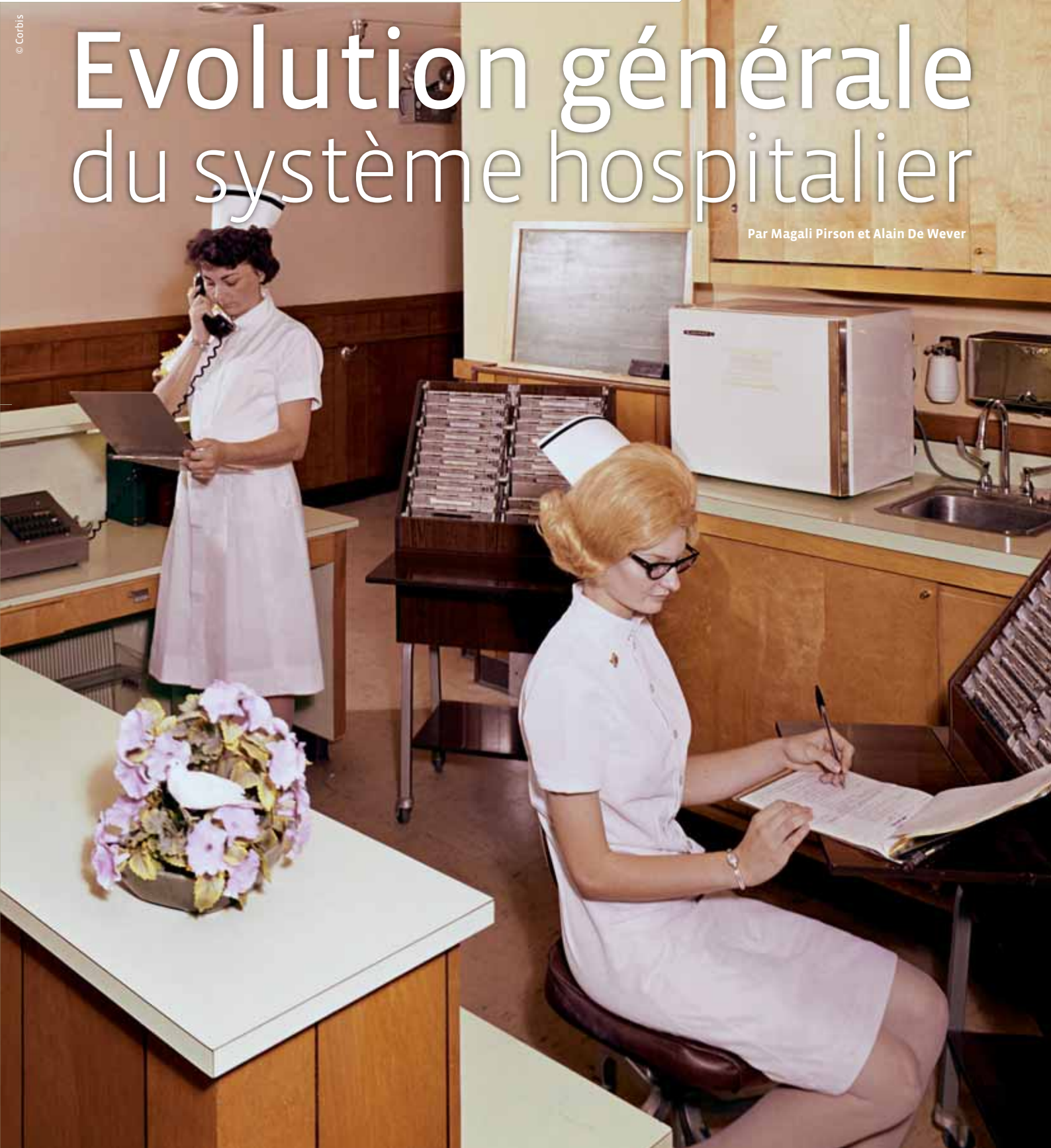


AU FIL DES QUATRE DÉCENNIES DE CARRIÈRE DU PROFESSEUR POL LECLERCQ

Au cours de la carrière de Pol Leclercq, l'hôpital et les soins de santé ont considérablement évolué. Plus de 40 années d'activité professionnelle au service des soins de santé et de l'hôpital en particulier représentent une somme d'expériences et de connaissances exceptionnelles.

Evolution générale du système hospitalier

Par Magali Pirson et Alain De Wever





Magali Pirson

Professeur assistant et responsable de l'Unité Economie et Gestion des Institutions de Soins, Département d'Economie de la Santé, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

desulb@ulb.ac.be



Alain De Wever

Professeur, directeur du Département d'Economie de la Santé, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

alain.deweaver@ulb.ac.be



Au cours des 40 ans de carrière du Professeur Pol Leclercq, le coût des soins de santé a considérablement augmenté, tout comme la part du PNB consacrée aux soins de santé.

ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Pendant ces quatre décennies, le coût des soins de santé a considérablement augmenté, tout comme la part du produit national brut (PNB) consacrée aux soins de santé. En 1970, cette part était de 4%, pour atteindre 10,1% en 2005. Entre 1999 et 2005, la croissance a été de 6,3% par an, avec une prise en charge publique de plus de 75%.

Pol Leclercq a vécu les développements de la loi sur les hôpitaux, publiée en 1963 et re-coordonnée en 1987. Cette loi a permis l'essor des constructions hospitalières et contribué à améliorer le fonctionnement et le financement des institutions de soins. Dans ce cadre, le développement des moyens technologiques, et principalement de l'informatique, est à souligner.

Les années 80 ont mis en évidence les difficultés rencontrées à la suite du choc pétrolier de 1973 avec ses conséquences sur le moratoire et la fermeture des lits hospitaliers, mais aussi l'utilisation des données médicales pour financer l'hôpital.

La fin du XX^e siècle sera le témoin de l'influence croissante du médecin dans la gestion hospitalière par l'intermédiaire du statut du médecin hospitalier et aussi de la performance

médicale liée au diagnostic dans l'implication des choix financiers au sein de l'hôpital. Pol Leclercq exercera ses talents dans ce domaine, en étudiant les outils de gestion médicale et surtout en les utilisant à bon escient.

Pendant sa période d'activité professionnelle, les statuts des hôpitaux se sont modifiés, avec passage du CPAS vers les intercommunales et les associations chapitre XII dans le secteur public, et création de nouvelles ASBL ou d'entités appartenant aux universités libres dans le secteur privé.

L'hôpital a grandi en volume et diminué en quantité. Le nombre de séjours hospitaliers et surtout leur durée ont été réduits. En 40 ans, le nombre de journées d'entretien a diminué de plus de la moitié dans notre pays. L'hôpital s'est transformé en un lieu d'activité de jour, au niveau des consultations, des services médico-techniques ou de l'hospitalisation. Aujourd'hui, même la pharmacie hospitalière voit son chiffre d'affaires pour les ambulants dépasser celui engendré par les patients hospitalisés. Les honoraires des médecins deviennent la ressource principale de l'hôpital. La fonction de médecin directeur s'avère dorénavant primordiale pour garantir un équilibre constructif entre gestionnaires et médecins. Le contact avec le Conseil Médical est essentiel dans ce domaine.

Une carrière bien remplie

- Pol Leclercq a plus d'une corde à son arc. Né en 1940 à Charleroi, il est Docteur en Médecine (ULB, 1965) et Licencié en Droit (UCL, 1989). Il a également suivi avec succès les cours de Licence en Gestion des Institutions Hospitalières (ULB, 1970), le certificat complémentaire en Hygiène Hospitalière (ULB, 1990) et un cycle de Gestion à l'Ecole de Commerce Solvay (CEPAC, 1983-1984). Après un mandat d'assistant au service de transfusion sanguine de l'Hôpital Saint-Pierre (1966), il devient Administrateur Délégué du Centre d'Informatique Médicale des Hôpitaux Universitaires de Bruxelles et Directeur Médecin des Hôpitaux Saint-Pierre (1970-1981) et Brugmann (1972-1974). Il poursuit son activité de gestionnaire hospitalier à la Clinique Sainte-Elisabeth d'abord, puis à Fond'Roy, jusqu'en 1989. Il réoriente ensuite son activité vers l'Ecole de Santé Publique de l'ULB, où il devient chargé de cours à temps plein (gestion, comptabilités générale et hospitalière, droit relatif aux institutions de soins) en 1993.
- Secrétaire de l'ESP de 1990 à 1994 et Vice-Président en 1994-1995, Pol Leclercq a largement contribué aux réformes des programmes d'enseignement en sciences hospitalières. Il a également été délégué de l'Université au Conseil des Hôpitaux et au Conseil Technique Médical.
- La MMISS et les autres**
Avec la Solvay Business School, il a participé à la création de la Maîtrise en Management

des Institutions de Soins et de Santé (MMISS). Il a mis sur pied le Certificat Universitaire en Management Médical, devenu ensuite interuniversitaire en synergie avec l'UCL. Il a collaboré à l'organisation du cycle de perfectionnement en traitement de l'information hospitalière avec l'UCL et au DUMIIS (diplôme universitaire en management international des institutions de soins) avec les hôpitaux universitaires de Genève, l'UCL et Paris 7. Il est encore à la base de la formation à la gestion des maisons de repos, aujourd'hui insérée dans la maîtrise en santé publique.

Sans oublier la recherche

En tant que Directeur du Laboratoire d'Economie de la Santé pendant plus de dix ans, ses sujets de recherche se sont orientés autour du droit hospitalier, de l'analyse des coûts et du financement hospitalier, de l'organisation hospitalière, de l'informatique médicale et des nomenclatures médicales.

Admis à l'honorariat fin 2006, il reste Président du Centre Universitaire de Gestion Economie et Droit Appliqués aux Institutions de Soins et de Santé et Professeur à l'ULB, ce qui lui permet de poursuivre activement des travaux de recherche dans le domaine du calcul des coûts par pathologie et des coûts des actes médicaux.

Son admission à la retraite est l'occasion d'une rétrospective des événements qui ont jalonné sa carrière, soit plus de 40 années de vie hospitalière dans notre pays.



La loi sur les hôpitaux, publiée en 1963 et re-coordonnée en 1987, a permis l'essor des constructions hospitalières et contribué à améliorer le fonctionnement et le financement des institutions de soins.

Algemene evolutie van de ziekenhuiswerking tijdens de loopbaan van professor Pol Leclercq

Tijdens de 40-jarige professionele loopbaan van professor Pol Leclercq is de kostprijs van de gezondheidszorgen enorm gestegen. Dat is trouwens ook het geval met het deel van het Bruto Nationaal Product dat aan de gezondheidszorgen wordt besteed. Pol Leclercq heeft de ontwikkeling meegemaakt van de wet op de ziekenhuizen die gepubliceerd werd in 1963 en gecoördineerd werd in 1987. Die wet zorgde voor een versnelling van de ziekenhuisbouw en droeg bij tot de verbetering van de werking en de financiering van verzorgingsinstellingen. De jaren 1980 werden gekenmerkt door moeilijkheden veroorzaakt door de oliecrisis van 1973 met gevolgen zoals de tijdelijke opschorting en de afschaffing van ziekenhuisbedden. De periode werd eveneens gekenmerkt door het gebruik van medische gegevens om het ziekenhuis te financieren. Op het einde van de 20^{ste} eeuw, zagen we de invloed van de arts in het beheer van het ziekenhuis vergroten door het statuut van de ziekenhuisarts. Ook de medische prestatie betreffende het stellen van een diagnose had een steeds grotere invloed op de financiële keuzes binnen het ziekenhuis.

Minder maar grotere ziekenhuizen

Pol Leclercq maakte de wijziging mee van de ziekenhuisstatuten, met de overgang van OCMW naar intercommunales en verenigingen Hoofdstuk XII in de openbare sector, en de oprichting van nieuwe vzw's of organisaties behorende aan vrije universiteiten in de privésector. Ziekenhuizen werden groter, maar verminderden in aantal. Het aantal ziekenhuisverblijven en vooral hun duur verminderden. Een ziekenhuis veranderde meer en meer in een dagziekenhuis. De erelonen van de artsen zijn hun belangrijkste bron van inkomsten geworden. De functie van arts-directeur werd fundamenteel om een positief evenwicht te garanderen tussen beheerders en artsen. Op gebied van ziekteverzekering, heeft Pol Leclercq alle gebeurtenissen meegemaakt die veroorzaakt werden door de wet-Leburton. Het conventiesysteem, de herstelling van het evenwicht na de staking van 1964 en de evolutie van de behandelingen en de nomenclatuur hebben hem de kans gegeven om zijn talenten te gebruiken om nieuwe systemen uit te werken voor de tarifiering en de registratie van medische behandelingen.

En matière d'assurance maladie, Pol Leclercq a connu toutes les péripéties engendrées par la loi Leburton. Le système de convention, le rééquilibrage des forces après la grève de 1964 et les développements des actes médicaux et de la nomenclature lui ont fourni l'occasion d'exercer ses talents de directeur, mais surtout de concepteur de nouveaux systèmes de tarification et d'enregistrement des actes médicaux. Sa connaissance de la biologie clinique lui a permis de maîtriser ces développements techniques et de faire face aux nouvelles réglementations forfaitaires. Pol Leclercq, spécialiste de la nomenclature, s'est focalisé sur le prix de revient des pathologies. Ses travaux récents offrent aux responsables hospitaliers un outil de gestion pour comparer les recettes engendrées par une activité médicale et son coût réel. Cet outil indispensable pour le gestionnaire est aussi le moyen pour le médecin de mieux comprendre l'économie de son activité et la répercussion de celle-ci sur l'ensemble des services hospitaliers.

ÉVOLUTION DU FINANCEMENT HOSPITALIER ET DE L'ENREGISTREMENT DES DONNÉES MÉDICO-ADMINISTRATIVES

BREF HISTORIQUE

En 1963, le financement des hôpitaux était basé sur le prix normal de la journée d'entretien. Ce prix normal consistait en une somme allouée par jour, identique pour un même service dans tous les hôpitaux. Il couvrait tous les frais à l'exception des honoraires médicaux et paramédicaux, des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés, des autres fournitures... Un complément de recettes était possible via l'article 9, destiné à couvrir un sous-financement éventuel. L'appel à l'article 9 est vite devenu la règle générale, ce qui a fait évoluer le financement vers la notion de prix prévisionnel, non modifiable a posteriori. Cette notion a été introduite en 1975. En 1982 apparaît le concept d'enveloppe budgétaire, calculée sur base d'un nombre de journées et d'un prix de journée. L'élément central de ce

Le système était la notion de quotas de journées. Ces quotas étaient à l'époque déterminés sur une base historique. Ce système a induit une première limitation des durées de séjour dans les hôpitaux.

LES PREMIÈRES RÉFLEXIONS SUR LES DRG

Le concept des Diagnosis Related Groups (DRG) a été introduit en Belgique à la fin des années 70. Robert Fetter de l'université de Yale, concepteur des DRG, avait en effet été invité à effectuer un séjour à la KUL (Katholieke Universiteit Leuven) dans le service de Jan Blanpain, pour y installer son système. Le choix des DRG était justifié parce que cette méthode avait été adoptée comme mode de financement du système Medicare aux États-Unis. La France envisageait également à la même époque d'introduire un système similaire.

LE RCM, ENREGISTREMENT OBLIGATOIRE

L'enregistrement du Résumé Clinique Minimum (RCM) a été rendu obligatoire dans tous les hôpitaux généraux belges en 1990 par le ministre Philippe Busquin. Cette décision résultait d'un long processus d'évolution qui avait démarré dès 1971: une étude interuniversitaire initiée par le comité interministériel de la politique scientifique avait abouti à la conclusion qu'il fallait instaurer un résumé médical de sortie.

PREMIÈRES UTILISATIONS DES DRG

Si les DRG étaient conçus pour permettre le passage d'un paiement à l'acte à un système de financement prospectif basé sur le case mix, d'autres finalités étaient également envisagées. L'intérêt des premières études interuniversitaires s'est porté vers l'utilisation de ces données pour le management des hôpitaux, la détermination des besoins en soins de la population via des études épidémiologiques, la confrontation des données épidémiologiques des résumés cliniques avec d'autres sources d'information (registre des cancers et registre Monica), etc.

TRAVAUX PRÉLIMINAIRES EN VUE DE L'UTILISATION FINANCIÈRE DES DRG

Un rapport du Centre d'Informatique Médicale des Hôpitaux Universitaires de Bruxelles, daté de 1978, adressé au Comité Interministériel de la Politique Scientifique, proposait de lier la facturation des séjours hospitaliers aux DRG et fournissait les résultats des premiers travaux entrepris dans ce sens.

Plusieurs recherches partielles sur la liaison entre les DRG et le financement ont été entreprises dès 1980¹. Une étude à plus large échelle, financée par le ministère, débuta en 1985. Marie-Christine Closon et Francis Roger France² ont proposé une première échelle de poids relatifs basés sur la durée de séjour. Simultanément émergeait la proposition de constituer un RFM (Résumé Financier Minimum) basé sur les factures des patients hospitalisés. L'objectif était de combiner RCM et RFM en vue d'une réforme du financement des hôpitaux basée sur la pathologie des patients, afin de répondre au souhait du ministre de la Santé de l'époque (Jean-Luc Dehaene).

“ La fin du XX^e siècle verra l'influence grandissante du médecin dans la gestion hospitalière, via le statut du médecin hospitalier ”

UTILISATION DES DRG POUR DES COMPARAISONS INTERHOSPITALIÈRES DANS LE CADRE DU FINANCEMENT

Dès 1986, époque où le financement était lié à un quota de journées facturables, le ministère de la Santé Publique a tenté de réduire ces quotas par des mesures destinées à pénaliser les hôpitaux dont les taux d'occupation n'étaient maintenus qu'en prolongeant plus que nécessaire le séjour des patients.

En 1995, les AP-DRG ont été choisis comme méthode de case mix et utilisés pour des comparaisons interhospitalières, à la base du financement. Dans le nouveau système de financement, la durée moyenne de séjour nationale des DRG a remplacé la durée de séjour nationale des services. Le case mix est utilisé pour le financement des hôpitaux en tant qu'indicateur de performance de la durée de séjour.

Pol Leclercq a aussi assisté à la modification des statuts des hôpitaux, avec passage du CPAS vers les intercommunales et les associations Chapitre XII dans le secteur public, et création de nouvelles ASBL ou d'entités appartenant aux universités libres dans le secteur privé.





Progressivement, l'utilisation des DRG prend une place croissante dans le financement du budget des moyens financiers (BMF) et dans les autres composantes du financement des soins de santé (systèmes de forfaits de biologie clinique, montants de référence et forfaitarisation des spécialités pharmaceutiques). La version 15 des APR-DRG a été choisie pour intervenir dans le système de financement débutant en janvier 2002.

L'arrêté royal du 25/04/2002 reprend nombre de règles que stipulait l'arrêté ministériel du 02/08/1986, abrogé, tout en introduisant de nouvelles mesures: remplacement de la notion de prix de journée par la notion de BMF, détermination majoritaire du financement sur base de l'activité justifiée, fixée sur base de durées de séjour nationales par APR-DRG, intégration de l'hospitalisation de jour chirurgicale dans le BMF...

Le système de convention, le rééquilibrage des forces après la grève de 1964 et les développements des actes médicaux et de la nomenclature ont fourni l'occasion à Pol Leclercq d'exercer ses talents de concepteur de nouveaux systèmes de tarification et d'enregistrement des actes médicaux.

nombre et le type d'interventions chirurgicales. Augmenter le nombre d'admissions et non plus le nombre de journées est la clé de ce nouveau système de financement.

UNE FORFAITARISATION ACCRUE DU FINANCEMENT HOSPITALIER BASÉ SUR LES PATHOLOGIES?

Pour introduire un système de forfaitarisation à la pathologie, plusieurs voies peuvent être envisagées: construire une échelle tarifaire par DRG à partir des différents tarifs historiques (nomenclatures de prestations ou de spécialités pharmaceutiques et produits assimilés, BMF) ou construire une échelle tarifaire basée sur les coûts réels en suivant l'exemple d'autres pays comme la France, la Suisse ou l'Allemagne. Dans cette dernière hypothèse, diverses voies sont possibles: construire, à partir de données nationales, une échelle de coûts ou s'approprier une échelle de coûts étrangère et l'adapter aux spécificités régionales ou nationales. C'est le cas par exemple du Portugal qui a adapté l'échelle de cost-weights de l'Etat américain du Maryland au contexte national, en y incluant les salaires des médecins et en adaptant les barèmes infirmiers.

Quelle que soit l'orientation retenue, le calcul des coûts par pathologie prendra une place croissante dans la gestion des institutions hospitalières. En effet, dans la première hypothèse (tarifs par DRG issus de tarifs historiques), il sera indispensable d'opposer les tarifs forfaitaires attribués par DRG au coût de prise en charge de ces mêmes DRG afin de concentrer les décisions de gestion là où apparaîtront des discordances importantes. Dans la seconde hypothèse, il s'agira non seulement d'analyser les écarts coûts-tarifs, mais encore de contribuer soit à la constitution d'échelles de coûts soit à la validation et à l'adaptation d'échelles de coûts importées.

Pol Leclercq, qui a formulé il y a plus de 10 ans le pari qu'un tel système de financement verrait le jour en Belgique, a travaillé pendant plusieurs années avec son équipe sur cette matière. Il poursuit encore activement une activité scientifique dans ce secteur de recherche. ●●

“ L'hôpital a grandi en volume et diminué en quantité ”

Le financement hospitalier s'inscrit dans le cadre d'une enveloppe fermée, ce qui signifie que tout euro octroyé en supplément à un hôpital doit se compenser par un euro soustrait aux autres. Le financement des services communs est forfaitaire: c'est celui du groupe d'hôpitaux dans lequel l'hôpital est classé, mais en tenant compte de son nombre d'unités d'œuvre. Pour les services cliniques, une différenciation est établie entre hôpitaux en fonction de l'activité réelle, quantitative et qualitative, mesurée par les prestations médicales, la charge infirmière, les pathologies, le

1 Roger France F.H., Mertens I., Closon M.C., Hofdijk J. *Case Mix: Global Views, Local Actions, Evolution in Twenty Countries*. Amsterdam: IOS Press; 2001.

2 Université catholique de Louvain (UCL).