

# Information supplémentaire concernant l'enregistrement des hospitalisations de jour

## Contenu

<b>1. DOMAINE DONNEES MEDICALES ET DONNEES DE FACTURATION .....</b>	<b>3</b>
1.1. Hospitalisation de jour dans les unités spécifiques pour hospitalisation de jour .....	3
1.1.1. <i>Type de séjour hospitalier = C: fonction hospitalisation de jour chirurgicale</i> .....	3
a) Définition .....	3
b) Fichier STAYINDEX .....	4
c) Fichier PROCRIZI .....	4
d) Fichiers DIAGNOSE et PROCEDUR .....	4
1.1.2. <i>Type de séjour hospitalier = D: fonction hospitalisation de jour non chirurgicale</i> .....	4
a) Définition .....	4
b) Fichier STAYINDEX .....	4
c) Fichier PROCRIZI .....	5
d) Fichiers DIAGNOSE et PROCEDUR .....	6
1.1.3. <i>Catégorie de séjour hospitalier: types spécifiques d'hospitalisation de jour</i> .....	6
a) Définition .....	7
b) Fichier STAYINDEX .....	7
c) Fichier PROCRIZI .....	8
d) Fichiers DIAGNOSE et PROCEDUR .....	8
1.2. Autre type de séjour hospitalier sans nuitée: urgence ambulatoire .....	8
1.3. Hospitalisations de jour en dehors des unités de soins spécifiques pour hospitalisation de jour .....	9
1.3.1. <i>Définition</i> .....	9
a) Dans une unité classique .....	9
b) Au service d'urgences .....	9
c) Dans une unité fictive DAYMIX .....	9
1.3.2. <i>Fichier STAYINDEX</i> .....	9
1.3.3. <i>Fichier PROCRIZI</i> .....	9
1.3.4. <i>Fichiers DIAGNOSE et PROCEDUR</i> .....	10
1.4. Remarques .....	10
1.4.1. <i>Convention diabétique et convention oxygène</i> .....	10
1.4.2. <i>Dialyse rénale</i> .....	10
1.4.3. <i>Convention de la mémoire</i> .....	10
1.5. Aperçu des données médicales .....	10
1.5.1. <i>Le diagnostic principal par spécialité</i> .....	11
1.5.2. <i>Le diagnostic d'admission vérifié et l'APR-DRG en hospitalisation de jour</i> .....	11
<b>2. DOMAINE DONNEES DE STRUCTURE .....</b>	<b>14</b>
2.1. CODE_BEDINDEX (fichier UNITINDEX) .....	14
2.2. S4_COST_CENTRE (fichier UNITINDEX) .....	14
<b>3. DOMAINE DONNEES ADMINISTRATIVES .....</b>	<b>14</b>
3.1. Fichier STAYSPEC .....	14
3.1.1. <i>Dans une unité spécifique pour hospitalisation de jour</i> .....	14
3.1.2. <i>Dans une unité classique</i> .....	14
3.1.3. <i>Au service des urgences</i> .....	15
3.1.4. <i>Dans une unité fictive DAYMIX</i> .....	15
3.2. Fichier STAYUNIT .....	15

3.2.1. Dans une unité de soins spécifique pour hospitalisation de jour .....	15
3.2.2. Dans une unité classique.....	15
3.2.3. Au service des urgences .....	15
3.2.4. Dans une unité fictive DAYMIX .....	16
<b>4. DOMAINES DONNEES INFIRMIERS ET PERSONNEL .....</b>	<b>17</b>
4.1. Dans une unité spécifique pour hospitalisation de jour .....	17
4.2. Dans une unité classique .....	17
4.3. Au service des urgences.....	17
4.4. Dans une unité fictive DAYMIX .....	17
<b>5. APERÇU DOMAINES DONNEES INFIRMIERES, PERSONNEL ET ADMINISTRATIVES</b>	<b>18</b>

## 1. Domaine **DONNEES MEDICALES** et **DONNEES de FACTURATION**

### 1.1. Hospitalisation de jour dans les unités spécifiques pour hospitalisation de jour

Les données médicales qui doivent être remplies dépendent du type de facturation et du type d'hospitalisation de jour.

Le type de facturation est exprimé par le type de séjour hospitalier (selon la facturation): champ 14, A2\_HOSPTYPE\_FAC, dans le fichier STAYHOSP, domaine des données administratives.

	Type de facturation	Fichier STAYHOSP A2_HOSPTYPE_FAC type de séjour hospitalier
<b>Hospitalisation classique (avec nuitée)</b>	Hospitalisation classique	H
	Longs séjours	F/M/L
	Enregistrement provisoire pour les données infirmières	N
<b>Hospitalisation sans nuitée</b>	Hospitalisation de jour chirurgicale	C
	Hospitalisation de jour non-chirurgicale	D
	Contact avec le service d'urgence sans forfait et sans prix de journée, uniquement urgence ambulatoire	U

Le type d'hospitalisation de jour est enregistré dans le même fichier dans la catégorie de séjour hospitalier, champ 13, A2\_HOSPTYPE\_CAT.

Cette répartition en catégories était, jusqu'à maintenant, uniquement utilisée pour différencier les séjours entièrement psychiatriques (P) et les autres séjours (R). Le nom original était d'ailleurs A2\_HOSPTYPE\_P\_nP.

	Catégorie de séjour hospitalier	Fichier STAYHOSP A2_HOSPTYPE_CAT Catégorie de séjour hospitalier
<b>Hospitalisation classique (avec nuitée)</b>	Séjour entièrement psychiatrique	P
	Tous les autres types de séjour	R
<b>Hospitalisation sans nuitée</b>	Séjour entièrement psychiatrique	P
	Hospitalisation de jour gériatrique	G
	Hospitalisation de jour oncologique	O
	Hospitalisation de jour pédiatrique	E
	Tous les autres types de séjour (toutes les autres formes d'hospitalisation de jour non-chirurgicale ou chirurgicale et urgence ambulatoire)	R

#### 1.1.1. Type de séjour hospitalier = C: fonction hospitalisation de jour chirurgicale

##### a) Définition

La fonction hospitalisation de jour chirurgicale est décrite dans l'A.R. du 25 novembre 1997.

Tous les séjours en hospitalisation de jour avec une prestation de la liste 'A' (annexe 3, point 6, de l'AR du 25 avril 2002 *relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux*, modifié par l'annexe 1 de l'AR du 4 juin 2003 modifiant l'AR du 25 avril 2002 *relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux et à toutes les modifications suivantes éventuelles*) sont considérés comme hospitalisation chirurgicale de jour. Les règles relatives aux soins à basse variabilité n'affectent pas le type de séjour hospitalier qui doit être enregistré dans le RHM

Depuis juillet 2002, un prix de journée d'hospitalisation et non plus un forfait est dû pour ces séjours.

**b) Fichier STAYINDEX**

Comme service de facturation (champ 6: A4\_CODE\_BEDINDEX\_FAC), il faut utiliser #ZC#. #Z# est également accepté jusqu'au RHM 2010 inclus.

Dans le champ 10 (A4\_NUMBER\_DAY\_FAC), il faut remplir #1#. Dans les champs 11 à 15 inclus, il faut remplir #0#. Très exceptionnellement, A4\_NUMBER\_DAY\_FAC\_PREV (champ 11) peut valoir #1#, dans ce cas tous les autres champs de 10 à 15 doivent valoir #0#.

**c) Fichier PROCRIZI**

Les règles ci-dessous dépendent de l'INAMI.

Dans le fichier PROCRIZI, outre les codes INAMI ordinaires, il faut encoder un ou plusieurs des codes INAMI suivants :

768036 – 768040	Hospitalisation chirurgicale de jour	Hospitalisation - partie variable sur base des factures introduites: hôpital chirurgical de jour - forfait par admission
768051 – 768062	Hospitalisation chirurgicale de jour	Hospitalisation - partie variable sur base des factures introduites: hôpital chirurgical de jour - forfait par jour
768471 – 768482	Hospitalisation chirurgicale de jour	Hospitalisation, partie variable sur base des factures introduites, patient non en règle d'assurabilité, hôpital chirurgical de jour: prix de journée 100 %

Lorsque le patient est en ordre d'assurabilité, un code par admission (768036 ou 738040) et un code par journée (768051 ou 768062) doivent être enregistrés. Lorsque le patient n'est pas en ordre d'assurabilité, seul le code 768471 ou 768482 doit être enregistré.

A partir du RHM 2018 on ne doit plus enregistrer pour les hospitalisations de jour chirurgicales que ces codes et les prestations de la liste A. Les autres codes INAMI ne sont plus exigés.

**d) Fichiers DIAGNOSE et PROCEDUR**

Les diagnostics principaux et secondaires et les procédures doivent être encodés en ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015.

**1.1.2. Type de séjour hospitalier = D: fonction hospitalisation de jour non chirurgicale**

**a) Définition**

La fonction hospitalisation de jour non-chirurgicale est décrite dans l'A.R. du 10 février 2008.

Il s'agit de 'tous les séjours pour lesquels le patient quitte l'hôpital le jour où il y est admis, conformément à l'accord visé à l'article 42 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, s'appliquant pendant la période du séjour'.

Pour ces séjours, un forfait d'hospitalisation de jour est facturé.

**b) Fichier STAYINDEX**

Comme service de facturation (champ 6: A4\_CODE\_BEDINDEX\_FAC), il faut utiliser #Z#. Il faut remplir #0# dans les champs 10 à 15 inclus.

c) **Fichier PROCRIZI**

Les règles de facturation sont définies par l'INAMI.

Jusqu'au RHM 2017 inclus, à côté des codes INAMI habituels, un des codes INAMI suivants doit être encodé dans le fichier PROCRIZI.

A partir du RHM 2018, seul un des codes suivants doit être enregistré pour les hospitalisations chirurgicales de jour. Les autres codes INAMI ne sont plus requis.

1) **Maxiforfait**

CODE INAMI	DESCRIPTION
761331 – 761342	Une prestation nécessitant une anesthésie générale effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie (MAXI). <b>Remarque:</b> si la prestation se trouve sur la liste nominative des maxiforfaits, ce pseudocode ne peut être utilisé. La prestation reprise dans la liste nominative peut dès lors être mentionnée dans cette zone.
761353 – 761364  <b>Plus à partir de RHM 2018</b>	Surveillance médicale et infirmière lors de l'administration de médicaments de la catégorie de remboursement A enregistrés sous les codes ATC L01 ou V03AF, si l'utilisation d'une perfusion intravasculaire ou une instillation intra-cavitaire ou intra-vésicale est indispensable (maxiforfait). Description valide depuis le 01/07/2007 <b>Description adaptée depuis le 10/04/2009:</b> Surveillance médicale et infirmière lors de l'administration de médicaments de la catégorie de remboursement A enregistrés sous les codes ATC L01 ou V03AF ou L03AX03, si l'utilisation d'une perfusion intravasculaire ou une instillation intra-cavitaire ou intra-vésicale est indispensable (maxiforfait). <b>Supprimé à partir du 01/03/2017</b>
761235 – 761246	Forfait pour journée d'entretien – maxiforfait : lors d'une anesthésie générale ou en cas d'hospitalisation de jour oncologique Description valide depuis le 01/07/2007.
767874 – 767885	Maxiforfait monothérapie <b>NOUVEAU à partir du 01/03/2017</b>
767896 – 767900	Maxiforfait combothérapie <b>NOUVEAU à partir du 01/03/2017</b>
767911 – 767922	Maxiforfait monothérapie + pédiatrie mono <b>NOUVEAU à partir du 01/03/2017</b>
767933 - 767944	Maxiforfait combothérapie + pédiatrie combi <b>NOUVEAU à partir du 01/03/2017</b>

2) **Forfaits groupes 1 – 7**

JOURNÉE D'ENTRETIEN FORFAITAIRE POUR	Numéro INAMI	
	Non hospitalisé	Hospitalisé (dans un autre hôpital)
- Forfait groupe 1	768176	768180
- Forfait groupe 2	768191	768202
- Forfait groupe 3	768213	768224
- Forfait groupe 4	768235	768246
- Forfait groupe 5	768250	768261
- Forfait groupe 6	768272	768283
- Forfait groupe 7	768294	768305

3) **Forfaits 1 - 3 douleur chronique**

JOURNÉE D'ENTRETIEN FORFAITAIRE POUR	Numéro INAMI	
	Non hospitalisé	Hospitalisé (dans un autre hôpital)
Douleur chronique, forfait 1	768316	768320
Douleur chronique, forfait 2	768331	768342
Douleur chronique, forfait 3	768353	768364

4) **Miniforfait**

CODE INAMI	DESCRIPTION
761316	Tout état nécessitant des soins urgents justifiant une admission dans un lit hospitalier (MINI) (ambulant).
761434	Tout état nécessitant une perfusion intraveineuse (MINI) (ambulant).
761213	Jusqu'au 31/12/2014 : Forfait pour journée d'entretien – miniforfait : lors d'une admission urgente ou lors de perfusion intraveineuse A partir du 1/1/2014 : Soins urgents ou perfusion intraveineuse
768375 - 768386	Forfait manipulation cathéter à chambre

d) **Fichiers DIAGNOSE et PROCEDUR**

- Pour les patients avec un maxiforfait ou un forfait 1-7, il faut encoder les diagnostics principaux et secondaires et les procédures en ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015 .
- Pour les forfaits 1-3 douleur chronique, le diagnostic principal suffit.
- Pour les miniforfaits, on ne demande pas d'encoder en ICD-9-CM ou ICD-10-BE. Il est suffisant de remplir #MMMMMM# comme diagnostic principal.
- **Remarque:** Si, dans les unités de soins spécifiques ou non pour l'hospitalisation de jour, il y a des patients sortis le jour de leur admission et pour lesquels aucun forfait d'hospitalisation de jour n'est facturé, il est suffisant de remplir #MMMMMM# comme diagnostic principal.

Forfait	Fichier DIAGNOSE	Fichier PROCEDUR
Maxiforfait	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015
Forfaits 1 - 7	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015
Forfaits 1 - 3 douleur chronique	Uniquement diagnostic principal	Non
Miniforfait	MMMMMM	Non
Pas de forfait pour hospitalisation de jour	MMMMMM	Non

**ATTENTION:**

Les règles de codage ICD-9-CM ou ICD-10-BE imposant qu'un diagnostic secondaire soit utilisé en combinaison du diagnostic principal (pathologie sous-jacente) doivent toujours être respectées, même s'il n'est en principe demandé de n'enregistrer que le diagnostic principal (voir Manuel de codage ICD-9-CM 2007/2008, Généralités, Chapitre B, conventions ICD-9-CM; Voir Manuel de Codage ICD-10-BE, chapitre 4).

**1.1.3. Catégorie de séjour hospitalier: types spécifiques d'hospitalisation de jour**

Pour tous ces types d'hospitalisation jour, il faut, pour chaque jour de présence du patient, utiliser un autre numéro de séjour.

Pour faire une distinction claire avec les autres types d'hospitalisation de jour, le champ 13, catégorie de séjour hospitalier, A2\_HOSPTYPE\_CAT, du fichier STAYHOSP est utilisé. En hospitalisation de jour, il y a les catégories de séjour hospitalier suivantes : séjour entièrement psychiatrique(P), hospitalisation de jour gériatrique (G), hospitalisation de jour oncologique (O), hospitalisation de jour pédiatrique (E), et tous les autres types de séjour (R).

Ci-dessous, vous trouverez plus d'information concernant l'hospitalisation de jour gériatrique (G), l'hospitalisation de jour oncologique (O) et l'hospitalisation de jour pédiatrique (E).

## a) Définition

### 1) Hospitalisation de jour gériatrique: catégorie de séjour hospitalier = G

Par hospitalisation de jour gériatrique il faut comprendre chaque hospitalisation de jour réalisée dans:

- Soit l'hôpital de jour gériatrique comme décrit dans le contrat "Projet pilote concernant la création d'une fonction hôpital de jour gériatrique dans le cadre du programme de soins gériatrique".
- Soit un hôpital de jour pour le patient gériatrique agréé comme défini dans l'Arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers.

### 2) Hospitalisation de jour oncologique: catégorie de séjour hospitalier = O

Ceci concerne l'hospitalisation de jour dans le cadre d'un programme de soins pour l'oncologie comme décrit dans L'AR du 21 mars 2003.

Conditions:

- L'établissement doit être agréé en oncologie.
- Le patient doit être soigné par l'équipe visée à cette fin.
- Le patient doit appartenir au groupe cible du programme de soins.

Tous les séjours qui répondent à ces conditions doivent toujours être enregistrés dans le RHM.

Depuis le 1er mars 2017, pour un séjour en hôpital de jour oncologique, un des codes suivants doit être ajouté dans le fichier PROCRIZI, pour autant qu'ils aient été facturés :

Maxi-forfait monothérapie : 767874 – 767885

Maxi-forfait combithérapie : 767896 – 767900

Maxi-forfait pédiatrie monothérapie : 767911 – 767922

Maxi-forfait pédiatrie combithérapie : 767933 – 767944

De plus, l'INAMI a ajouté des codes pour les soins de base oncologiques (767852 – 767863). Ces codes ne peuvent **pas** être enregistrés dans le fichier PROCRIZI. Les séjours qui n'ont que ce forfait et qui, en plus, correspondent aux conditions de base pour l'enregistrement comme hôpital de jour oncologique doivent toujours être enregistrés suivant les directives d'enregistrement pour l'hôpital de jour oncologique sans forfait ou avec un mini-forfait. Ceci implique **qu'une consultation**, pour laquelle ce pseudocode **soins de base oncologiques** est facturé, ne peut **pas** être enregistrée dans le RHM.

### 3) Hospitalisation de jour pédiatrique: catégorie de séjour hospitalier = E

Ceci concerne l'hospitalisation de jour dans le cadre d'un programme de soins pour enfants comme décrit dans l'AR du 13 juillet 2006 et l'AR du 28 mars 2007.

## b) Fichier STAYINDEX

Comme service de facturation (champ 6: A4\_CODE\_BEDINDEX\_FAC), il faut remplir #Z#, ou s'il s'agit d'une hospitalisation de jour chirurgicale: #ZC# (#Z# est aussi accepté dans ce cas jusqu'au RHM 2010 inclus).

Si la fonction hospitalisation de jour chirurgicale est utilisée, il faut remplir #1# dans le champ 10 (A4\_NUMBER\_DAY\_FAC) et #0# dans les champs 11 à 15 inclus. Très exceptionnellement, A4\_NUMBER\_DAY\_FAC\_PREV (champ 11) peut valoir #1#, tous les autres champs de 10 à 15 devant alors valoir #0#. Dans tous les autres cas, il faut remplir #0# dans les champs 10 à 15 inclus.

### c) Fichier PROCRIZI

Jusqu'au RHM 2017 inclus, tous les codes INAMI, pseudocodes et forfaits doivent être enregistrés (les règles dépendent de l'INAMI). A partir du RHM 2018, seuls les forfaits et pseudocodes (avec les prestations de la liste A) doivent être enregistrés comme décrit dans les directives pour les données médicales, chapitre 3 (PROCRIZI), M3/ champ 6 => M3\_CODE\_INARIZ code de procédure INAMI.

### d) Fichiers DIAGNOSE et PROCEDUR

Pour la codification en ICD-9-CM ou ICD-10-BE, on se base sur la facturation.

Hospitalisation de jour	Forfait	DIAGNOSE	PROCEDUR
Chirurgicale	-	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015
Non chirurgicale	Maxiforfait	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015
	Forfaits 1 – 7	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015
	Forfaits 1 – 3 douleur chronique	Diagnostic principal	Non
	Miniforfait	Diagnostic principal	Non
	Pas de forfait	Diagnostic principal	Non

#### **ATTENTION:**

Les règles de codage ICD-9-CM ou ICD-10-BE imposant qu'un diagnostic secondaire soit utilisé en combinaison du diagnostic principal (pathologie sous-jacente) doivent toujours être respectées, même s'il n'est en principe demandé de n'enregistrer que le diagnostic principal (voir Manuel de codage ICD-9-CM 2007/2008, Généralités, Chapitre B, conventions ICD-9-CM; voir Manuel de Codage ICD-10-BE, chapitre 4).

### 1.2. Autre type de séjour hospitalier sans nuitée: urgence ambulatoire

Le type de séjour hospitalier A2\_HOSPTYPE\_FAC = U (urgence ambulatoire) ne peut être utilisé qu'en cas d'un contact avec le service d'urgence (service de soins urgents spécialisés ou première prise en charge des urgences) pour lequel aucun prix de journée ou forfait hospitalisation de jour n'est facturé.

Pour les urgences ambulatoires, les codes ICD-9-CM ou ICD-10-BE ne doivent pas être encodés mais il faut enregistrer tous les codes INAMI.



### **1.3. Hospitalisations de jour en dehors des unités de soins spécifiques pour hospitalisation de jour**

Pour tous ces cas, on se base sur la facturation (type de séjour hospitalier, A2\_HOSPTYPE\_FAC). Sur cette base, les règles décrites plus haut sont d'application.

#### **1.3.1. Définition**

##### **a) Dans une unité classique**

Tous les patients qui séjournent dans une unité pour hospitalisation classique doivent être enregistrés. Si aucun prix de journée n'est facturé (ni prix de journée pour hospitalisation classique, ni prix de journée pour hospitalisation de jour chirurgicale), ces patients tombent sous le type de séjour hospitalier A2\_HOSPTYPE\_FAC = D. Les règles pour l'hospitalisation de jour non-chirurgicale sont d'application.

##### **b) Au service d'urgences**

Tous les patients qui sont inscrits au service d'urgences doivent être enregistrés. Si aucun prix de journée n'est facturé (ni prix de journée pour hospitalisation classique, ni prix de journée pour hospitalisation de jour chirurgicale) mais qu'un forfait d'hospitalisation de jour est facturé, ces patients tombent sous le type de séjour hospitalier A2\_HOSPTYPE\_FAC = D. Les règles pour l'hospitalisation de jour non-chirurgicale sont d'application.

Il ne faut pas confondre avec les urgences ambulatoires pour lesquelles aucun forfait d'hospitalisation de jour n'est facturé et le type de séjour hospitalier doit être A2\_HOSPTYPE\_FAC = U.

##### **c) Dans une unité fictive DAYMIX**

Le patient ne séjourne pas dans une unité de soins pour hospitalisation classique ou hospitalisation de jour, ni au service d'urgences, mais un maxiforfait, un forfait 1-7, un forfait 1-3 douleur chronique ou un miniforfait est facturé. Ces patients tombent sous le type de séjour hospitalier A2\_HOSPTYPE\_FAC = D. Les règles pour l'hospitalisation de jour non-chirurgicale sont d'application.

#### **1.3.2. Fichier STAYINDEX**

Comme service de facturation (champ 6: A4\_CODE\_BEDINDEX\_FAC), il faut remplir #Z#, ou s'il s'agit d'une hospitalisation de jour chirurgicale: #ZC# (#Z# est aussi accepté dans ce cas jusqu'au RHM 2010 inclus).

Si la fonction hospitalisation de jour chirurgicale est utilisée, il faut remplir #1# dans le champ 10 (A4\_NUMBER\_DAY\_FAC) et #0# dans les champs 11 à 15 inclus (Très exceptionnellement, A4\_NUMBER\_DAY\_FAC\_PREV (champ 11) peut valoir #1#, tous les autres champs de 10 à 15 devant alors valoir #0#). Dans tous les autres cas, il faut remplir #0# dans les champs 10 à 15 inclus.

#### **1.3.3. Fichier PROCRIZI**

Jusqu'au RHM 2017 inclus, tous les codes INAMI, pseudocodes et forfaits sont enregistrés (les règles dépendant de l'INAMI). A partir du RHM 2018, seuls les forfaits et pseudocodes (avec les prestations de la liste A) doivent être enregistrés comme décrit dans les directives pour les données médicales, chapitre 3 (PROCRIZI), M3/ champ 6 => M3\_CODE\_INARIZ code de procédure INAMI.

Exception: pour les séjours entièrement psychiatriques (catégorie de séjour A2\_HOSPTYPE\_CAT = P) on ne doit pas enregistrer de procédures INAMI.

### 1.3.4. Fichiers *DIAGNOSE* et *PROCEDURE*

Pour la codification en ICD-9-CM ou ICD-10-BE, il faut se baser sur la facturation.

Hospitalisation de jour	Forfait	A2_HOSPTYPE_CAT	DIAGNOSE	PROCEDURE
Chirurgicale	-	R, G, O, E	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015
Non chirurgicale	Maxiforfait	R, G, O, E	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015
	Forfaits 1 – 7	R, G, O, E	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015	ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015
	Forfaits 1 – 3 douleur chronique	R, G, O, E	Diagnostic principal	Non
	Miniforfait	R	MMMMMM	Non
		G, O, E	Diagnostic principal	Non
	Pas de forfait (uniquement en unité de soins classique)	R	MMMMMM	Non
G, O, E		Diagnostic principal	Non	

Exception: Dans les services psychiatriques, il ne faut pas enregistrer de codes ICD-9-CM ou ICD-10-BE pour les diagnostics et les procédures.

## 1.4. Remarques

### 1.4.1. *Convention diabétique et convention oxygène*

Dans le cadre du RHM, les contacts sans hospitalisation pour la convention diabétique et la convention oxygène ne sont pas enregistrés.

### 1.4.2. *Dialyse rénale*

Dans le cadre du RHM, les contacts sans hospitalisation pour la dialyse rénale ne sont pas enregistrés.

### 1.4.3. *Convention de la mémoire*

Dans le cadre du RHM, les contacts sans hospitalisation pour la convention de la mémoire ne sont pas enregistrés.

## 1.5. Aperçu des données médicales

La facturation est importante pour les détails des diagnostics et des interventions. Tous les détails ne sont pas demandés afin de limiter la charge de codification.

Les nouvelles catégories de séjour hospitalier servent à distinguer les nouvelles formes d'hospitalisation de jour.

### **1.5.1. Le diagnostic principal par spécialité**

#### **Règle générale:**

Dans le fichier DIAGNOSE, un code ICD-9-CM ou ICD-10-BE valide peut en principe toujours être utilisé comme diagnostic principal, pour autant que les règles de codage relatives au diagnostic principal soient respectées.

#### **Exceptions:**

Doit être utilisé en tant que diagnostic principal des différentes spécialités:

- Pour la spécialité AKT: #AAAAAA# ou un code ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015 valide, pour lequel les règles de codage du diagnostic principal sont respectées.
- Pour la spécialité URG: #UUUUUU# ou un symptôme (code ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015) ou un code ICD9 jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015 valide, pour lequel les règles de codage du diagnostic principal sont respectées. Si URG est la seule spécialité, #UUUUUU# ou un symptôme (code ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015) ne peut être utilisé que si:
  - A2\_HOSPTYPE\_FAC = U (urgence ambulatoire = séjours sans forfait dans le service des urgences)
  - A2\_HOSPTYPE\_FAC = D (hospitalisation de jour) et A2\_HOSPTYPE\_CAT = R et il s'agit d'un miniforfait. Le diagnostic d'admission vérifié est #MMMMMM#.
- Pour les hospitalisations de jour non chirurgicales avec un miniforfait ou sans forfait: #MMMMMM# ou un code ICD9 jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015 valide, pour lequel les règles de codage du diagnostic principal sont respectées.

### **1.5.2. Le diagnostic d'admission vérifié et l'APR-DRG en hospitalisation de jour**

#### **Règle générale:**

En hospitalisation de jour, il y a la plupart du temps une seule spécialité. Le diagnostic d'admission vérifié est identique au diagnostic principal de cette seule spécialité et est utilisé pour le calcul de l'APR-DRG.

#### **Exceptions:**

- Le diagnostic d'admission vérifié pour une urgence ambulatoire est toujours #UUUUUU# et l'APR-DRG est 'UUU'
- Si la première spécialité est AKT, le diagnostic d'admission vérifié doit être #AAAAAA#, indépendamment du fait qu'il s'agisse ou non d'un séjour psychiatrique complet. L'APR-DRG d'un séjour psychiatrique complet ou de la partie psychiatrique d'un séjour vaut 'AAA'. S'il ne s'agit pas d'un séjour psychiatrique complet, un APR-DRG est calculé pour la partie non psychiatrique du séjour.
- Lorsque la première spécialité est URG et la deuxième AKT, le diagnostic d'admission vérifié doit toujours être #UUUAAA#, indépendamment du fait qu'il s'agisse ou non d'un séjour psychiatrique complet. L'APR-DRG d'un séjour psychiatrique complet ou de la partie psychiatrique d'un séjour vaut alors 'UAA'.
- Pour les autres cas où la première spécialité est identique à URG, il y a lieu d'encoder un ICD-9 jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015 valide comme diagnostic d'admission vérifié. Ce code peut être identique au diagnostic principal de la première spécialité ou de la deuxième spécialité, mais ce n'est pas nécessairement le cas. Il s'agit, en l'occurrence, de

RHM Information supplémentaire : L'enregistrement des hospitalisations de jour

l'affection reconnue après examen pour être la cause principale de l'admission du patient admis à l'hôpital par le biais du service des urgences.

- Pour les séjours avec A2\_HOSPTYPE\_FAC = D et A2\_HOSPTYPE\_CAT = R avec miniforfait ou sans forfait, le diagnostic d'admission vérifié est toujours #MMMMMM# et l'APR-DRG est 'MMM' (y compris si la seule spécialité est URG ou si la première spécialité est AKT, ou si la première spécialité est URG et la deuxième est AKT).

Pour les séjours où le patient ne séjourne que dans une spécialité (ce qui est majoritairement le cas en hospitalisation de jour), les possibilités complémentaires sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Pour les séjours plus complexes, nous vous renvoyons à un tableau plus étendu faisant partie des directives des données médicales.

RHM Information supplémentaire : L'enregistrement des hospitalisations de jour

Fichier STAYHOSP Champ 14: A2_HOSTYPE_FAC type séjour hospitalier	Facturation	Fichier STAYHOSP Champ 13: A2_HOSPTYPE_CAT catégorie séjour hospitalier	Fichier DIAGNOSE Champ 8: CODE_DIAGNOSE	Fichier STAYHOSP Champ 29: A2_CODE_DIAG_ VERIF_ADM	Fichier PROCEDUR Champ 10: M2_CODE_PROCEM URE	Fichier PROCRIZI Champ 6: M3_CODE_INARIZ
<b>C</b>	Hospitalisation de jour chirurgicale	R / G / O / E (sauf <sup>1</sup> et <sup>2</sup> )	ICD-code	ICD-code	ICD-code	RIZIV + pseudocodes
		P (sauf <sup>3</sup> )	AAAAAA ou ICD-code	AAAAAA	Pas de record	RIZIV + pseudocodes
<b>D</b>	Maxiforfait	R / G / O / E (sauf <sup>1</sup> et <sup>2</sup> )	ICD-code	ICD-code	ICD-code	RIZIV + forfaits
		P (sauf <sup>3</sup> )	AAAAAA ou ICD-code	AAAAAA	Pas de record	RIZIV + forfaits
	Forfaits 1 – 7	R / G / O / E (sauf <sup>1</sup> et <sup>2</sup> )	ICD-code	ICD-code	ICD-code	RIZIV + forfaits
		P (sauf <sup>3</sup> )	AAAAAA ou ICD-code	AAAAAA	Pas de record	RIZIV + forfaits
	Forfaits 1 – 3 douleur chronique	R / G / O / E (sauf <sup>1</sup> et <sup>2</sup> )	ICD-code <sup>a</sup>	ICD-code <sup>a</sup>	Pas de record	RIZIV + forfaits
		P (sauf <sup>3</sup> )	AAAAAA ou ICD-code	AAAAAA	Pas de record	RIZIV + forfaits
	Miniforfait	G / O / E (sauf <sup>1</sup> et <sup>2</sup> )	ICD-code <sup>a</sup>	ICD-code <sup>a</sup>	Pas de record	RIZIV + forfaits
		P (sauf <sup>3</sup> )	AAAAAA ou ICD-code	AAAAAA	Pas de record	RIZIV + forfaits
		R (sauf <sup>4</sup> )	MMMMMM ou ICD-code	MMMMMM	Pas de record	RIZIV + forfaits
	Pas de forfait	G / O / E (sauf <sup>1</sup> et <sup>2</sup> )	ICD-code <sup>a</sup>	ICD-code <sup>a</sup>	Pas de record	RIZIV
P (sauf <sup>3</sup> et <sup>5</sup> )		AAAAAA ou ICD-code	AAAAAA	Pas de record	RIZIV	
R (sauf <sup>4</sup> et <sup>5</sup> )		MMMMMM	MMMMMM	Pas de record	RIZIV	
<b>U</b>	Urgence ambulatoire (pas de forfait dans spec URG)	Toutes les catégories	UUUUUU ou ICD-9-CM	UUUUUU	Pas de record	RIZIV

<sup>1</sup> Dans le cas où URG est la première spécialité, le diagnostic principal peut être un code ICD, un symptôme ou #UUUUUU#. Si, en outre, la deuxième spécialité est AKT, le diagnostic principal peut être #AAAAAA# ou un code ICD. Le diagnostic d'admission vérifié sera alors #UUUAAA# et l'APR-DRG sera calculé sur base du code ICD valide de la partie de séjour post AKT. Si la première spécialité est URG et la deuxième n'est pas AKT, alors le diagnostic d'admission vérifié sera le code ICD du diagnostic principal qui justifie l'admission via URG, et l'APR-DRG sera calculé sur base de celui-ci. Le code ICD utilisé doit satisfaire aux règles d'attribution du diagnostic principal.

<sup>2</sup> Si la première spécialité est AKT, le diagnostic principal peut être un code ICD ou #AAAAAA#. Le diagnostic d'admission vérifié à attribuer sera #AAAAAA# et l'APR-DRG sera calculé sur base du code ICD valide de la partie de séjour post AKT.

<sup>3</sup> Dans le cas d'un séjour psychiatrique complet (P) où la première spécialité est URG, le diagnostic principal peut être un code ICD, un symptôme ou #UUUUUU#. Le diagnostic d'admission vérifié sera #UUUAAA# et l'APR-DRG 'UAA'.

<sup>4</sup> Si la première spécialité est URG, le diagnostic principal peut être un code ICD, un symptôme ou #UUUUUU#. Si la spécialité est AKT, le diagnostic principal peut être #AAAAAA# ou un code ICD.

Si A2\_HOSPTYPE\_FAC = D et A2\_HOSPTYPE\_CAT = R et qu'il y a facturation d'un miniforfait, le diagnostic d'admission vérifié sera toujours #MMMMMM# et l'APR-DRG toujours 'MMM'.

<sup>5</sup> Les séjours sans forfait au service des urgences (URG) sont classés en urgence ambulatoire (A2\_HOSPTYPE\_FAC = U et généralement A2\_HOSPTYPE\_CAT = R).

<sup>a</sup> Uniquement diagnostic principal, pas de diagnostic secondaire.

## 2. Domaine DONNEES DE STRUCTURE

### 2.1. CODE\_BEDINDEX (fichier UNITINDX)

Pour l'hospitalisation de jour, il n'y pas d'index de lit agréés. Les index de lit dans le tableau suivant peuvent être utilisés en fonction des agréments (fonction et programme de soins) que l'hôpital a obtenus et de la façon dont il a organisé ses unités de soins.

### 2.2. S4\_COST\_CENTRE (fichier UNITINDX)

Les centres de frais suivants sont possibles. Ils doivent correspondre avec ce qui est enregistré dans FINHOSTA.

Description des index de lits supplémentaires	Fichier UNITINDX Champ 6, CODE_BEDINDEX	Fichier UNITINDX Champ 8, S4_COST_CENTRE
Hôpital de jour chirurgical	ZC	320
Hôpital de jour non-chirurgical	ZD	550
Hôpital de jour gériatrique – <b>Jusqu'au RHM 2018 inclus</b>	ZG	553
Hôpital de jour gériatrique – <b>à partir du RHM 2019</b>	<b>ZG</b>	<b>334</b>
Hôpital de jour oncologique	ZO	552, 550
Hôpital de jour pédiatrique	ZE	551
Service pour hospitalisation de jour (tous les autres types d'hospitalisation de jour)	Z	552

## 3. Domaine DONNEES ADMINISTRATIVES

### 3.1. Fichier STAYSPEC

Les patients en hospitalisation de jour peuvent séjourner dans n'importe quelle spécialité. Les premières lettres du CODE\_SPEC ne peuvent cependant pas être choisies librement. Ci-dessous le tableau avec toutes les possibilités pour ce code:

CODE	DESCRIPTION
AKT	Psychiatrie (services A, K, T)
SPE	Services spécialisés (services Sp)
INT	Fonction 'soins intensifs'
BRU	Centre de grands brûlés
URG	Service d'urgence spécialisé ou première prise en charge
DIV	Toutes les autres spécialités

#### 3.1.1. Dans une unité spécifique pour hospitalisation de jour

Ici, le CODE\_SPEC commence le plus fréquemment par DIV. Dans des cas exceptionnels, d'autres codes sont possibles, mais jamais URG.

#### 3.1.2. Dans une unité classique

Ici, le CODE\_SPEC commence le plus fréquemment par DIV. Dans des cas exceptionnels, d'autres codes sont possibles, mais jamais URG.

### 3.1.3. *Au service des urgences*

Ici, le CODE\_SPEC commence toujours par URG.

### 3.1.4. *Dans une unité fictive DAYMIX*

Ici, le CODE\_SPEC commence toujours par DIV.

## 3.2. Fichier STAYUNIT

Les patients en hospitalisation de jour peuvent séjourner dans n'importe quelle unité de soins: dans une unité de soins spécifique pour hospitalisation de jour, dans une unité classique, au service d'urgences ou dans une unité fictive.

Les premières lettres du CODE\_UNIT ne sont cependant pas choisies librement. Ci-dessous le tableau avec toutes les possibilités pour ce code dans le fichier STAYUNIT:

CODE	DESCRIPTION
AKT	Unité de soins avec des lits A, K, T
SPE	Unité de soins avec des lits Sp
INT	Unité de soins pour la fonction 'soins intensifs'
BRU	Centre de grands brûlés
URG	Service d'urgence spécialisé ou première prise en charge
OPR	Salle d'opération et salle de réveil (Ces unités doivent être enregistrées séparément à partir du RHM 2010)
DIV	Unités de soins comprenant tout autre index de lits
DAY	Hospitalisation de jour
DAYMIX	Unité de soins fictive pour hospitalisation de jour
OUT	Unité de soins fictive pour absence temporaire (autre que transfert temporaire vers un autre hôpital)
TRANS	Unité de soins fictive pour transfert temporaire vers un autre hôpital

### 3.2.1. *Dans une unité de soins spécifique pour hospitalisation de jour*

Ici, le code commence toujours par DAY.

Remarque: Dans le cas d'une unité de soins d'hospitalisation de jour avec salle d'opération intégrée qui constitue une entité architecturale et fonctionnelle distincte, où le patient est préparé, subit son intervention chirurgicale et reçoit ensuite des soins postopératoires, il ne faut considérer qu'une seule et même unité de soins pour les soins pré-, per et postopératoires, identifiée par un CODE\_UNIT de type DAY.

### 3.2.2. *Dans une unité classique*

Ici, le code le plus fréquent est de type DIV. Dans des cas exceptionnels, d'autres codes sont possibles, mais jamais DAY, URG, DAYMIX ou OUT.

### 3.2.3. *Au service des urgences*

Ici, le code commence toujours par URG.

**3.2.4. Dans une unité fictive DAYMIX**

Ici, il faut toujours encoder DAYMIX + le code du site.



## **4. Domaines DONNEES INFIRMIERS ET PERSONNEL**

L'enregistrement des données infirmières et de personnel est lié à l'organisation des unités de soins et dépend du type d'unité de soins et pas du type de séjour hospitalier. Dans une unité où ces enregistrements doivent être faits, ceci est valable pour tous les patients, indépendamment de la facturation. Pour les hospitalisations de jour, les règles comme décrites dans les paragraphes suivants sont d'application.

Remarque: pour la répartition en épisodes de soins infirmiers, on fait référence au chapitre supplémentaire, annoncé par circulaire, concernant les épisodes de soins infirmiers, les unités de soins et les index de lit.

### **4.1. Dans une unité spécifique pour hospitalisation de jour**

Dans les unités spécifiques pour hospitalisation de jour, il faut enregistrer les items infirmiers et les données de personnel (périodique et journalier, plus obligatoire à partir du RHM 2017).

### **4.2. Dans une unité classique**

Dans les unités pour hospitalisation classique, il faut enregistrer les items infirmiers et les données de personnel (périodique et journalier, plus obligatoire à partir du RHM 2017).

#### Cas particuliers:

- Salle d'opération et salle de réveil (OPR)  
Les items infirmiers ne sont temporairement pas enregistrés en salle d'opération. Les items doivent être enregistrés uniquement en salle de réveil.
- Unité de soins psychiatrique (AKT)  
Ces unités de soins comportent plus de la moitié de lits psychiatriques. Il ne faut enregistrer que les données de personnel périodiques. Les items infirmiers ne doivent pas être enregistrés.

### **4.3. Au service des urgences**

Pour le service des urgences on doit enregistrer jusqu'au RHM 2016 inclus les données de personnel (périodiques et journalières) mais pas les items infirmiers. A partir du RHM 2017, l'enregistrement des données du personnel périodiques et journalières n'est plus obligatoire.

### **4.4. Dans une unité fictive DAYMIX**

DAYMIX n'est pas une vraie unité de soins, il ne faut donc pas enregistrer le personnel. Pour les patients de cette catégorie, il ne faut pas non plus enregistrer les items infirmiers.

## 5. Aperçu domaines **DONNEES INFIRMIERES, PERSONNEL** et **ADMINISTRATIVES**

	<b>ITEMDIVG</b>	<b>EMPLOPER/ EMPLODAY</b>	<b>STAYSPEC</b>	<b>STAYUNIT</b>
Unité de soins pour hospitalisation de jour	Oui	Oui, jusqu'au RHM 2016	DIV, etc.	DAY
Unité de soins pour hospitalisation classique	Oui Sauf pour OPR(OP) et AKT	Oui, jusqu'au RHM 2016 Sauf pour AKT: EMPLOPER uniquement	DIV, etc.	DIV, etc.
Service des urgences	Non	Oui, jusqu'au RHM 2016	URG	URG
Unité de soins fictive DAYMIX	Non	Non	DIV	DAYMIX