la gestion de l'hôpital renforce le sentiment de malaise des directions d'hôpitaux, qui sont en outre confrontées au

remboursement tardif des montants dus. Il convient également de ne pas perdre de vue que la hausse des salaires, la multiplication et l'extension des normes d'agrément, le respect de prescriptions de sécurité et d'impératifs environnementaux toujours plus nombreux, le montant toujours plus élevé des primes d'assurance et l'accroissement du nombre de demandes d'indemnisation, font en sorte que les directions d'hôpitaux éprouvent de plus en plus de difficultés à élaborer un budget et à maintenir l'équilibre financier de leur institution. Dans ce contexte d'incertitude financière, il arrive – bien que cette attitude ne soit jamais acceptable – qu'un certain nombre de directions d'hôpitaux ne se contentent pas de stimuler les médecins, mais les obligent pratiquement à exécuter des examens techniques onéreux et inutiles en rapport avec leur approche clinique.

L'incertitude financière entraîne enfin une concurrence illicite préjudiciable à la collaboration censée régner entre les différents hôpitaux. A l'avenir, le renforcement de cette collaboration s'avérera encore plus important pour permettre une diffusion efficace, à l'échelle nationale, des appareils et équipements onéreux et pour en optimiser l'usage. L'impact de la législation réglementant le RCM peut également exercer une pression intenable sur les gestionnaires qui hésitent à développer ou non leur institution, plus ou moins qualitativement, pour le bien des patients hospitalisés. Il entraîne par ailleurs l'apparition de situations néfastes pour les patients, étant donné que les décisions ne sont pas prises en priorité sur base de leurs besoins mais en fonction de l'indemnité la plus favorable allouée par l'autorité. Ce faisant, on voit apparaître ou s'accroître un désaccord entre la direction de l'hôpital et les médecins, les infirmiers et les collaborateurs qui y travaillent. L'autorité doit comprendre qu'en élaborant des plans et en prenant des décisions tardives et peu judicieuses, on reporte *in fine* le problème sur les citoyens, c'est-à-dire les patients, les travailleurs du secteur des soins de santé et les directions des hôpitaux.

CHAPITRE IV. CONSIDERATIONS ETHIQUES

4.1 Directives existantes relatives au rôle social de l'État et des médecins

L'État a le devoir de gérer les ressources publiques de la manière la plus efficace possible en évitant les dépenses inutiles et superflues et en orientant les montants ainsi dégagés vers les secteurs où les besoins existent. C'est à l'État qu'incombe également la mission d'attribuer une partie raisonnable et suffisante de ses ressources aux soins de santé des citoyens, d'en contrôler l'utilisation et de veiller à assurer un accès égal aux soins de santé à tous les citoyens. Cette mission trouve son fondement dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), la Charte d'Ottawa (1986) et la Convention sur les droits de l'homme et la Biomédecine (1996) – qui n'a pas été signée par la Belgique-, en vertu desquelles l'accès aux soins médicaux constitue un droit fondamental de tout être humain. La dernière Convention citée contient trois articles essentiels pour l'avis éthique demandé :

Article 2 Prévalence de l'être humain

L'intérêt et le bien de l'être humain doivent prévaloir sur le seul intérêt de la société ou de la science.

Article 3 Accès équitable aux soins de santé

Les Parties prennent, compte tenu des besoins de santé et des ressources disponibles, les mesures appropriées en vue d'assurer, dans leur sphère de juridiction, un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée.

Article 4 Obligations professionnelles et règles de conduite

Toute intervention dans le domaine de la santé, y compris la recherche, doit être effectuée dans le respect des normes et obligations professionnelles, ainsi que les règles de conduite applicables en l'espèce.

De même, le Code de Déontologie Médicale (1977) établi par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, fait référence au rôle social du médecin, aussi bien à l'égard de ses patients (art.5) qu'à l'égard de la communauté (art. 8). La responsabilité sociale et économique du médecin est précisée plus loin aux articles 36, 100 et 101. C'est ainsi que l'article 36 a trait à la liberté diagnostique et thérapeutique, de même qu'à ses limitations, comme celle d'éviter l'emploi de moyens diagnostiques et thérapeutiques inutilement coûteux. L'article 100 dispose que chaque médecin, quel que soit le milieu dans lequel il travaille doit s'efforcer d'améliorer la qualité des soins. L'article 101 apporte des précisions supplémentaires: « Le médecin apporte sa contribution personnelle à la mission qui incombe collectivement au corps médical de promouvoir la santé de la population. Le corps médical apporte son concours, dans le respect des règles de la déontologie et des droits de l'individu, aux formes de sécurité sociale qui ont pour but d'assurer à tous les citoyens les soins de santé les meilleurs ».

4.2 Considérations éthiques portant sur le système du RCM

Aux chapitres Ier et II, il a été montré que le système RCM s'inscrit dans le cadre de l'affectation équitable des ressources financières de la santé publique en général et des financements publics destinés aux hôpitaux généraux en particulier. Médecins et sociologues savent pertinemment que les soins de santé sont une matière à ce point complexe d'un point de vue technique qu'elle ne peut plus être financée individuellement d'une part et qu'elle doit être organisée collectivement d'autre part, si l'on entend maintenir le niveau de santé de tous les membres de la collectivité (M.J.Renaer, 2000, p.21). C'est ainsi qu'au cours du 20^e siècle, la profession médicale a été intégrée dans un ensemble plus vaste, la santé publique, qui est devenue une composante de la sécurité sociale (Van Neste, 2001).

Trois groupes d'intérêts jouent actuellement un rôle sur la scène médicale: les demandeurs de soins (les patients), les prestataires de soins (médecins, personnel infirmier et responsables hospitaliers) et, enfin, les financiers (les mutuelles, les assureurs privés et les pouvoirs publics). Cette situation influe également sur l'éthique du traitement médical. Pendant la dernière moitié du siècle précédent, la vision hippocratique du patient a connu une évolution progressive, passant du "*beneficere, non nocere*" au respect de l'autonomie du patient et au principe équitable de l'égalité d'accès à des soins de santé de qualité. Il était indispensable de concilier la complexité croissante de l'acte médical avec l'accroissement de la complexité éthique. Au cours des années à venir, un quatrième groupe – l'industrie pharmaceutique et médicale – viendra très probablement s'ajouter à la triade susmentionnée, ce qui entraînera d'autres implications éthiques. Dans la plupart des cas courants, les problèmes médico-éthiques se posent dans le cadre de la relation individuelle patient-médecin. A mesure que l'intervention médicale devient plus complexe, l'éthique médicale doit cependant être envisagée sous une perspective plus large incluant la politique en matière de santé et le financement. Il n'est dès lors pas étonnant que l'atteinte d'un consensus entre les différentes entités soit régulièrement source de tensions, avant que l'on puisse parvenir à une solution acceptable sur le plan éthique et médical.

4.2.1 Situation éthique du système RCM

Le RCM est un outil qui permet de comparer la durée de séjour nécessaire par type de pathologie entre les différentes institutions. L'enregistrement et l'utilisation de ces données aux fins de déterminer la durée d'hospitalisation optimale par type de pathologie, n'est pas critiquable en soi. Il est normal que l'État mette en place des systèmes afin d'optimiser l'utilisation de ses ressources financières. La critique éthique majeure à l'encontre de l'outil RCM actuel est qu'il ne définit pas de durée optimale de séjour ; il ne prend en considération que l'évolution des médianes de durée de séjour, mais en aucun cas la qualité des soins dispensés. Ce système conduit ainsi, via les pénalités et récompenses financières liées respectivement aux DJP et DJN, à un cercle vicieux impliquant une diminution continue de la durée des séjours hospitaliers destinée à obtenir, en fin d'exercice, une balance DJP/DJN aussi favorable que possible. Les responsables administratifs n'ont parfois pas suffisamment conscience du moment où la qualité des soins est mise en péril. L'usage actuel du système RCM s'inscrit essentiellement dans le cadre de la logique économique de la rentabilité de la médecine hospitalière. L'éthique médicale ne doit pas seulement tenir compte des contraintes financières, mais également encourager tous les citoyens et les autorités responsables à participer aux coûts de soins de santé qui soient équitables pour tous. D'un point de vue éthique, il convient de porter une attention particulière aux patients atteints d'une affection chronique et aux personnes en situation de précarité sociale et économique.

Le système actuel entend certainement apporter des améliorations dans le secteur hospitalier et déterminer l'orientation à suivre à cet effet. Il devrait dès lors assurer la répartition des moyens financiers au sein du secteur hospitalier sur une base objective et équitable. Ce système poursuit cependant aussi l'objectif implicite qui consiste à réduire le nombre de journées d'hospitalisation et à réduire ainsi les dépenses globales des hôpitaux. Le Comité n'a en principe aucune objection à cet égard, pour autant que ces mesures soient destinées à rapprocher les durées d'hospitalisation d'une moyenne définie comme correspondant à un compromis optimal, tenant compte des besoins des patients et des coûts que leur hospitalisation engendre. Cependant une stratégie économico-financière ne peut en aucun cas mettre en danger l'exercice d'un art médical de qualité ou entraîner l'impossibilité de recevoir des soins médicaux pour certains groupes de la société, tels que les personnes âgées, les chômeurs, les personnes non protégées, etc.

4.2.2 Facteurs à implications éthiques

Pour rendre le RCM praticable, il est nécessaire de fixer à temps et de faire connaître le budget alloué aux hôpitaux généraux pour les soins de santé, ainsi que les sous-budgets.

Part du budget de la santé dans le PNB

Il revient à l'autorité d'affecter équitablement les montants aux différentes tâches dont elle est responsable. D'un point de vue éthique, ces dernières n'ont pas le même poids. A cet égard, l'accès aux soins de santé des citoyens les plus vulnérables constitue certainement une priorité. On peut souligner les tensions qui apparaissent entre la nécessité de limiter l'augmentation du budget consacrée aux soins de santé alors que d'autre part, la population vieillit de plus en plus et que les progrès thérapeutiques, toujours plus nombreux, vont souvent et malheureusement de pair avec une hausse des coûts. La grande question de demain porte sur la manière équitable et solidaire d'assurer à la fois le bien-être des patients, le respect des obligations des professionnels de la santé et le discernement dans l'utilisation des ressources économiques par l'autorité. Chaque citoyen doit également être prêt à y contribuer en fonction de ses propres possibilités.

Soins à domicile

Si le Comité (CCB) peut comprendre le souhait des autorités de diminuer les dépenses hospitalières,

il tient cependant à souligner que ceci ne peut être fait sans se soucier des besoins en soins de santé ambulatoires. En effet, la sortie plus précoce des patients de l'hôpital implique alors nécessairement que soient assurés des investissements pour garantir la continuité des soins en dehors de l'hôpital et, bien entendu, lors du retour à domicile.

C'est ainsi que l'intervention de l'INAMI pour les traitements, les soins, les médicaments, etc. est en règle générale plus favorable pour le patient lors d'une hospitalisation qu'en cas de soins pratiqués à domicile. En 2001, un certain nombre d'initiatives encourageantes ont cependant été prises à cet égard, telle l'assurance flamande spéciale pour les soins de santé, dont le lancement a pu être anticipé au 1^{er} octobre 2001 (voir point 3.1) et l'instauration, par le ministre Frank Vandebroucke, d'une facture de soins de santé maximale par famille, en fonction de ses revenus. Récemment, le Ministre a pris des initiatives supplémentaires pour réaliser dans de diverses circonstances une intervention plus importante dans les tickets modérateurs (voir annexe 1). Une partie de plus en plus importante des dépenses de santé n'est toutefois plus remboursée et ne bénéficie pas non plus des mesures avantageuses applicables aux tickets modérateurs.

Extensions de l'usage du RCM

D'après les informations recueillies par le Comité dans le cadre du présent dossier, le système d'enregistrement RCM devrait servir de base au financement de la totalité des dépenses hospitalières (voir chapitre 1.6). Il semble, en outre, que les communautés se proposent d'utiliser les données du système pour guider les décisions en matière de programmation hospitalière. Il apparaît donc que le problème traité ici dépasse de loin la seule intervention dans les frais de fonctionnement B1 + B2 des hôpitaux généraux (voir chapitre 1.6 et Tableau VI). Il est d'autant plus urgent que les analyses effectuées tiennent compte de la qualité des soins, des besoins de la population et ne se limitent pas aux finalités économiques.

Contrôle

Le Comité (CCB) estime devoir attirer l'attention sur le fait que l'usage du RCM comme instrument de mesure, a fortiori si on élargit ledit usage, doit être débarrassé de ses définitions imprécises et de ses éventuels abus. Les contrôles nécessaires doivent être développés et mis en œuvre afin d'empêcher la manipulation des données.

Confidentialité

Face au peu de transparence du système RCM et à l'insécurité souvent exprimée quant à la confidentialité des données enregistrées, il apparaît indispensable que les sécurités soient prises pour assurer cette confidentialité. Si ces mesures apparaissent comme insuffisantes, elles doivent pouvoir être renforcées de toute urgence. Le respect de la vie privée du patient est essentiel pour maintenir la confiance des patients à l'égard du corps médical et, plus globalement, des acteurs du secteur de la santé.

Prévention

Une meilleure coordination et collaboration entre les différents niveaux de distribution des soins, tels que les services préventifs, la médecine de première ligne, les hôpitaux régionaux, les hôpitaux universitaires, devrait permettre non seulement de réduire le coût global des soins de santé, mais également d'améliorer la qualité des soins et l'état de santé global de la population. Le Comité (CCB) souhaite, une fois de plus, attirer l'attention sur les conséquences d'une réforme isolée du financement des soins hospitaliers sur l'ensemble des soins médicaux prodigués. Si l'accès à la médecine hospitalière devient malaisé, la contribution personnelle des malades augmentera, ce qui risque d'exclure une partie de la société de l'accès à certains soins. De même, le retour précoce à domicile ne peut se concevoir sans une meilleure collaboration entre les hôpitaux et les soins de première ligne et sans valorisation de cette même collaboration.

Pour déterminer la durée d'hospitalisation individuelle optimale, il faut non seulement prendre en

considération la maladie qui touche le patient, mais aussi la situation socio-économique de ce dernier.

Solidarité transfrontalière

Peut-être n'est-il pas incongru de souligner que les pays économiquement florissants ont également l'obligation éthique d'aider à soulager les besoins en soins de santé des régions moins favorisées du monde, dans le cadre de leur contribution à l'aide au développement. C'est là une raison de plus pour que chacun, du patient au prestataire de soins de santé, utilise avec parcimonie les moyens disponibles.

CHAPITRE V. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Selon la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, tout homme a droit à un standard de vie suffisant pour garantir sa santé, y compris en ce qui concerne les soins médicaux et les services sociaux nécessaires (art. 25). Par ailleurs, l'individu a des obligations à l'égard de la société au sein de laquelle il peut s'épanouir (art. 29).

Il est du devoir des autorités de prévoir un financement des soins de santé suffisant pour que chaque citoyen ait accès aux soins que son état nécessite. La Belgique peut s'enorgueillir de disposer, depuis plus de 50 ans, d'un système de sécurité sociale et de distribution des soins de santé, qui permet d'atteindre cet objectif. Le coût ne cesse cependant d'augmenter, alors que la population renâcle à accroître sa contribution au travers d'une augmentation de l'impôt.

Cette situation est commune à tous les pays industrialisés. Tous ont, dès lors, mis en place différents systèmes de rationalisation voire de rationnement pour maintenir le coût des soins de santé dans un cadre budgétaire acceptable par la population.

Le résumé clinique minimum (RCM) s'inscrit dans cette stratégie à côté d'autres initiatives, Résumé Infirmier Minimum (RIM), Résumé Financier Minimum (RFM), Profil des médecins, Pharmanet, groupes locaux d'évaluation de la qualité médicale (GLEM), etc...

Le RCM a pour objectif principal d'évaluer la lourdeur des soins distribués à l'hôpital, la manière dont ces soins sont réalisés et par voie de conséquence, d'adapter le financement en fonction des besoins. Dans son principe, cette stratégie ne soulève aucune objection éthique.

L'état fournit les moyens, on ne peut lui reprocher de vérifier la manière dont ceux-ci sont utilisés. La procédure de collecte des données, la manière dont les résultats sont interprétés et les conséquences qui en découlent, par contre, soulèvent des remarques et des questionnements éthiques.

La plus grande critique éthique que l'on puisse formuler à l'égard du RCM est que le système actuel, par le biais de pénalités financières et de gratifications associées à la pondération DJP-DJN incite les responsables financiers des hôpitaux à réduire le plus possible la durée d'hospitalisation, indépendamment de l'évolution de l'état de santé du patient, pour être certains d'obtenir de l'INAMI un remboursement pécuniaire aussi favorable que possible. D'autre part, il n'est pas possible que les prestataires de soins puissent prolonger individuellement la durée d'hospitalisation, au cas où elle serait médicalement indiquée, sans entraîner un désavantage financier pour l'établissement au sein duquel ils travaillent.

5.1 Le Comité considère que la **distribution des soins** est un **tout**. Une intervention à un niveau déterminé du système de santé, telle la diminution des journées d'hospitalisation autorisées, entraînera inévitablement une surcharge de travail pour les soins à domicile, non seulement en raison des difficultés accrues d'accès à l'hôpital, mais aussi à cause du retour à domicile plus

précoce de patients nécessitant des soins relativement lourds. La charge de travail augmentera également à l'hôpital sous l'influence de l'augmentation du niveau pathologique des malades restants. Les conséquences de la charge de travail, qu'elles se traduisent sous la forme d'un glissement ou d'un accroissement, ne peuvent être négligées lors de la mise en œuvre d'une nouvelle politique.

En raison de ses structures fédérales et régionales, notre pays est particulièrement vulnérable face aux glissements des responsabilités. A titre d'exemple, pas moins de cinq ministres ont dû parvenir à une décision unanime concernant la vaccination contre l'hépatite B introduite récemment. Une concertation permanente entre les différents ministères compétents, à l'échelon fédéral et communautaire, est donc impérative.

5.2 Le **système RCM actuel** prend pour l'instant comme référence la moyenne de durée de séjour par pathologie. Cette référence, **purement statistique**, ne prend pas du tout en compte la qualité du résultat obtenu en termes de santé de l'individu et de la population dans son ensemble. Le degré de satisfaction du patient et du soignant n'est absolument pas pris en considération dans les relevés actuels.

Le RCM est un outil qui permet de comparer la durée de séjour nécessaire par type de pathologie entre les différentes institutions. L'enregistrement et l'utilisation de ces données aux fins de déterminer la durée d'hospitalisation optimale par type de pathologie, n'est pas critiquable en soi. Il est normal que l'État mette en place des systèmes afin d'optimiser l'utilisation de ses ressources financières. La critique éthique majeure à l'encontre de l'outil RCM actuel est qu'il ne définit pas de durée optimale de séjour ; il ne prend en considération que l'évolution des médianes de durée de séjour, mais en aucun cas la qualité des soins dispensés. Ce système conduit ainsi, via les pénalités et récompenses financières liées respectivement aux DJP et DJN, à un cercle vicieux impliquant une diminution continue de la durée des séjours hospitaliers destinée à obtenir, en fin d'exercice, une balance DJP/DJN aussi favorable que possible. Les responsables administratifs n'ont parfois pas suffisamment conscience du moment où la qualité des soins est mise en péril.

Le Comité (CCB) considère que cette référence purement statistique devrait être remplacée par une durée d'hospitalisation déterminée de manière scientifique. Le développement et le financement de la médecine factuelle (*evidence based medicine*), indépendamment du lobbying industriel, devrait fournir les informations nécessaires pour permettre de définir des recommandations concernant la durée d'hospitalisation et tenant compte à la fois, du coût et des gains de santé qualitatifs et quantitatifs. Cette évaluation ne peut se limiter à apporter une solution aux besoins des individus, mais doit prendre en compte les attentes de la société dans son ensemble.

Le Comité est particulièrement sensible à la prise en charge du patient isolé, lors de son retour à domicile. A mesure que les patients quittent l'hôpital plus tôt et réduisent d'autant les frais hospitaliers, l'autorité devrait veiller à ce que les soins prodigués à domicile se multiplient. Une augmentation des lits dans les maisons de repos et de soins (MRS), la multiplication des possibilités de séjours de courte durée, la prise en charge de nuit ou l'hospitalisation de jour – selon les besoins – constituent une nécessité absolue. Il est évident que des investissements supplémentaires sont nécessaires pour assurer l'accueil des patients dans ces dernières structures, afin de permettre aussi bien leur construction à neuf que leur réaménagement. Ce n'est qu'en procédant de la sorte que le séjour gardera tout son sens et permettra la revalidation tout en favorisant la réintégration dans la société. L'élaboration de diverses normes de soins à domicile et l'assistance aux services de prise en charge de proximité sont des priorités tout aussi importantes. Les médecins généralistes et les infirmiers à domicile devront être davantage impliqués dans l'acquisition de nouvelles techniques et plans de soins, qui sont jusqu'à présent utilisés exclusivement en hôpital, et devront les adapter aux soins à domicile. Ce qui, actuellement, fait partie de la routine hospitalière ne sera pas

automatiquement réalisé au domicile du patient. Il faut également prévoir qu'en cas de retour précoce à domicile, le patient, éventuellement accompagné de son médecin généraliste et d'un infirmier à domicile, devra continuer à être suivi par le médecin hospitalier afin de garantir une évolution sûre de la maladie. Si une ambulance est nécessaire pour transporter le malade de son domicile à l'hôpital, il suffit de quelques occurrences pour que le patient dépasse la limite supérieure du remboursement autorisé, ce qui représente pour lui une charge financière supplémentaire.

5.3 La pression exercée sur le corps médical et le monde hospitalier dans son ensemble pour réduire la durée d'hospitalisation conduit à un conflit éthique.

Sous la pression culpabilisante des autorités et parfois du gestionnaire, le médecin pourrait être tenté, voire invité à adapter la **durée d'hospitalisation en fonction des contraintes économiques et statistiques**, plus qu'en fonction des besoins particuliers du patient.

5.4 La collecte des données, en particulier à travers un système informatique, doit respecter de manière scrupuleuse **l'anonymat des patients**. Cette obligation doit être rencontrée à l'hôpital lors de la saisie des données, mais également tout au long de la chaîne de traitement de celles-ci. La connexion des données personnelles relatives aux diagnostics et aux traitements mis en œuvre avec d'autres systèmes de données devrait être limitée au strict minimum et soumise aussi à une procédure fixée avec un degré d'exigence élevé et conformément à l'article 458 du Code pénal sur le secret professionnel, à la législation sur le respect de la vie privée (Loi 8.12.1992) et à la législation relative aux droits des patients (en projet). Le législateur devrait également prendre garde à l'érosion croissante et inutile du secret médical, une condition indispensable pour préserver la relation de confiance unissant le médecin et son patient. Le couplage sans cesse croissant d'autres banques de données au système RCM est source d'inquiétude constante tant chez les patients, qui craignent pour leur droit au respect de leur vie privée, que chez les médecins, qui redoutent de voir mis à mal le secret professionnel, élément fondamental de la relation thérapeutique.

5.5 Il est **inadmissible** que des **omissions**, volontaires ou non, ainsi que des **manipulations** visant à contourner les règles ou à obtenir des avantages outrepassant ce qui est permis, influencent les revenus financiers des hôpitaux et la politique hospitalière. Un **système de contrôle** clair et efficace doit être mis en place et des sanctions définies. Aucun contrôle ou sanction ne peut cependant remplacer le sens des responsabilités, tant sur le plan éthique que déontologique, des divers acteurs: corps médical, personnel infirmier et personnel hospitalier administratif.

5.6 Le système de collecte de données et leur exploitation dans le résumé clinique minimum devraient être plus transparents. La gestion des données relatives à la santé n'est pas simple, comme en témoigne la nécessité d'élaborer un arrêté ministériel fixant les critères d'agrément des médecins spécialisés dans la gestion des données de santé (A.M. 15.10.2001, MB 13.12.2001). Les directives devraient être communiqués de façon plus transparentes, en temps opportun, et certainement pas *a posteriori*. C'est ainsi que l'on a récemment appris que les normes relatives au taux d'occupation (voir 2.3) ont été suspendues sine die avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2000 (A.R. 15.10.2001, MB 22.11.2001). Il conviendrait de réduire l'intervalle entre la collecte des données et la fixation définitive du budget, ce qui devrait réduire la charge des intérêts payés sur les capitaux empruntés par les hôpitaux. Toutes ces adaptations seraient susceptibles d'atténuer l'incertitude financière, source de tension entre les responsables administratifs et les acteurs de la santé.

Comme il est mentionné au chapitre III, le système actuel du RCM ne peut fonctionner à suffisance sans accompagnement et contrôle supplémentaires, ni sans d'éventuelles sanctions.

5.7 Le système RCM a été instauré à un moment où l'on était globalement convaincu que la durée d'hospitalisation des patients dans les hôpitaux généraux était exagérément longue. Pour

l'heure, la **durée d'hospitalisation a diminué à tel point que l'on a atteint une situation critique.** La réduire encore mettrait en péril la santé d'un nombre croissant de personnes, et en particulier de celles ne disposant que d'un faible revenu et dont la maladie chronique nécessite des traitements spéciaux. Dans l'attente d'autres mesures, la durée moyenne d'hospitalisation actuellement fixée comme principe doit être temporairement gelée. Le temps et l'énergie ainsi libérés devraient être consacrés à une évaluation pluridisciplinaire et globale du système RCM actuel en rapport avec la santé de la population et de certains groupes de patients avec des pathologies diverses.

5.8 Enfin, le candidat-médecin devrait, déjà au cours de sa formation médicale, être mis au courant du prix coûtant, pour le patient et pour la société, de ses postulats diagnostiques et thérapeutiques. Le candidat-médecin devrait également être informé de la manière d'appliquer un diagnostic et une thérapie optimaux sur base d'un budget économe. Peut-être cette proposition pourrait-elle être réalisée en adjoignant un médecin spécialiste de la gestion des données de santé aux responsables de la formation clinique ?

Abréviations utilisées

RCM	Résumé clinique minimum
RIM	Résumé infirmier minimum
DJN	Différence négative de journées d'hospitalisation
DJP	Différence positive de journées d'hospitalisation
DMN	Durée de séjour moyenne Nationale
DRG	Diagnosis related groups
MDC	Major diagnostic category
MKG	Minimale klinische gegevens
MVG	Minimale verpleegkundige gegevens
NGL	Nationaal gemiddelde ligduur
NAL	Aantal negatieve ligdagen
PAL	Aantal positieve ligdagen

Références

- 1 BELLAMY C., "The state of the world's children", Unicef, New York, 1999
- 2 "Compendium gezondheidsstatistiek 2001", Belgisch Instituut Gezondheidseconomie (BIGE), Brussel, 2001, 1-141
- 3 BINDMAN AB, "Managed Care", Stein J.H. Internal Medicine, St. Louis: Mosby, 1998, 29-34
- 4 "Vademecum begroting van de sociale zekerheid", Begrotingscontrole 1999, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Koninkrijk België
- 5 CORENS D., BEECKMANS J., VAN OYEN H., DECOSTER C., "Health care in Belgium", Federal Ministry of Social Affairs, Public Health and Environment, Brussels 2001
- 6 DERCOQ J-P., SOMERS A., SMETS D., DESANTOINE D., VAN LOO G., "Les coûts en soins de santé à la fin de la vie", Revue Belge de Sécurité sociale, 1998, 303-315
- 7 DOUBILET P., WEINSTEIN M., McNEIL B.J., "Use and misuse of the term "cost effective" in medicine", N. Engl. J. Med., 1986, 314, 253-256
- 8 « La mesure de la production hospitalière », Les Cahiers de la M.M.I.S.S. (Actes du colloque des 25 et 26 mars 1998), Ecole de Commerce Solvay / Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, 1998
- 9 "Care of patients and subterfuge, in equal parts", Editorial, Lancet, 1999, 354:1743
- 10 ERDMANN Y., WILSON R., "Managed care: a view from Europe", Ann. Rev. Public Health, 2001, 22, 273-291
- 11 GILLET P., FECHER F., "Evaluation du système de financement des journées hospitalières en fonction des pathologies", Bulletin des résumés d'informations hospitalières, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 1999, N° 16:3-7
- 12 "Financiering van de ziekenhuizen 1999. Gezondheidszorg 1999", Kluwer Editorial, 16:6/10-6/31
- 13 "Financiering van de ziekenhuizen in 2001. Gezondheidszorg 2001", Kluwer documenta, 18(7): 1-15
- 14 LABART N., MERTENS I., « Analyse comparative des Résumés Cliniques Minimum de 1993 à 1995 », Bulletin des résumés d'informations hospitalières, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, 1999, n°16:17-23

- 15 MELTZER M.I., « Introduction to health economics for physicians, *Lancet*, 2001, 358: 993-998
- 16 MOENS M., « Financement des hôpitaux », *Le médecin spécialiste*, 2000, N°1 :12-13
- 17 NYS H., “Van ethiek naar recht”, Antwerpen, Maklu, 1995
- 18 NYS H., “De Rechten van de patiënt. Gids voor patiënten en zorgverleners die in deze Eistijd voor een vertrouwensrelatie kiezen”, Leuven, Universitaire Pers Leuven, 2001
- 19 OFFNER E., ZACKER HB., “Managed care”, Dershewutz RA. *Ambulatory pediatric care*, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1999, 22-28
- 20 « Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 », Organisation Mondiale de la Santé
- 21 PEERS J., GILLET P., HERMESSE J., POLUS C., “Les Soins de Santé en Belgique”, Bruxelles, Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l’Environnement, 1999, 1-227
- 22 RENAER M.J., “Kritische beschouwingen over geneeskunde en gezondheidszorg”, Leuven, Universitaire Pers, 2000
- 23 RICHARDS, T., “Medecine in Europe”, *British Medical Journal*, London, 1992
- 24 TASIAUX M., GOBEAUX M., LABART N., “Fixation des sous-parties B1 et B2 au 1er janvier 1997 dans les hôpitaux aigus”, *Bulletin des résumés d’informations hospitalières*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l’Environnement, Bruxelles, 1999, N° 16: 8-16
- 25 “Global aging into the 21th century”, US Census Bureau, Washington DC, National Institute of aging., 1996
- 26 VAN NESTE F., “Levenseinde en rantsoenering van medische zorg”, *Acta Med. Cathol.* 2001, 70 (2): 79-88

TABLEAU I

BUDGET AFFECTE AUX SOINS DE SANTE, PAR TETE D'HABITANT, EN 1997 (en dollars US)

(Erdmann Y., Wilson R. 2001)

Belgique	1.918		
Canada	1.783	Pays-Bas	2.041
Danemark	2.574	Norvège	2.283
Allemagne	2.713	Autriche	2.277
Estonie	204	Portugal	845
Finlande	1.789	Espagne	1.071
France	2.369	Royaume-Uni	1.303
Grèce	905	U.S.A.	4.187
Italie	1.855	Suède	2.456
Lettonie	140	Suisse	3.564
Lituanie	167		

Union européenne (moyenne pour 1996): 1.562 US\$

TABLEAU II

FRACTION, EN POUR CENT, DES PRINCIPAUX SECTEURS DE SOINS DE SANTE INTERVENANT DANS LE COÛT TOTAL DES SOINS DE SANTE DE 1994

(Erdmann Y., Wilson R. 2001)

PAYS	NURSING	DENTISTERIE	MÉDICAMENTS	SOINS AMBULATOIRES	HOSPITALISATION
Belgique	10.4	7.7	15.4	16.3	37.3
Canada	11.9	5.8	14.0	9.8	47.3
Danemark	18.0	5.0	9.2	8.2	49.7
Allemagne	10.4	10.4	14.6	14.8	35.8
France	5.3	6.0	16.8	15.0	45.1
Grèce	3.0	6.2	21.3	18.1	41.3
Italie	7.3	4.8	17.8	18.5	43.5
Pays-Bas	13.9	4.6	11.2	9.6	44.2
Autriche	14.0	8.4	7.8	16.6	48.0
Portugal	6.0	6.2	20.5	21.3	33.1
Espagne	7.1	8.0	19.7	17.3	42.4
Royaume-Uni	17.2	4.0	12.7	12.2	41.0
U.S.A.	11.5	5.6	7.7	22.2	39.4
Suède	16.5	9.0	9.7	11.7	39.6
Suisse	8.1	8.3	10.2	15.5	52.2
Union Européenne	9.8	6.8	15.6	15.4	41.0

* Chiffres moyens

Les totaux sont inférieurs à 100 pour cent étant donné la suppression des postes les moins significatifs.

Nursing = “community nursing” et “soins infirmiers de longue durée”

TABLEAU III
CAPACITE GLOBALE ET ACTIVITE DES HÔPITAUX

Pays	Lits par 1000 hab.		Occupation %		Moyenne des journées de séjour	
	1985	1996	1985	1996	1985	1996
Belgique	16.9	7.2	85.2	83.0	16.9	11.3
France	15.5	8.7	81.2	81.1	15.5	11.2
Pays-Bas	34.3	11.2	90.2	88.7	34.3	32.5
Allemagne	18.0	9.6	85.8	80.9	18.0	13.6
Roy. Uni	15.8	4.5	80.8	81.0	15.8	9.8
Italie	12.2	6.6	67.8	73.4	12.2	9.4
Espagne	13.4	3.9	75.2	79.9	13.4	10.0
Autriche	14.1	9.2	82.1	78.8	14.1	10.5
Finlande	19.9	9.2	85.3	-	19.9	11.6
Suède	21.3	4.4	85.8	81.9	21.3	7.5

BIGE Compendium (2001) p.96

TABLEAU IV
INDICES DE SANTE

PAYS	Espérance de vie 1998(années) *		Mortalité en dessous de 5 ans (0/00) **	Mortalité infantile (0/00) ***	Population des plus de 60 ans (%)****
	F	H			
Belgique	81,1	74,8	6	5,8	16,1
France	82,2	74,6	5	4,8	15,6
Pays-Bas	80,7	75,2	5	5,2	13,3
Allemagne	80,5	74,5	5	4,7	15,4
Royaume-Uni	79,7	74,8	6	5,7	15,8
Italie	81,6	75,3	6	5,5	16,8
Espagne	82,2	74,8	6	5,7	15,7
Autriche	80,9	74,7	5	4,9	14,5
Finlande	80,8	73,5	5	4,2	14,4
Suède	81,9	79,9	4	3,5	17,0

* Espérance de vie (en années) à la naissance, en 1998 (UNICEF 2000)

** Mortalité en dessous de 5 ans (0/00): probabilité de mourir entre la naissance et l'âge de 5 ans sur 1000 enfants nés vivants (UNICEF 2000)

*** Mortalité infantile (0/00): nombre d'enfants nés vivants et décédés dans la première année de vie (Gezondheidszorg in België, 2001)

**** Population des plus de 60 ans, en 1999 (BIGE 2001)

TABLEAU V

DEPENSES RELATIVES AUX SOINS DE SANTE ET ACTIVITES DES HOPITAUX GENERAUX EN 1985 ET 1996

	<u>1985</u>	<u>1996</u>
Produit intérieur brut (milliards BEF/EUR))	5 148,2-/127,6	8 305,1-/205,8
Dépenses soins de santé (*)		
Total (% PIB)	7,4	8,6
Intervention de l'État (% PIB)	6,1	7,6
Total soins de santé (milliards BEF/EUR)	352,6-/8,7	714,3-/17,7
Dépenses de l'État (milliards BEF/EUR)	288,3-/ 7,1	634,5-/15,7
Soins dispensés par l'État		
Total (milliards BEF/EUR)	228,1-/5,65	485,1-/12,02
Hospitalisation + soins ambulatoires (milliards BEF/EUR)	197,1-/4,88	407,1-/10,09
Médicaments (mrd BEF/EUR)	31 -/0,76	77,1-/1,91
Activités des hôpitaux généraux (**)		
Nombre de lits	68.792	57.683
Nombre de personnes hospitalisées	1.591.000	1.922.000
Nombre de journées d'hospitalisation(***)	20.494.000	16.998.000
Taux d'occupation (%)	82	81
Journées d'hospitalisation par patient	13	9
Nombre d'hôpitaux généraux	375	177
Nombre d'habitants	9.859.000	10.143.000

PIB: Produit intérieur brut: valeur ajoutée de tous les biens et services produits dans le pays durant une année civile déterminée.

Journée d'hospitalisation: séjour à l'hôpital pendant au moins un jour.

* BIGE Compendium 2001, p.106 et p.107

** BIGE Compendium 2001, p.84 et p.94

*** BIGE Compendium 2001, p.93

TABLEAU VI

PART (EN POUR CENT) DES DIFFERENTS POSTES DES HÔPITAUX GENERAUX EN 1997

PARTIE A. LES INVESTISSEMENTS	(%)
A1. Charges d'investissement	6,42
A2. Crédits à court terme	1,38
A3. Charges générales non indexées	0,04
A4. Investissement dans du matériel médico-technique lourd	0,36
PARTIE B. LES FRAIS DE FONCTIONNEMENT	
B1. Frais de séjour communs	30,00
B2. Services cliniques	55,09
B3. Services médico-techniques	0,61
B4. Récupération 25% de la clôture du nombre de lits	5,57
B5. Pharmacie	2,15
B6. Accords sociaux	1,67
PARTIE C. DIVERS	
C1. Frais d'achat relatifs à un nouveau bâtiment	0,80
C2. Montants de rattrapage	moins 1,33
C3. Déduction des suppléments perçus pour les chambres à 1 ou 2 lits	moins 2,73
TOTAL (budget global: 143 631,3 millions BEF/ 3.560,5 EUR)	100,00

Information CM 183 – juin/juillet 1998

TABLEAU VII
SOURCE DE REVENUS DE TOUS LES HOPITAUX EN 1997, en millions de BEF/EUR

(Information CM 183 – juin/juillet 1998)

1. PATIENTS HOSPITALISES	
1.1. Budget du prix journalier des soins (RIM)	37.750 -/ 935,79
1.2. Budget du prix journalier des soins (INAMI) (dont hôpitaux généraux 84.370 millions)	103.979 -/ 2.577,57
1.3. Médicaments	14.127 -/ 350,19
1.4. Honoraires médicaux**	56.907 -/ 1.410,68
1.5. Divers	6.244 -/ 154,78
2. PATIENTS AMBULATOIRES A L'HÔPITAL	
2.1. Hôpital de jour	4.259 -/ 105,57
2.2. Dialyse: prix journalier des soins et honoraire	6.846 -/ 169,7
2.3. Prestations (chiffres de 1995)	37.010 -/ 917,45
2.4. Médicaments	4.550 -/ 112,79
3. FRACTION A CHARGE DES PERSONNES HOSPITALISÉES	
3.1. Ticket modérateur	10.630 -/ 263,5*
3.2. Médicaments non remboursés	1.775 -/ 44*
3.3. Suppléments d'honoraires	3.235 -/ 80,19*
3.4. Suppléments de chambres	3.277 -/ 81,23*
3.5. Autres suppléments	2.725 -/ 67,55*

* Estimation 1995

** Honoraires médicaux 56.907 millions de BEF (1.410,687 millions EUR), dont: biologie clinique: 12.104 millions de BEF (300,05 millions EUR); imagerie médicale: 9.218 millions de BEF (228,5 millions EUR); chirurgie: 16.117 millions de BEF (399,52 millions EUR); gynécologie :1.472 millions de BEF (364,89 millions EUR) et prestations spéciales: 12.089 millions de BEF (299,67 millions EUR).

L'avis a été préparé en commission restreinte 98/5 composée de :

Co-présidents

E. Eggermont
G. Rorive

Co-rapporteurs

E. Eggermont

Membres

N. Becker
J.P. Cobbaut
A. De Leenheer
P.-Y. Duchesne
L. Michel
R. Rega
G. Verdonk
E. Deloof

Membre du Bureau

A. Van Orshoven

Membres du Secrétariat: M. Bosson (1-3)/ B. Orban (4-13)

Experts extérieurs auditionnés :

- Dr E. Gillet, C.H.U. Sart Tilman, Liège
- Dr. P. Heirman, médecin-analyste, Virga Jesseziekenhuis
- Dr. I. Mertens, médecin analyste, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé
- Dr. J. Ramboer, Président du Comité d'éthique local, Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis, Geraardsbergen
- A. Simoens-Desmet, Conseillère-Générale, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé
- M. Tasiaux, Conseiller Général au Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé, Service de comptabilité et Gestion des Hôpitaux
- Dr. J. Van Heuverswijn, Communauté flamande, Chef de service de la Section Assurances Soins de Santé de la Direction des Soins de Santé

Les documents de travail de la commission restreinte 98/5 – questions, contributions personnelles des membres, procès-verbaux des réunions, documents consultés – sont conservés sous forme d'Annexes 98/5 au centre de documentation du Comité, et peuvent y être consultés et copiés.