

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE L'ENVIRONNEMENT

Administration des établissements
de soins

BRUXELLES, le 9 juillet 1987

CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS

Section "Agrément"

Ref.: AE/03/14 - 9.7.87

AVIS (★) DE LA SECTION "AGREMENT" SUR

1. Les normes "infirmières" pour l'agrément des hôpitaux.
2. Le résumé infirmier minimum (RIM) et sa signification pour l'adaptation du prix de la journée d'hospitalisation - partie B2.
3. La proposition concrète d'adaptation du prix de la journée d'hospitalisation - partie B2.

(★) Rédigé lors de la réunion de la section "Agrément" du 9.7.1987 et ratifié par le Bureau le 9.7.1987.

1. Introduction et contexte.

La mise en application d'une nouvelle politique de santé en général, et d'une politique hospitalière différente en particulier, impose une révision de la répartition des moyens disponibles.

L'amélioration de la qualité des soins hospitaliers dans un contexte de réduction de la durée de l'hospitalisation, exige une approche de l'encadrement en personnel infirmier et soignant fondamentalement différente de l'approche quantitative statique utilisée jusqu'à présent.

Le résultat escompté de la nouvelle politique hospitalière, à savoir une concentration des soins allant de pair avec un accroissement de la qualité - tout en maîtrisant le coût total - ne peut être espéré si les moyens disponibles pour y parvenir ne sont pas appropriés : une approche qualitative dynamique est indispensable.

Un équilibre entre des notions d'ordre qualitatif (qualification et compétence du personnel, sécurité des patients, acceptabilité des structures de soins proposées et des réformes envisagées...) et des notions d'ordre quantitatif (encadrement total, répartition des qualifications ...) peut être recherché.

En effet, le seul fait de disposer de certains moyens ne suffit pas à les rendre efficaces : la manière de les organiser et de les mettre en œuvre conditionne fondamentalement les résultats qui peuvent en être obtenus.

Parallèlement, s'il reste que l'agrément des hôpitaux doit se fonder sur des critères stricts - des minima à respecter - il semble impératif que tant les services responsables de l'agrément que les responsables hospitaliers disposent de lignes directrices prospectives qui servent davantage à les guider qu'à les pénaliser.

Le terme à la fin duquel les normes proposées doivent être respectées par tous et les phases intermédiaires doivent suivre l'évolution constatée dans les hôpitaux et les conditions du contexte général.

L'avis formulé ci-après, sollicité par le Ministre des Affaires sociales lui-même (voir lettre au Président du Conseil National des établissements hospitaliers du 9.12.1986) et par le sous-groupe "liaison entre les activités hospitalières et le financement du prix de journée d'entretien", s'inspire de ces considérations fondamentales.

2. Demandes d'avis du Ministre des Affaires sociales au C. n. e. h.

2.1. Dans l'optique d'une amélioration de la qualité des soins hospitaliers, fixation de normes en matière d'encadrement médical et paramédical tant en ce qui concerne l'hôpital dans son ensemble qu'en ce qui concerne les divers types de services d'hospitalisation et les services médico-techniques.

Dans sa lettre, le Ministre indique qu'il est d'avis que "les normes d'agrément actuelles en matière d'encadrement paramédical et infirmier doivent pouvoir être revues. La révision de ces normes de personnel doit être considérée dans l'optique de la réduction du nombre de lits et du raccourcissement de la durée de séjour."

2.2. Avis sur la signification des résultats des projets nationaux de recherche concernant le résumé infirmier minimum.

Le Conseil a déjà émis un avis à ce sujet le 9.4.1987.

Au point 5 de cet avis, il adopte la position suivante en ce qui concerne le résumé infirmier minimum :

"L'évaluation des soins infirmiers par le biais de l'enregistrement du résumé infirmier minimum constitue le deuxième élément du système d'évaluation envisagé.

Une étude scientifique menée selon deux approches différentes a examiné d'une part si l'enregistrement de l'activité infirmière était utile, valide et fiable, et d'autre part si les données enregistrées permettaient le regroupement des hôpitaux. Les rapports finaux permettent de donner une réponse affirmative à tous ces points.

La recherche a sélectionné 23 interventions infirmières qui ont été reconnues comme constituant un bon indicateur des soins infirmiers. Ces 23 interventions dégagent une image spécifique de toutes les unités de soins, indépendamment de l'index ou de la spécialité médicale : chirurgie, médecine interne ou autre.

Cette image est différente et non redondante de celle obtenue à partir d'autres indicateurs tels que le diagnostic médical ou des caractéristiques traditionnelles (index, occupation moyenne et durée de séjour, âge)."

2.3. Formulation d'une proposition concrète indiquant de quelle façon ce résumé infirmier minimum peut, conformément aux principes généraux du nouveau mode de financement des hôpitaux, être utilisé en tant que paramètre pour le groupement d'hôpitaux en vue de l'adaptation du prix de la journée d'hospitalisation, plus particulièrement de la partie B2 du prix de journée.

3. Bases de formulation des avis.

La nouvelle politique hospitalière et le nouveau mode de financement présentent plusieurs caractéristiques essentielles dont il a été tenu compte tant pour formuler les propositions en matière de normes que pour proposer des mécanismes d'intégration des données relatives au personnel soignant dans les adaptations du prix de journée :

- budget prédéterminé pour le royaume et pour chaque hôpital
- autonomie accrue du gestionnaire
- exigence par hôpital d'une capacité, d'un nombre de services et de fonctions minimales assurant un niveau déterminé d'activité
- sélectivité et dynamisme, par la recherche de la performance
- objectif d'amélioration de la qualité des soins
- progressivité dans l'application des mesures.

Parallèlement, ont été retenus les notions ou les termes admis officiellement à ce jour ; des précisions ont été apportées ou des définitions formulées dans le but d'éviter des problèmes d'interprétation et des équivoques.

Ces propositions s'appliquent à tous les hôpitaux qui répondent aux critères fixés pour être considérés comme tels : le seuil de 150 lits a donc été utilisé comme référence.

Quant aux hôpitaux autorisés à long terme à subsister en dessous de ce seuil, il conviendra, le cas échéant, d'adapter les normes en proportion.

Les documents qui ont servi de base à la concrétisation du présent avis sont :

- 1/ Lettre du Ministre J.L. Dehaene du 9.12.1986 (en annexe)
- 2/ Lettre du Ministre J.L. Dehaene du 19.2.1987
- 3/ Lettre du Ministre J.L. Dehaene du 8.04.1987 (en annexe)
- 4/ Lettre du Ministre J.L. Dehaene concernant l'avis du conseil national de l'art infirmier sur "la promotion de la qualité des soins infirmiers dans les établissements de soins".
(19/02/87-en annexe)
- 5/ Avis du Conseil communautaire du Ministère de la Communauté française : "évaluation de la qualité des soins - révision des normes d'agrément des hôpitaux".
- 6/ Note politique du Ministre J.L. Dehaene concernant les hôpitaux, les maisons de repos et de soins et les soins à domicile - Mars 1987
- 7/ Rapport final "charge de travail des unités de soins dans les hôpitaux" Fédération des institutions hospitalières.
- 8/ Mémoire de l'Union générale des infirmières de Belgique (UGIB) au Ministre des Affaires sociales du 5/5/1987.
- 9/ Brochures du Ministre des Affaires sociales
 - "Vers un nouveau mode de financement des hôpitaux" (octobre 1985)
 - "Une nouvelle loi sur les hôpitaux pour un nouveau concept hospitalier. Considérations sur l'A.R. 407".
- 10/ Circulaire ministérielle concernant le personnel infirmier et soignant du 7.4.1982 (en annexe).

L'ensemble des propositions étant un tout cohérent, l'objectif est d'aboutir à leur application dans des délais les plus courts. Toutefois, la progressivité de cette mise en application peut être proposée et permettrait de ne pas mettre les institutions en difficulté et dans le même temps de suivre l'évolution budgétaire des services de santé.

En effet, dès qu'une norme est édictée et conditionne l'agrément d'un service ou d'un hôpital, il faut considérer comme acquis que les éléments qui constituent cette norme sont financés, le surplus du financement étant déterminé par la justification des activités réalisées et le degré de performance atteint.

Les normes actuellement en vigueur (12/30, 0,66/lit occupé à 80 % ...) ont été établies à un moment où la durée moyenne de séjour était bien plus longue qu'actuellement ; il a, à ce jour, été déjà démontré (cf . étude de la K.U.L., services lourds ...) qu'elles ne répondent plus aux besoins des patients hospitalisés.

La politique de diminution de nombre de lits hospitaliers et de réduction de la durée de séjour entraînera une concentration des soins à laquelle il ne sera certainement pas possible de répondre avec les dotations de personnels actuellement prévues.

Seule une augmentation de l'emploi qualifié peut permettre une rentabilisation optimale de l'infrastructure hospitalière.

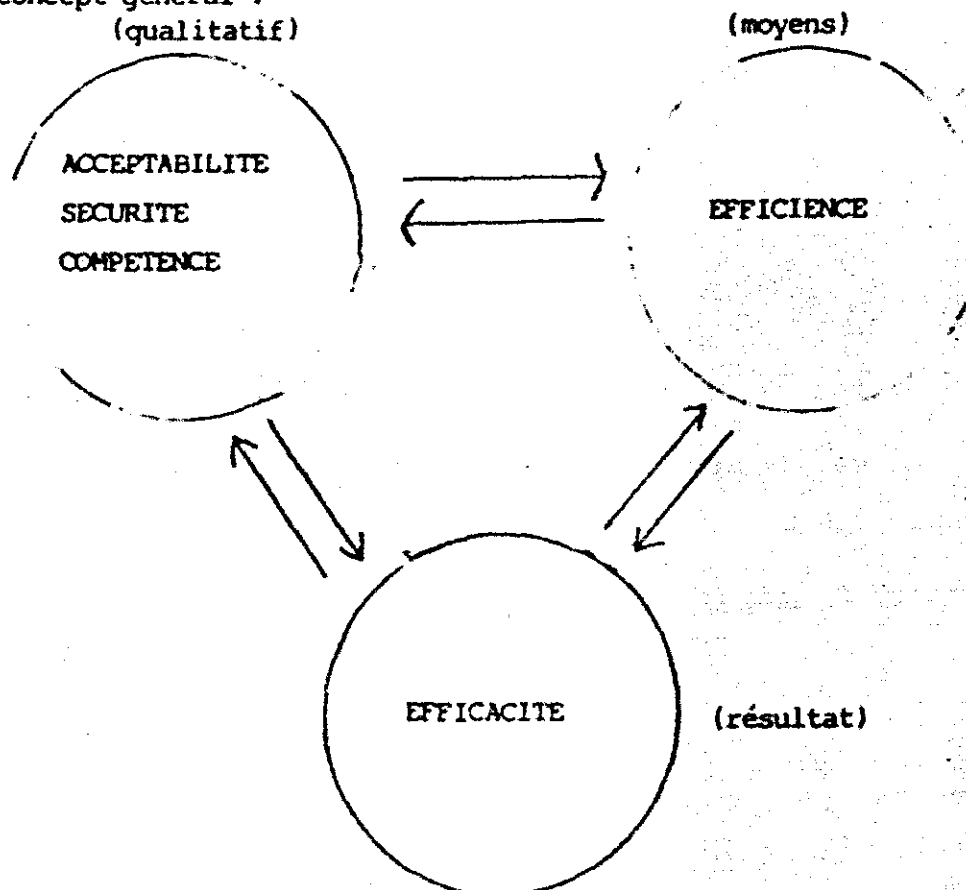
L'objectif d'amélioration de la qualité des soins dans le cadre de dépenses plafonnées ne peut être rencontré que s'il y a optimalisation de la fonction infirmière dans un contexte de prise en charge globale du patient.

Les modifications engendrées par le nouveau mode de financement ne peuvent se concrétiser qu'avec prudence. Si, à ce jour, certains éléments sont admis comme pouvant être utilisés comme indice de comparaison entre hôpitaux et services (R.C.M. complet ou, tel que prévu actuellement avec un de ses composants, la nomenclature INAMI, le R.I.M.) l'impact qui peut leur être accordé doit au départ être limité. Par la suite, cet impact peut prendre progressivement de l'importance, mais le poids relatif de chacun d'eux doit être révisable. De même, d'autres éléments pourraient se révéler intéressants pour donner une image plus fiable de la réponse que les professionnels hospitaliers apportent à la population qui s'adresse à eux.

4. Cadre conceptuel de l'avis.

Le sous groupe "liaison entre les activités hospitalières et le financement de la journée d'entretien" a envisagé ces diverses demandes d'avis dans un cadre élargi qui les place en interrelations.

Le schéma ci-après distingue les éléments qui se dégagent de ce concept général :



4.1. Normes qualitatives (d'agrément).

Ces normes doivent garantir un niveau de soins qui répondent à des critères d'acceptabilité, de sécurité et de compétence.

Il s'agit en l'occurrence de seuils minima en dessous desquels les soins ne peuvent en aucun cas se situer.

Ces normes ne dépendent pas directement de l'intensité de l'activité hospitalière et doivent à tout moment être garanties dans l'enveloppe de base de tout budget d'hôpital.

4.2. Paramètres servant à l'évaluation de la performance.

Il s'agit de paramètres qui permettent, par le biais du mécanisme du groupement d'hôpitaux ayant un profil d'activité comparable, de vérifier la performance (=l'efficience) avec laquelle un hôpital utilise les moyens provenant de l'enveloppe hospitalière nationale.

Les paramètres proposés doivent être principalement significatifs et discriminatoires pour permettre de grouper les hôpitaux qui ont un profil d'activités hospitalières comparable.

Les paramètres, qui permettent le groupement d'hôpitaux comparables et l'évaluation de la performance, visent à donner aux hôpitaux les moyens auxquels ils ont droit compte tenu de leur performance. De cette façon les autres moyens disponibles peuvent être optimisés (en plus du budget garanti à chaque hôpital sur la base des normes d'agrément).

4.3. Normes relatives à l'efficacité.

La question posée est : quel résultat avec quels moyens ?
Il est difficile de donner des normes d'efficacité dans l'abstrait ou en termes généraux.
C'est le domaine de l'audit médical et infirmier.

Ce contrôle doit, pour ce qui concerne les activités infirmières, se situer au niveau de l'activité de chaque infirmier(e).
L'enregistrement systématique des infections nosocomiales, des escarres, des erreurs, des accidents et des incidents critiques peut également être un moyen de contrôler la qualité et l'efficacité des soins infirmiers. L'enregistrement de la durée de séjour, des réadmissions et des complications pour une pathologie déterminée peuvent également servir de base à l'évaluation de la qualité, en se souvenant que "prévenir vaut mieux que guérir".

Une attitude visant à remédier et à prévenir doit prendre le pas sur une attitude basée sur les sanctions et les jugements.

En ce qui concerne les éléments précités, la section a estimé qu'un certain nombre d'entre eux doivent être formulés comme normes minimales d'agrément à imposer à tous les hôpitaux : le dossier infirmier, l'hygiène hospitalière, le perfectionnement, la démarche systématique en soins infirmiers, l'attribution des patients, des procédures d'urgence interne.

Des garanties minimales de qualité et d'efficacité ont été prévues de la sorte par le biais de variables de structure et de processus.
Le contrôle du résultat doit, par contre, par analogie à ce qui est prévu à l'article 2bis § 3 de l'A.R. 407 pour les activités médicales, mener à des structures appropriées d'organisation pour les activités infirmières.

5. Avis concernant les normes infirmières pour l'agrément des hôpitaux.

5.1. Notions préliminaires.

- Les normes proposées ont trait au(x) type(s) de services hospitaliers et médico-techniques de l'hôpital général et de l'hôpital psychiatrique, dont les coûts sont pris en charge dans le cadre du budget de l'hôpital.
- Les normes proposées ci-après visent les activités et l'encadrement en personnel infirmier et soignant dans les unités de soins et services assimilés.
Ne sont pas compris entre autres les paramédicaux pour lesquels un avis spécifique doit être formulé.
- Ces normes tracent le cadre général d'agrément auquel tous les hôpitaux doivent répondre au terme de la période transitoire prévue pour les autres normes - 150 lits, 5 ans après le 8.12.1986 (art. 4 § 1 de l'A.R. du 8.12.1986 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter).
- Pour des éléments spécifiques de l'activité hospitalière, des normes supplémentaires d'agrément peuvent être fixées, par. ex. pour les urgences, le quartier d'accouchement, le bloc opératoire, les centres de grands brûlés, la néonatalogie, les services pour patients caractérisés et agressifs, les services d'intervention en cas de crise ...
- Par "unité des soins" on définit l'unité organisationnelle et architecturale au sein de laquelle des soins infirmiers sont dispensés à des patients hospitalisés ou ambulatoires (y compris les services assimilés, le quartier opératoire, + les urgences ...). Les activités de ces unités de soins font partie des activités financées dans le cadre du budget de l'hôpital.
- Comme dimension minimum pour une unité de soins, on se réfère à la capacité minimum ou au niveau d'activité minimum préconisé dans le cadre de la programmation et de l'agrément de ces services.
Pour les services T, la norme de lits fixée à 60 doit être réduite à 30 lits ou postes.
Chaque fois qu'un hôpital dispose d'un multiple de ce nombre minimum de lits ou de ce niveau d'activité minimum, on considère qu'il a une nouvelle unité de soins, même si ces lits ou ces activités supplémentaires ne sont pas réparties sur un nombre proportionnel d'unités architecturales ou organisationnelles.

5.2. Normes

- Compte tenu du fait que les normes infirmières pour l'agrément des hôpitaux doivent garantir des soins infirmiers acceptables, sûrs et compétents aux patients, les normes suivantes sont proposées :
 1. Chaque jour de l'année, la présence d'un infirmier gradué ou breveté (diplômé) doit être garantie pendant des heures d'ouverture de chaque service ou unité de soins (cf. ci-dessus) afin d'assurer la continuité et la qualité des soins infirmiers.

2. De plus, il faut désigner nominativement, par unité de soins ou service médico-technique y assimilé, au moins 1 infirmier en chef équivalent temps plein.
3. L'organigramme du département infirmier doit être défini nominativement de manière à établir clairement les responsabilités hiérarchiques.
4. Le département infirmier doit collaborer directement à la coordination des soins infirmiers hospitaliers avec le service médical, administratif, financier et technique ainsi qu'avec les fonctions : anesthésiologie, radiologie, réadaptation fonctionnelle et biologie clinique. Conformément à l'article 1bis, § 4, de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, le chef du département infirmier (directeur-directrice des soins infirmiers) sera associé à la concertation au niveau de la direction.
5. Un infirmier gradué doit être présent, pour assumer, durant la nuit, les fonctions de responsable et de superviseur des soins infirmiers. A partir de 150 lits hospitaliers et par tranche supplémentaire de 150 lits, 2 praticiens de l'art infirmier équivalent temps plein doivent être présents durant la nuit pour renforcer la permanence infirmière prévue au point 1.
6. Les horaires du personnel infirmier doivent être fixés par écrit, la garde interne devant être assurée 24 heures sur 24 au niveau de l'hôpital. De plus, il doit exister au sein de l'hôpital une procédure écrite en cas d'urgences internes.
7. Dans chaque unité des soins, il faut disposer, par patient, d'un dossier infirmier unique et intégré servant de base pour la démarche scientifique en soins infirmiers, la planification des soins et leur exécution, ainsi que le transfert adéquat des informations. En ce qui concerne le dossier infirmier, il faut prendre toutes les précautions nécessaires afin de respecter la vie privée du patient. Le dossier infirmier comprendra, entre autres, les données du résumé infirmier minimum.
8. Le travail infirmier dans les unités d'hospitalisation doit être organisé de manière à pouvoir établir à tout moment quel infirmier est responsable de quel patient.
9. La proportion travail à temps partiel/travail à temps plein doit être fixée, en concertation avec le directeur-directrice des soins infirmiers et compte tenu de la spécificité de chaque service, à un niveau qui garantisse la continuité et la qualité des soins.
10. Chaque hôpital doit disposer d'un registre des infirmiers. Ce dernier doit mentionner au minimum les diplômes ou brevets ainsi que les qualifications supplémentaires.
11. Chaque hôpital doit déterminer une politique ou un programme de perfectionnement accessible à chaque infirmier.
12. L'infirmier en chef doit avoir suivi une formation lui permettant d'assurer la direction d'une équipe infirmière ou suivre une telle formation après sa désignation.

13. Dans chaque hôpital, la responsabilité des activités infirmières doit être confiée au chef du département infirmier (directeur - directrice des soins infirmiers). A partir de l'entrée en vigueur des présentes normes, cette personne devra être titulaire du diplôme ou titre d'infirmier gradué/accoucheuse, complété par une formation de cadre spécifique en matière infirmière. Pour cette fonction, il faut faire appel de préférence à un infirmier gradué ou à une accoucheuse ayant acquis une formation complémentaire d'un niveau universitaire.

Le directeur/trice des soins infirmiers qui ne répond pas à cette exigence mais qui justifie une expérience de 10 ans dans la fonction peut être maintenue à ce poste.

14. Afin de renforcer les aspects liés à l'organisation et au contenu des soins infirmiers, il y a lieu de prévoir, par 150 lits, un cadre intermédiaire comprenant 2 équivalents temps plein du niveau infirmier gradué/accoucheuse.
15. Par hôpital, il faut, pour l'ensemble des unités de soins, prévoir au minimum la présence de 75 % d'infirmiers gradués et brevetés par rapport à l'effectif total du personnel infirmier et soignant. Ceci vaut pour tous les services relevant du prix de la journée d'hospitalisation.

II. Avis sur le R.I.M. et son caractère significatif dans la détermination de la partie B2 du prix de la journée d'hospitalisation.

Les résultats de la recherche nationale, menée par la KUL et les Facultés Notre-Dame de la Paix à Namur sur les données du R.I.M. permettent de formuler l'avis suivant :

1. La section estime, en ce qui concerne les options politiques en matière de nouveau mode de financement, que le profil des soins infirmiers doit être inclus comme paramètre.
2. La section est d'avis qu'actuellement, l'enregistrement des activités infirmières selon la liste annexée du R.I.M. constitue, en Belgique, la manière appropriée de visualiser les soins infirmiers, compte tenu de la possibilité de contrôle, de la fiabilité, de la validité, de la faisabilité et de la situation de la recherche scientifique en la matière. Bien que les tâches infirmières comprennent un éventail bien plus large que les activités énumérées dans la liste, on peut constater que ces dernières donnent une indication valable et utilisable en ce qui concerne le profil des soins infirmiers.
3. La section fait remarquer que les 2 équipes de recherche ont obtenu le même résultat bien qu'elles aient suivi une méthodologie différente pour la collecte et le traitement des données.
La section en conclut que le R.I.M. contient les éléments de base de la démarche en soins infirmiers et que ces éléments peuvent être objectivés.
4. La section observe que les deux études ont démontré scientifiquement que l'image donnée par le R.I.M. est différente et ne fait pas double emploi avec l'image fournie par d'autres indicateurs tels que le diagnostic médical ou les caractéristiques traditionnelles (index, occupation et durée de séjour moyennes, âge).
Cela plaide assurément en faveur de l'utilisation des 23 rubriques du R.I.M., en tant que paramètre spécifique distinct, en plus d'autres éléments éventuels.
5. La section juge essentielle la protection de la vie privée et reconnaît que la globalisation des données au niveau de l'unité de soins la garantit tant pour le patient que le dispensateur des soins, tout en accroissant la pertinence du profil infirmier de façon maximale.
6. La section est convaincue que les données rassemblées dans le cadre du nouveau mode de financement contiennent également des éléments utiles à la gestion interne du département infirmier.
7. La section est convaincue de la faisabilité de l'enregistrement du RIM et souhaite que, lors de l'expérimentation, outre la validation complémentaire de l'instrument, on examine plus précisément la fréquence et la méthode d'enregistrement.

Conclusion.

La section affirme que l'étude a démontré de façon scientifique l'importance d'un enregistrement infirmier.

Il propose dès lors de généraliser l'enregistrement du R.I.M. et d'en tenir compte, entre autres lors de la fixation du prix de la journée d'hospitalisation dans le cadre du nouveau mode de financement.

Les données du R.I.M. donnent une bonne image de la nature des activités infirmières et de soins dans les services de base de l'hôpital général.

Pour les services à caractère psychiatrique, une proposition, similaire à celle formulée pour les hôpitaux généraux, peut s'envisager.

Une étude scientifique devra également mettre en évidence les éléments spécifiques à retenir pour caractériser la prise en charge et les soins aux patients psychiatriques.

23 MINIMALE VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS
RESUME INFIRMIER MINIMUM

- | | |
|---|---|
| 1. zorg ivm hygiëne | 1. soins d'hygiène |
| 2. zorg ivm mobiliteit | 2. mobilisation |
| 3. zorg ivm uitscheiding | 3. élimination |
| 4. zorg ivm voeding | 4. alimentation |
| 5. sondevoeding | 5. alimentation par sonde |
| 6. bijzondere mondzorg | 6. soins spécifiques de la bouche |
| 7. decubituspreventie via wisselliging | 7. prévention d'escarres par changement de position |
| 8. hulp bij dagkleding | 8. aide pour habillement civil |
| 9. zorgen aan patiënt met tracheacanule of endotracheale tube | 9. soins au patient trachéotomisé ou intubé |
| 10. verpleegkundig anamneseverslag | 10. rédaction de l'anamnèse infirmière |
| 11. zelfstandigheidstraining | 11. éducation à l'autonomie |
| 12. opvang van emotionele problemen | 12. prise en charge du problème émotionnel |
| 13. zorg aan de gedesoriënteerde patiënt | 13. soins au patient désorienté |
| 14. afzonderingsmaatregelen ter preventie van contaminatie | 14. mesures d'isolement pour la prévention de contamination |
| 15. registratie van vitale parameters | 15. enregistrement des paramètres vitaux |
| 16. registratie van fysieke parameters | 16. enregistrement des paramètres physiques |
| 17. toezicht tractie, gips, externe fixator | 17. surveillance de traction, plâtre, fixateur externe |
| 18. afnemen bloedstalen | 18. prélèvement de sang |
| 19. toediening van medikatie IM/SC/ID | 19. administration de médication IM/SC/ID |
| 20. toediening van medikatie IV | 20. administration de médication IV |
| 21. toezicht op permanent infuus | 21. surveillance de perfusion permanente |
| 22. zorgen aan gesloten wonde | 22. soins à plaie fermée |
| 23. zorgen aan open wonde | 23. soins à plaie ouverte |

La définition de ces 23 rubriques de soins figure en annexe.

7. Proposition concrète d'ajustement de la partie B2 du PJE.

Le nouveau mode de financement comporte deux étapes :

- 1) la constitution d'un groupe de référence d'hôpitaux, d'unités de soins de même type d'activités.
- 2) redistribution des moyens disponibles entre les membres du groupe de référence.

Le groupe de référence peut être déterminé à partir de différents éléments - R.C.M., diagnostic et thérapies médicales (nomenclature), R.I.M.-ainsi que d'autres paramètres à insérer ultérieurement.

En fonction de la validité et de la fiabilité des données recueillies, la section juge nécessaire que plusieurs angles d'incidence servent de base à la constitution des groupes de référence.

Le groupe de référence final sera dès lors la résultante des divers critères de comparaison utilisés.

Cette comparaison doit aboutir à une certaine adaptation de la partie B2 du prix de la journée d'hospitalisation. Cette adaptation doit être minimale dans la mesure où l'écart par rapport à la moyenne du groupe de référence est limité. En cas d'écart important, l'adaptation s'effectue proportionnellement à l'importance de l'écart constaté.

Il faut veiller à ce que les adaptations résultant de ces mesures servent effectivement à promouvoir la qualité des soins.

Cette proposition vise principalement les services de base (C, D, G ...) et, dans une moindre mesure, des services spécifiques tels que les centres de grands brûlés, l'hémodialyse, etc

Pour ces derniers, une réglementation distincte devrait être élaborée.

9/7/1987