



ADMINISTRATION  
DES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS

CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS  
HOSPITALIERS

---  
Section "Programmation et Agrément"  
---

N/réf.: CNEH/D/32-2

AVIS CONCERNANT L'ENREGISTREMENT DU RESUME CLINIQUE  
MINIMUM DANS LES HOPITAUX GENERAUX.

-----

I. INTRODUCTION

Le 11 octobre 1989, Monsieur Ph. BUSQUIN, Ministre des Affaires sociales a sollicité, par lettre sous références PB/JB/006/VDR/366, l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers concernant le problème précité. Etant donné l'importance particulière accordée par le Conseil à l'enregistrement du résumé clinique minimum - appelé ci-dessous RCM - le Conseil a procédé, en séance plénière du 11 janvier 1990, à la création d'un groupe de travail sous la présidence du Professeur J. PEERS et l'on a décidé aussitôt d'inviter les experts qui avaient rédigé le document de base à des conditions, afin de fournir les précisions jugées nécessaires concernant leur document de travail. Ce groupe de travail mixte s'est réuni deux reprises et, le 29 mars dernier, les membres du groupe de travail faisant partie du Conseil se sont réunis, sans les experts, afin de rédiger le présent avis.

## II. REMARQUES PRELIMINAIRES

Le C.n.e.h. s'est déjà par le passé penché sur le problème de l'enregistrement du RCM et a émis deux avis à ce sujet, respectivement le 13 octobre 1983 et le 8 novembre 1984, lesquels sont joints en annexe. Le présent avis, qui se fonde sur les principes généraux des deux précédents, devra dès lors être lu et interprété dans ce contexte. Il faudra d'ailleurs, en ce qui concerne les divers objectifs poursuivis par le R.C.M., tenir à juste titre compte du résumé infirmier minimum.

L'enregistrement du RCM devra utiliser au maximum les informations disponibles çà et là. Il conviendra dès lors de viser à une harmonisation maximale du mode d'enregistrement. On préconise dès lors une standardisation des codes d'enregistrement utilisés. Les membres plaident donc en faveur de la proposition du groupe de travail visant à ne retenir que le code H-ICD-9-CM comme instrument d'enregistrement.

Les membres sont d'avis qu'en ce qui concerne l'enregistrement du RCM il faut procéder de manière progressive et qu'une approche maximale n'est en pratique pas réalisable pour le moment. En d'autres termes, le Conseil opte pour une approche modulée pouvant être développée de façon équilibrée. D'ailleurs, une évaluation permanente s'imposera à deux niveaux distincts, à savoir un suivi des problèmes techniques d'une part et une évaluation et élaboration de l'objectif et de l'utilisation des données du RCM d'autre part. Le Conseil estime que cette évaluation doit se faire au sein d'un groupe de travail permanent du C.n.e.h. créé avant la mise en route du projet RCM.

Enfin, il faudra continuer à assurer l'accompagnement des hôpitaux en ce qui concerne l'utilisation des données tant par les gestionnaires que par les médecins. Le Conseil souhaite préciser par ailleurs que le résumé clinique minimum sera utilisé pour soutenir une politique de santé cohérente. Plusieurs membres soulignent que le RCM sera élaboré et traité au seul profit du Ministère de la Santé publique et de son administration, à l'exclusion des autres départements, et qu'une rétroaction (feed-back) vers les établissements constitue une nécessité absolue.

## III. AVIS

Ainsi qu'il est dit plus haut, on utilisera au maximum les données déjà disponibles. On constate qu'un certain nombre de données figurent déjà sur la bande de facturation et, afin d'éviter les doubles emplois, il est proposé d'en reprendre les données utilisables sur une bande RCM spécifique.

Ainsi, la charge de travail résultant de l'enregistrement du RCM sera considérablement allégée et les données seront fiables et contrôlables.

On fait toutefois remarquer que la nomenclature actuelle de l'INAMI ne permet pas une transposition intégrale en code H-ICD-9-CM.

Outre les données provenant de la bande de facturation, on ajoute des données diagnostiques et cliniques spécifiques à l'enregistrement du RCM. La bande RCM ainsi réalisée sera, de l'avis du Conseil, transmise au même rythme que la bande de facturation. En effet, si l'on part du principe qu'il ne peut exister de disparité entre les données relatives à la pathologie d'une part et celles relatives à l'agrément et au financement d'autre part, les deux enregistrements doivent se dérouler parallèlement. On estime d'ailleurs préférable que l'enregistrement du RCM se fasse à un moment aussi rapproché que possible de celui où les activités médicales ont été effectuées. Si l'on transmet des données de facturation concernant un patient dont le séjour à l'hôpital n'est pas encore terminé, les données du RCM ne seront transmises qu'au moment où, lors de la sortie de l'hôpital, les données de facturation sont connues.

En ce qui concerne le numéro d'identification à utiliser, le Conseil opte pour l'utilisation d'un code unique par patient et par séjour. Il suffit à cet effet d'intégrer les données suivantes dans le numéro de patient (ou de les ajouter à ce numéro) :

- date de naissance
- sexe
- domicile

En raison de la nécessité de connaître la "pathologie globale" d'un patient, le Conseil plaide pour un numéro d'identification unique et définitif permettant de distinguer, pour un même patient, la ou les périodes d'hospitalisation et dès lors les diverses données du RCM.

A cet égard, on veillera tout particulièrement à respecter l'anonymat du patient.

Ainsi qu'il est déjà stipulé plus haut, on peut reprendre une série de données de la bande de facturation, étant toutefois entendu que la détermination du service d'hospitalisation ou de la spécialité n'offre, quant au contenu, guère de certitude en ce qui concerne la pathologie traitée. En d'autres termes, le Conseil considère la notion de "service" ou de "spécialité" comme une donnée artificielle pour des objectifs de pathologie.

Le Conseil opte pour un seul enregistrement du RCM par séjour, mais propose de le scinder suivant le nombre de journées d'hospitalisation dans les divers services et/ou le nombre de maxi et de superforfaits.

Ainsi, on pourra également connaître les activités ambulatoires de l'hôpital, ce qui n'est d'ailleurs pas totalement dénué d'intérêt étant donné que l'hos-

pitalisation de jour est également considérée comme une activité hospitalière.

Outre les données provenant de la bande de facturation, le Conseil propose d'ajouter les données suivantes, par analogie à ce qui est préconisé aux pages 14 et 15 du document des experts.

. Type d'admission : idem que dans le document des experts plus :

- |                            |   |                            |
|----------------------------|---|----------------------------|
| - réadmission dans le mois | } | après la date de la sortie |
| - dans les trois mois      |   |                            |
| - dans les six mois        |   |                            |

Le Conseil est en effet convaincu que ce renseignement supplémentaire constitue une donnée intéressante pour le contrôle de la qualité. Une réadmission n'est d'ailleurs pas nécessairement un élément négatif; elle peut également fournir la preuve d'un fonctionnement efficace de la gestion de l'hôpital.

2. Code de la personne ou de l'institution ayant adressé le patient :  
comme proposé dans le document des experts.

3. Type de sortie : comme préconisé par le groupe de travail d'experts, moyennant toutefois la suppression du code "5" (in extremis) parce qu'en cas d'enregistrement unique par séjour (et non par service) ce code n'a plus de signification.

4. Destination après la sortie : idem que dans le document des experts.

5. Diagnostics : il est proposé d'enregistrer comme diagnostic principal le diagnostic établi lors de la sortie du patient et reconnu comme la cause proprement dite de son hospitalisation. Par diagnostics associés à enregistrer, on vise essentiellement les diagnostics qui ont influencé le séjour et sa durée.

#### IV. RESUME

En résumé et en conclusion, le Conseil propose d'utiliser les données suivantes pour l'enregistrement du RCM.

.../...

A. DONNEES ISSUES DE LA BANDE DE FACTURATION :

1. Nombre de journées d'hospitalisation facturées par service hospitalier (durée de séjour)
2. Date d'admission
3. Trois derniers chiffres du numéro d'agrément INAMI du prestataire de soins, honoraires de surveillance, ou accouchement, ou prestation de chirurgie (spécialité médicale)
4. Prestations de la nomenclature correspondant à une liste de techniques et interventions spéciales ainsi que date de leur exécution.
5. Prestations d'anesthésie à la même date que 4
6. Montant des journées d'hospitalisation facturées par service hospitalier à charge de l'O.A.
7. Montant des journées d'hospitalisation facturées par service hospitalier à charge du patient  
(à l'exclusion des suppléments pour chambre particulière)
8. Montant des médicaments facturés par service hospitalier à charge de l'O.A.
9. Montant des médicaments facturés (répartis en catégories A, B et C) par service hospitalier à charge du patient
10. Montant du matériel de synthèse facturé à charge de l'O.A.
11. Montant du matériel de synthèse facturé à charge du patient
12. Montant du sang facturé
13. Montant des honoraires facturés, ventilé entre un nombre limité de groupes, à charge de l'O.A. Le groupe de travail estime trop peu pertinents les huit groupes utilisés actuellement dans la facture, alors que, d'autre part, les 55 groupes INAMI sont considérés comme pléthoriques.
14. Montant des honoraires facturés, ventilé entre un nombre limité de groupes, à charge du patient (cf. remarque au point 13).  
En vue d'une ventilation permettant de mieux connaître la pathologie, le groupe de travail propose, en ce qui concerne les points 13 et 14, d'utiliser encore les 8 groupes de facturation pour le moment et d'affiner, dans une phase ultérieure, la répartition en plusieurs groupes restant à définir.

B DONNEES AJOUTEES AUX DONNEES ISSUES DE LA BANDE DE FACTURATION :

1. Type d'admission (cf. présent)
2. Code de la personne ou de l'institution ayant adressé le patient  
(cf. idem)

3. Type de sortie (cf. idem)
4. Destination du patient après sortie (cf. idem)
5. Diagnostic : diagnostic principal + nombre limité de diagnostics associés (cf. idem)
6. Les interventions chirurgicales, pour autant qu'il n'y ait pas encore eu d'harmonisation entre le code de l'INAMI et le code H-ICD-9-CM, harmonisation que le Conseil appelle de tous ses vœux.

x

x            x

Fait à Bruxelles, le 12 avril 1990, en séance plénière de la section "agrément et programmation", sous la présidence du dr A. De Wever, et approuvé à l'unanimité.