

NOS RÉF : DBI/OMZ-CIR/n.07_22

DATE : 08.06.2022

ANNEXE(S) : /

CONTACT Cellule Standards

EMAIL : info.icd@health.fgov.be

Circulaire adressée aux gestionnaires des hôpitaux
généraux

Objet : Manuel de codage ICD-10-BE version 2021 : extension du délai et clarifications

Chers tous,

Par cette circulaire, nous souhaitons vous informer de la décision et de la clarification suivantes concernant l'enregistrement de RHM pour la période 2022/2 :

Report de la date limite d'application du manuel de codage ICD-10-BE version 2021.

En concertation, il a été décidé de reporter d'un mois l'application de la version 2021 du manuel de codage ICD-10-BE. Le manuel de codage ICD-10-BE version 2021 entrera en vigueur pour les séjours qui doivent être enregistrés conformément aux directives du MZG dans l'enregistrement RHM 2022/2.

Pour 2022/1 l'utilisation de la version 2021 du système de classification ICD-10-BE selon les règles dans le manuel de codage ICD-10-BE version 2019 reste applicable (voir circulaire avec référence DBI/OMZ-CIR/n.11_21).

Clarification concernant le terme "prestataire de soins"

Dans le contexte de ces directives de codage, le terme " prestataire de soins" est défini comme suit : le médecin ou tout autre praticien de santé qualifié qui est légalement compétent de l'établissement du diagnostic du patient.

Selon la législation belge actuelle, le terme est défini comme suit :

- Un médecin (ou un dentiste dans son domaine de compétence)
- Une sage-femme, en ce qui concerne le diagnostic de grossesse
- Un psychologue, en ce qui concerne l'établissement d'un psycho-diagnostic

Codage par spécialité

Les diagnostics et les procédures sont codés par spécialité dans les fichiers DIAGNOSE et PROCEDUR du domaine des données médicales (voir les directives d'enregistrement du MZG, domaine 3 (A), STAYSPEC (A3)). Une admission ou un séjour dans le manuel de codage peut donc dans la plupart des cas être compris comme une admission ou un séjour dans une spécialité. En d'autres termes, le fait d'avoir plusieurs spécialités au sein d'un même séjour ou d'une même hospitalisation présuppose l'existence de plusieurs diagnostics principaux (un par séjour ou admission dans le spécialisme).

En outre, il est nécessaire de déterminer un seul diagnostic principal pour l'ensemble du séjour ou de l'admission. Par conséquent, le concept de diagnostic d'admission vérifié a été introduit à côté du concept de diagnostic principal. Le diagnostic d'admission vérifié est défini comme l'affection qui a été identifiée après examen comme la cause principale de l'admission ou du séjour du patient à l'hôpital. Les mots "après examen" dans la définition sont importants. Il ne s'agit pas du diagnostic d'admission pur, mais plutôt du diagnostic qui s'avère être la cause de l'admission après un examen diagnostique intensif ou même après une intervention chirurgicale. Cela signifie également que les affections qui surviennent pendant le séjour à l'hôpital (par exemple, une chute du lit avec fracture de la hanche) ne peuvent pas être codées comme un diagnostic d'admission vérifié.

Mise à jour du manuel de codage ICD-10-BE version 2021

Dans le cadre d'un dialogue constructif avec les hôpitaux, les corrections et clarifications nécessaires ont été apportées au manuel de codage. Nous remercions sincèrement tous ceux qui y ont contribué. Cette nouvelle version sera publiée le vendredi 10 juin 2022, ici sur notre site www.health.belgium.be > Santé > Organisation des soins de santé > Hôpitaux > Systèmes d'enregistrement > ICD-10-BE > Publications > Directives de codage. L'annonce de la publication sera également envoyée par courriel.

Toutes les questions relatives au codage peuvent être adressées à la Cellule Standards via info.icd@health.fgov.be.

Sincères salutations.

Tom Van Renterghem
Chef de service Data et Information Stratégique

Arabella D'Havé
Chef de Cellule Standards