

Information supplémentaire relative aux index de lit, aux unités de soins et aux épisodes de soins infirmiers

Contenu

1. INTRODUCTION	3
2. UNITÉS DE SOINS	3
2.1. QUE DOIT-ON ENREGISTRER DANS LES TROIS TYPES D'UNITÉS DE SOINS?.....	3
2.1.1. Type 1: unités de soins avec des lits/places	3
2.1.2. Type 2: unités de soins composées uniquement de personnel	4
2.1.3. Type 3: unités de soins fictives	6
2.1.4. Résumé de ce qui doit être enregistré pour les trois types d'unités de soins	9
2.2. UNITÉS DE SOINS DE TYPE 1 À CARACTÈRE SPÉCIAL	10
2.2.1. Le quartier opératoire (salle d'opération OPR(OP) et salle de réveil OPR(RE))	11
2.2.2. Les soins d'urgence (URG)	12
2.2.3. Hospitalisation de jour (DAY).....	12
2.2.4. Unités de soins avec des lits psychiatriques (AKT).....	12
2.2.5. Le quartier d'accouchement, la maternité et les soins néonataux non intensifs (DIV)	13
2.2.6. Les soins néonataux intensifs (INT).....	13
2.3. DÉFINITION DES UNITÉS DE SOINS DANS LES FICHIERS CAMPUNIT ET UNITINDX.....	14
2.3.1. Unités de soins 'actives'	14
2.3.2. Unités de soins 'non-actives'	14
2.4. QUAND DOIT-ON REDÉFINIR UNE UNITÉ DE SOINS ET QUEL NOM FAUT-IL DONNER À CETTE UNITÉ DE SOINS (CODE_UNIT)?.....	14
3. EPISODES DE SOINS INFIRMIERS	15
3.1. QU'EST-CE QU'UN ÉPISODE DE SOINS INFIRMIERS?.....	15
3.2. COMMENT FAUT-IL SÉPARER LES ÉPISODES DE SOINS INFIRMIERS LE JOUR D'UNE INTERVENTION AU QUARTIER OPÉRATOIRE ?	17
3.3. COMMENT FAUT-IL SÉPARER LES ÉPISODES DE SOINS INFIRMIERS EN HOSPITALISATION DE JOUR CHIRURGICALE ?.....	18
3.4. COMMENT FAUT-IL SÉPARER LES ÉPISODES DE SOINS INFIRMIERS AU QUARTIER D'ACCOUCHEMENT.....	18
4. INDEX DE LITS ET CENTRES DE FRAIS (FICHER UNITINDX)	18
4.1. QUEL TYPE D'UNITÉ DE SOINS FAUT-IL ENREGISTRER?.....	18
4.2. LA COMPOSITION EN LITS D'UNE UNITÉ DE SOINS	18
4.2.1. CODE_BEDINDEX (index de lit) et S4_COST_CENTRE (centre de frais).....	18
4.2.2. S4_NUMBER_BED (nombre de lits/places).....	21
5. INDEX DE LIT ET JOURNÉES À FACTURER (FICHER STAYINDX)	21
5.1. INDEX DE LIT DANS LE FICHER STAYINDX	25
5.2. SÉJOURS DANS LE FICHER STAYINDX ET JOURNÉES À FACTURER.....	25
6. NOMENCLATURE INAMI (FICHER PROCRIZI)	26

Tableaux et figures

Tableau 1: Description de CODE_BEDINDEX et A4_CODE_BEDINDEX_FAC.....	3
Tableau 2: Aperçu des enregistrements pour les unités de soins de type 1 (avec des lits/places).....	4
Tableau 3: Aperçu des enregistrements pour les unités de soins de type 2 (composées uniquement de personnel).....	5
Tableau 4: Aperçu des enregistrements pour les unités de soins de type 3 (unités de soins fictives).....	6
Tableau 5: Résumé de OUT et TRANS.....	9
Tableau 6: Résumé de ce qui doit être enregistré pour les trois types d'unités de soins.....	10
Figure 1: Détermination des épisodes de soins infirmiers.....	16
Tableau 7: ORDER_UNIT le jour d'une intervention au quartier opératoire.....	17
Tableau 8: Valeurs admises pour CODE_BEDINDEX et S4_COST_CENTRE dans le fichier UNITINDEX et pour A4_CODE_BEDINDEX_FAC dans le fichier STAYINDEX (partie 1).....	19
Tableau 9: Valeurs admises pour CODE_BEDINDEX et S4_COST_CENTRE dans le fichier UNITINDEX et pour A4_CODE_BEDINDEX_FAC dans le fichier STAYINDEX (partie 2).....	20
Tableau 10: Valeurs admises pour A4_CODE_BEDINDEX_FAC dans le fichier STAYINDEX pour les lits agréés (partie 1).....	22
Tableau 11: Valeurs admises pour A4_CODE_BEDINDEX_FAC dans le fichier STAYINDEX pour les index de lits complémentaires (partie 2).....	24
Tableau 12: Valeurs admises pour CODE_BEDINDEX, A4_CODE_BEDINDEX_FAC et A4_NUMBER_DAY_FAC pour les index de lits complémentaires.....	25
Tableau 13: Relation entre A2_HOSPTYPE_FAC et les journées à facturer dans le fichier STAYINDEX.....	26
Tableau 14: Relation entre les champs CODE_BEDINDEX, A4_CODE_BEDINDEX_FAC et A4_NUMBER_DAY_FAC dans le fichier PROCRIZI pour les index de lits complémentaires.....	27

1. Introduction

Vous trouverez dans les paragraphes suivants des explications concernant les unités de soins, les épisodes de soins infirmiers et les index de lits.

Les unités de soins composent la base de l'enregistrement des items infirmiers et du personnel. L'enregistrement concret s'effectue par épisode de soins infirmiers. Cette notion n'est pas reprise telle quelle dans les 27 fichiers du RHM, ce qui nécessite une clarification.

En décembre 2007 certains délais ont été accordés aux hôpitaux qui éprouvaient des difficultés à enregistrer séparément tous les séjours en unités de soins (ainsi que tous les épisodes de soins). Après cette phase de transition, il convient d'enregistrer scrupuleusement tous les séjours en unités de soins, conformément aux directives décrites ci-dessous, et ce au plus tard à partir des données RHM du premier semestre 2010.

La dénomination « index de lit » (CODE_BEDINDEX) est utilisée dans le RHM afin de rencontrer deux objectifs différents:

- indiquer la composition des lits d'une unité de soins (champ 6 dans le fichier UNITINDX du domaine 1 Structure de l'hôpital) et
- déterminer le code de service pour la facturation INAMI (champ 6 dans le fichier STAYINDX du domaine 3 Données administratives).

Afin d'éviter toute confusion, le nom du champ 6 dans le fichier STAYINDX a été modifié. Sa nouvelle dénomination est A4_CODE_BEDINDEX_FAC. Ceci est résumé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1: Description de CODE_BEDINDEX et A4_CODE_BEDINDEX_FAC

Domaine	Structure de l'hôpital (domaine 1)	Données administratives (domaine 3)
Fichier	UNITINDX (S4)	STAYINDX (A4)
Champs	CODE_BEDINDEX (champ 6)	A4_CODE_BEDINDEX_FAC (champ 6)
Description	Composition des lits d'une unité de soins	Code de service pour la facturation

Les explications concernant les liens entre les différents fichiers du RHM, sont détaillées dans les directives. Les informations relatives à chaque domaine commencent par un point 0. Liens entre les fichiers.

2. Unités de soins

2.1. Que doit-on enregistrer dans les trois types d'unités de soins?

2.1.1. Type 1: unités de soins avec des lits/places

Une unité de soins avec des lits/places est une entité organisationnelle et architecturale où des soins infirmiers sont dispensés sous la responsabilité d'une infirmière en chef dans le cadre d'une hospitalisation (classique ou de jour) de patients.

Il s'agit:

- de toutes les unités de soins d'hospitalisation classique (avec séjour de nuit)
- des unités de soins d'hospitalisation de jour
- de la salle d'opération
- de la salle de réveil

- du quartier d'accouchement (salle de travail et salle d'accouchement)
- du service d'urgences.

Dans toutes les unités de soins de type 1, on enregistre les lits/places et les séjours (voir tableau ci-dessous).

L'enregistrement périodique du personnel doit être effectué dans toutes les unités de soins de type 1, en ce compris les services d'urgences (URG), les quartiers opératoires (salle d'opération OPR(OP) et salle de réveil OPR(RE)) et les services psychiatriques (AKT, avec des unités de soins qui comportent plus de la moitié de lits psychiatriques).

L'enregistrement journalier du personnel doit être effectué dans toutes les unités de soins de type 1, y compris dans les services d'urgences et les quartiers opératoires (salle d'opération et salle de réveil). Il ne doit par contre pas être réalisé dans les services psychiatriques.

NOUVEAU à partir du RHM 2017

A partir du RHM 2017 l'enregistrement obligatoire des données périodiques (fichier EMPLOPER) et journalières (EMPLODAY) du personnel est supprimé. Ces fichiers peuvent donc rester vides. Si vous choisissez malgré tout, sur base volontaire, de continuer à envoyer les données de personnel, celles-ci devront satisfaire aux règles et contrôles d'application à ce moment.

Les items infirmiers sont également enregistrés dans les unités de soins de type 1, excepté dans les services d'urgences, les salles d'opération et dans les services psychiatriques. Par contre, les items infirmiers sont enregistrés dans les salles de réveil.

Tableau 2: Aperçu des enregistrements pour les unités de soins de type 1 (avec des lits/places)

Jusqu'au RHM 2016:

Unités de soins de type 1	CAMPUNIT Nom	UNITINDX Lits	STAYUNIT Séjours	ITEMDIVG Items	EMPLOPER Pers. Périod.	EMPLODAY Pers. Jour.
DIV, SPE, DAY, BRU, INT, OPR(RE)	x	x	x	x	x	x
URG, OPR(OP)	x	x	x		x	x
AKT	x	x	x		x	

A partir du RHM 2017:

Unités de soins de type 1	CAMPUNIT Nom	UNITINDX Lits	STAYUNIT Séjours	ITEMDIVG Items	EMPLOPER Pers. Périod.	EMPLODAY Pers. Jour.
DIV, SPE, DAY, BRU, INT, OPR(RE)	x	x	x	x	(x)	(x)
URG, OPR(OP)	x	x	x		(x)	(x)
AKT	x	x	x		(x)	

(x) = sur base volontaire, mais non obligatoire.

2.1.2. Type 2: unités de soins composées uniquement de personnel

On distingue ici 3 catégories:

- ➔ **La véritable équipe mobile:** est constituée uniquement du personnel infirmier, soignant ou de soutien qui assure un remplacement d'un membre d'une équipe ou renforce celle-ci dans sa prise en charge globale des patients à l'exclusion des autres équipes d'appui.
- ➔ **L'équipe de soins d'appui:** est une équipe mobile composée notamment d'infirmiers et/ou de paramédicaux et/ou de travailleurs sociaux
 - Equipe de prélèvement

- Equipe mobile de kinésithérapeutes, d’ergothérapeutes, de diététiciens
- Equipe assurant le transport interne des patients
- Equipe de gériatrie de liaison interne
- Equipe de soins palliatifs de support
- Equipe de soutien psychosocial
- Equipe de codification DI-RHM, ICD-9-CM ou ICD-10-BE, autres données
- Equipe d’infirmier(e)s de référence
- ...

→ **L’équipe mobile fictive**: est une équipe où l’on peut regrouper « fictivement », pour faciliter l’enregistrement, des membres du personnel, ne faisant pas partie d’une équipe structurée, et qui effectuent des soins spécifiques, notamment:

- un(e) infirmier(e) spécialisé(e) en soins de plaies
- un(e) infirmier(e) spécialisé(e) dans la prise en charge de patients diabétiques
- un(e) infirmier(e) spécialisé(e) dans la prise en charge de la douleur des patients
- ...

Le nom de l’unité de soins de type 3 commence toujours par ‘MOB’.

Pour ce type d’unité de soins, il ne faut pas enregistrer les lits/places, les séjours, les items infirmiers ou les données journalières du personnel, mais uniquement les données périodiques du personnel (voir tableau ci-dessous).

NOUVEAU à partir du RHM 2017

A partir du RHM 2017 l’enregistrement obligatoire des données périodiques (fichier EMPLOPER) et journalières (EMPLODAY) du personnel est supprimé. Ces fichiers peuvent donc rester vides. Si vous choisissez malgré tout, sur base volontaire, de continuer à envoyer les données de personnel, celles-ci devront satisfaire aux règles et contrôles d’application à ce moment.

Dans le cas particulier des véritables équipes mobiles, on enregistre effectivement les items infirmiers et les données journalières du personnel. Dans ce cas, les heures prestées et les soins infirmiers sont enregistrés dans l’unité de soins de type 1 où le membre du personnel assure un remplacement ou un renfort. L’enregistrement journalier de ce personnel est donc effectué dans l’unité de soins de type 1 où le personnel a travaillé (c.-à-d. dans l’unité de soins où séjournent les patients soignés). Ce personnel est alors identifié comme « ne faisant pas partie des effectifs de l’unité de soins ».

Tableau 3: Aperçu des enregistrements pour les unités de soins de type 2 (composées uniquement de personnel)

Jusqu’au RHM 2016:

Unités de soins de type 2	CAMPUNIT Nom	UNITINDX Lits	STAYUNIT Séjours	ITEMDIVG Items	EMPLOPER Pers. Périod.	EMPLODAY Pers. Jour.
MOB –véritables équipes mobiles	x			En type 1*	x	En type 1*
MOB - autres (équipes de soins d’appui et équipes mobiles fictives)	x				x	

* En type 1: les heures prestées et les soins infirmiers sont enregistrés dans l’unité de soins de type 1 où le membre du personnel assure un remplacement ou un renfort.

A partir du RHM 2017:

Unités de soins de type 2	CAMPUNIT Nom	UNITINDX Lits	STAYUNIT Séjours	ITEMDIVG Items	EMPLOPER Pers. Périod.	EMPLODAY Pers. Jour.
MOB –véritables équipes mobiles	x			En type 1*	(x)	(En type 1*)
MOB - autres (équipes de soins d'appui et équipes mobiles fictives)	x				(x)	

* En type 1: les heures prestées et les soins infirmiers sont enregistrés dans l'unité de soins de type 1 où le membre du personnel assure un remplacement ou un renfort.

(x) ou (en type 1) = sur base volontaire, mais non obligatoire.

2.1.3. Type 3: unités de soins fictives

Il s'agit d'unités de soins fictives où sont placés des patients qui ne séjournent pas dans une unité de soins de type 1, avec des lits/places, ou qui sont temporairement absents.

Pour ce type d'unité de soins, les lits, les items et le personnel ne sont pas enregistrés, mais bien les séjours.

Tableau 4: Aperçu des enregistrements pour les unités de soins de type 3 (unités de soins fictives)

Unités de soins de type 3	CAMPUNIT Nom	UNITINDX Lits	STAYUNIT Séjours	ITEMDIVG Items	EMPLOPER Pers. Périod.	EMPLODAY Pers. Jour.
DAYMIX, OUT, TRANS	x		x			

L'enregistrement des unités de soins fictives est obligatoire à partir du RHM 2010/1.

Des informations complémentaires sont données ci-dessous sur les unités de soins fictives DAYMIX, OUT et TRANS et sur les séjours ininterrompus dans une unité de soins.

2.1.3.1 DAYMIX

Il s'agit ici de tout contact de patient pour lequel un forfait d'hospitalisation de jour (maxiforfait, forfait 1-7, forfait 1-3 douleur chronique ou miniforfait) est facturé mais qui ne séjourne pas dans:

- une unité de soins d'hospitalisation classique (avec séjour de nuit)
- une unité de soins d'hospitalisation de jour
- un service d'urgences

Dans ce cas, il faut définir une seule unité de soins par campus. Le nom de cette unité de soins est DAYMIX + le code du campus.

Admission urgente dans un campus sans agrément pour les urgences

Pour les patients admis en urgence dans un campus qui n'a pas d'agrément pour un service d'urgence spécialisé ou de premier accueil des urgences, aucun séjour ne peut être enregistré dans le fichier STAYUNIT avec une première unité de soins URG. L'enregistrement avant l'admission dans un service d'hospitalisation normal pour ces patients peut être:

- Première unité de soins dans STAYUNIT: DAYMIX + CODE_CAMPUS, et bien entendu pas d'unité de soins URG.
- Première spécialité dans STAYSPEC: DIV + CODE_CAMPUS, et bien entendu pas de spécialité URG.
- Premier index de lit dans STAYINDX: Z, et pas les index de lit U ou TU.

- Type d'admission dans STAYHOSP: de préférence G (hospitalisation d'urgence sans passer par le service d'urgence), mais certainement pas A, B, C, D ou E (ceux-ci sont les codes pour les admissions urgentes via le service des urgences).
- Type de séjour hospitalier dans STAYHOSP: C (hospitalisation de jour chirurgicale) ou D (hospitalisation de jour non-chirurgicale), mais pas U. Le forfait (éventuel) facturé définit le choix entre C et D.
- Diagnostic dans le fichier DIAGNOSE: vous ne pouvez pas enregistrer de code UUUUUU.
- Fichier URGADMIN: Aucun enregistrement car pas de passage via le service des urgences (pas de spécialisme URG non plus).

2.1.3.2 OUT

Pour les séjours en unité OUT, une description simplifiée est applicable à partir du RHM 2013. A partir du RHM 2014, ces adaptations deviennent obligatoires et des contrôles bloquants seront par conséquent mis en place.

Lorsqu'un patient avec une hospitalisation complète s'absente temporairement de l'hôpital, mais n'est pas transféré vers un autre hôpital (voir TRANS ci-dessous), l'absence doit être enregistrée comme un séjour en unité OUT. La durée de séjour en unité OUT doit toujours être au minimum de 4 heures. Les absences courtes ne donnent donc pas lieu à un enregistrement en unité OUT.

Une absence en unité OUT ne peut pas être enregistrée pour les séjours avec type d'hospitalisation (A2_HOSPATYPE_FAC) C, D ou U.

Pour les patients qui séjournent en psychiatrie, en index de lit pour hospitalisation partielle (index de lit A1, A2, K1, K2, T1 et T2 avec hospitalisation partielle de jour ou de nuit), le séjour est considéré comme ininterrompu si les patients sont présents chaque jour durant la partie du jour implicitement prévue par l'index de lit agréé. On ne doit donc pas enregistrer de séjour en OUT pour l'autre partie du jour où ils ne sont pas présents. Dès le moment où le patient est absent une journée entière, et donc s'il n'est plus présent chaque jour, un séjour en OUT doit être enregistré. Voir aussi point 2.1.3.4 Remarque à propos des séjours en hospitalisation partielle.

La durée maximale d'absence autorisée dans l'unité OUT est de 14 jours pour un séjour psychiatrique complet, ou pour un séjour dans un service psychiatrique d'un hôpital général si les unités précédant et suivant l'unité OUT sont des unités AKT. Pour toutes les autres situations la durée maximale autorisée est de 5 jours. Ces durées d'absence sont fixées via les conventions de l'INAMI (www.riziv.fgov.be => *Professionnels* => *Etablissements et services de soins* => *Hôpitaux* => *Soins en hôpital* => *Différentes conventions* => *Convention entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs*):

- Pour les hôpitaux généraux : ZH/2014 (NL) ou HOP/2014 (FR), article 2. La définition du congé reste celle de la convention de 2007 (ZH/2007 (NL) ou HOP/2007 (FR)).
- Pour les institutions et services psychiatriques : PSY/2003 (NL) et PSY 2003 (FR), article 5

Si l'absence dépasse la durée maximale autorisée et que le patient revient à l'hôpital, un nouveau séjour doit être enregistré, avec un nouveau numéro de séjour. Pour le RHM 2013, des contrôles stricts de la durée maximale d'absence sont prévus. Il s'agit en effet de directives de l'INAMI datant au plus tard de 2007.

Il faut définir une seule unité de soins par campus. Le nom de cette unité de soins est OUT + le code du campus.

Lorsque le patient revient à l'hôpital et est admis dans un autre campus que celui dont il est sorti (par exemple après une sortie de week-end), on encode l'enregistrement OUT pour la période relative à la sortie de week-end dans le premier campus.

Si un patient est admis en hospitalisation de jour lors d'une absence temporaire de l'hôpital en unité de soins OUT, alors le séjour classique discontinu est simplement prolongé. Cette admission en hospitalisation de jour ne signifie donc pas la fin du séjour discontinu et par conséquent n'est pas enregistrée comme un nouveau séjour.

2.1.3.3 TRANS

Un *transfert temporaire* vers un autre hôpital, pour traitement ou examen, avec retour à l'hôpital d'origine, n'est plus enregistré en OUT. Une unité distincte est créée à cette fin, avec CODE_UNIT égal à #TRANS#.

Cette unité de soins est une nouvelle unité de soins fictive de type 3. Une seule unité TRANS est créée pour l'ensemble de l'hôpital, à savoir au niveau du site principal de l'hôpital. Le nom de cette unité de soins se limite à TRANS, sans caractère ou chiffre supplémentaire.

Pour l'enregistrement d'un séjour en unité TRANS, aucune durée minimale de séjour n'est d'application. Le patient revient toujours le même jour. Si le patient séjourne la nuit dans l'autre hôpital (qui facture alors une journée de soins), son séjour se termine dans l'hôpital d'origine au moment où il quitte celui-ci. Si le patient revient plus tard dans l'hôpital d'origine, un nouveau séjour avec un nouveau numéro de séjour commence.

L'enregistrement d'un séjour dans une unité de soins TRANS peut déjà être appliqué au RHM 2013 mais ne sera pas soumis à des contrôles stricts. A partir du RHM 2014, cet enregistrement devient obligatoire et des contrôles bloquants seront par conséquent mis en place.

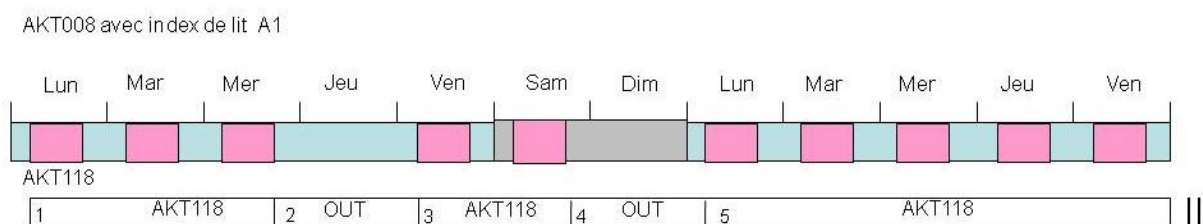
2.1.3.4 Remarque à propos des séjours en hospitalisation partielle

Lorsqu'un patient d'un service AKT (uniquement en index de lit A1, K1, T1) quitte l'hôpital les soirs de semaine et y revient les jours consécutifs suivants, son séjour est considéré comme ininterrompu dans cette unité de soins AKT.

Si le patient suit ce même schéma au cours du weekend (le patient ne quitte donc l'hôpital que le soir pour y revenir le lendemain), son séjour est également considéré comme ininterrompu.

Si le patient n'est pas présent à l'hôpital le weekend (ou un jour du weekend), son absence est alors enregistrée dans l'unité de soins fictive OUT.

Si le patient ne vient pas à l'hôpital un jour en cours de semaine, son absence est aussi considérée comme un séjour dans l'unité de soins fictive OUT. L'exemple ci-dessous schématise cette situation.



Lorsqu'un patient séjourne dans un index de lit A2, K2, ou T2, il quitte l'hôpital le matin et y revient le soir. Si le patient suit ce schéma sur plusieurs jours consécutifs, son séjour est enregistré dans cette unité de soins comme un séjour ininterrompu.

Lorsqu'au cours d'une nuit le patient est absent de l'hôpital, son absence est enregistrée comme un séjour dans l'unité de soins fictive OUT.

On doit toujours tenir compte de la durée d'absence maximale de 14 jours pour les séjours psychiatriques complets, ou pour les séjours dans un service psychiatrique d'un hôpital général si les unités précédant et suivant l'unité OUT sont des unités AKT. Pour toutes les autres situations la durée maximale autorisée est de 5 jours.

2.1.3.5 Remarque à propos des transferts vers un autre site d'un même hôpital

Chaque transfert temporaire d'un patient vers un autre site au sein d'un même hôpital, pour traitement ou examen, mais sans séjour dans une unité de soins de cet autre site, est considéré comme un séjour ininterrompu dans l'unité de soins du site d'où le patient provient. On ne peut dès lors pas enregistrer de séjour dans les unités de soins fictives OUT ou TRANS. Cette règle est applicable à tous les services. Dans cette situation, le patient peut avoir été transféré quelques heures vers un autre site et y avoir éventuellement été transporté en ambulance, mais étant donné qu'il n'a pas séjourné sur cet autre site, son séjour reste enregistré comme ininterrompu dans l'unité de soins du site d'origine.

Par contre, si le patient a séjourné dans une unité de soins de type 1 de l'autre site, son séjour dans cette unité de soins doit alors être enregistré dans le fichier STAYUNIT, avec le numéro ORDER_UNIT suivant.

Tableau 5: Résumé de OUT et TRANS

Unité de soins fictive TRANS	Unité de soins fictive OUT
Pour tout transfert temporaire vers un <u>autre hôpital</u> pour traitement ou examen avec retour à l'hôpital d'origine.	Pour toute absence <u>de l'hôpital</u> , à l'exception du transfert vers un autre hôpital. Des règles spécifiques s'appliquent à <u>l'hospitalisation partielle</u> . Un transfert temporaire vers un autre site d'un même hôpital est considéré comme un séjour ininterrompu.
Durée minimale: pas de durée minimale	Durée minimale: 4 heures
Durée maximale: le patient revient toujours le même jour	Durée maximale: 14 jours pour les services psychiatriques et 5 jours dans les autres cas

2.1.4. Résumé de ce qui doit être enregistré pour les trois types d'unités de soins

Le fichier CAMPUNIT contient toutes les unités de soins (types 1, 2 et 3), par site (voir tableau ci-dessous).

Le fichier UNITINDX ne contient des enregistrements que pour les unités de soins de type 1. Ce fichier ne contient aucun enregistrement pour les unités de soins de type 2 (composées uniquement de personnel) et pour les unités de soins de type 3 (DAYMIX, OUT et TRANS).

Les patients ne peuvent séjourner que dans les unités de soins de type 1 (avec des lits/places DIV, AKT, etc.) et de type 3 (unités de soins fictives DAYMIX, OUT et TRANS). Seuls ces deux types d'unités de soins se retrouvent dans le fichier STAYUNIT. Les unités de soins de type 2 (MOB) ne s'y trouvent pas, puisqu'elles sont définies uniquement pour enregistrer du personnel.

Le personnel des unités de soins de type 1 (avec des lits/places) est enregistré dans les fichiers EMPLOPER et EMPLODAY.

Le personnel des unités de soins de type 2 n'est enregistré que dans le fichier EMPLOPER jusqu'au RHM 2016. Pour l'enregistrement des données journalières du personnel dans le fichier EMPLODAY, uniquement les membres du personnel des véritables équipes mobiles est enregistré dans les unités de soins de type 1 où ils ont effectivement travaillé. Ce personnel est enregistré comme « ne faisant pas partie des effectifs de l'unité de soins ». A partir du RHM 2017, l'enregistrement des données périodiques et journalières n'est plus obligatoire.

Les items infirmiers ne sont enregistrés que dans les unités de soins de type 1 (c.à.d. celles qui ont des lits ou des places). Les soins infirmiers effectués par le personnel de l'unité de soins ainsi que ceux réalisés par le personnel des véritables équipes mobiles sont enregistrés dans l'unité de soins de type 1 où séjourne le patient.

Tableau 6: Résumé de ce qui doit être enregistré pour les trois types d'unités de soins

Jusqu'au RHM 2016:

Unités de Soins	CAMPUNIT Nom	UNITINDX Lits	STAYUNIT Séjours	ITEMDIVG Items	EMPLOPER Pers. Périod.	EMPLODAY Pers. Jour.
Type 1: DIV, SPE, DAY, BRU, INT, OPR(RE)	x	x	x	x	x	x
Type 1: URG, OPR(OP)	x	x	x		x	x
Type 1: AKT	x	x	x		x	
Type 2: MOB – véritables équipes mobiles.	x			En type 1*	x	En type 1*
Type 2: MOB - autres	x				x	
Type 3: DAYMIX, OUT, TRANS	x		x			

* En type 1: les heures prestées et les soins infirmiers sont enregistrés dans l'unité de soins de type 1 où le membre du personnel assure un remplacement ou un renfort.

A partir du RHM 2017:

Unités de Soins	CAMPUNIT Nom	UNITINDX Lits	STAYUNIT Séjours	ITEMDIVG Items	EMPLOPER Pers. Périod.	EMPLODAY Pers. Jour.
Type 1: DIV, SPE, DAY, BRU, INT, OPR(RE)	x	x	x	x	(x)	(x)
Type 1: URG, OPR(OP)	x	x	x		(x)	(x)
Type 1: AKT	x	x	x		(x)	
Type 2: MOB – véritables équipes mobiles.	x			En type 1*	(x)	(En type 1*)
Type 2: MOB - autres	x				(x)	
Type 3: DAYMIX, OUT, TRANS	x		x			

* En type 1: les heures prestées et les soins infirmiers sont enregistrés dans l'unité de soins de type 1 où le membre du personnel assure un remplacement ou un renfort.

(x) ou (en type 1) = sur base volontaire, mais non obligatoire.

2.2. Unités de soins de type 1 à caractère spécial

La règle générale concernant l'enregistrement des unités de soins est la suivante:

- une équipe de soins correspond à une unité de soins
- toutes les unités de soins sont enregistrées séparément

Ces unités de soins doivent être enregistrées dans les fichiers CAMPUNIT et UNITINDX. Les séjours sont repris dans le fichier STAYUNIT. Les paragraphes suivants détaillent quelques particularités.

2.2.1. Le quartier opératoire (salle d'opération OPR(OP) et salle de réveil OPR(RE))

Un séjour au quartier opératoire est défini comme un séjour:

- dans un contexte architectural, fonctionnel et organisationnel spécifique qui répond à des normes d'agrément et qui est dénommé « quartier opératoire » (= salle d'opération + salle de réveil),
- et où une équipe interdisciplinaire est présente avec au moins un médecin qui pratique une intervention, un anesthésiste et du personnel infirmier attaché au quartier opératoire.

Dans les directives des données de structure de l'hôpital, dans le fichier CAMPUNIT, unités de soins par campus, il apparaît pour le champ CODE_UNIT que l'unité de soins OPR contenant une salle d'opération et une salle de réveil ensemble peut être utilisée jusqu'au RHM 2009 inclus. A partir du RHM 2010, la salle d'opération et la salle de réveil doivent toujours être définies séparément (voir l'exemple 6 des directives du domaine de structure, S3/Champ 5 CODE_UNIT: la salle d'opération est par exemple OPR001 et la salle de réveil OPR002), ce qui signifie aussi que le personnel doit être attribué séparément. En ce qui concerne la composition en lits des unités de soins (champ CODE_BEDINDEX dans le fichier UNITINDX): la salle d'opération correspond aux lits OP et la salle de réveil aux lits RE. Une solution temporaire a été offerte aux hôpitaux pour lesquels il était impossible de donner les heures de passage au quartier opératoire. Cette solution consiste à enregistrer le séjour du patient dans l'unité de soins de la salle d'opération et de la salle de réveil avec un numéro ORDER_UNIT = 99. Pour cette unité, l'heure d'admission est fixée à 00:00. Cette solution temporaire peut être utilisée jusqu'au RHM 2009 compris.

Jusqu'au RHM 2016, l'enregistrement périodique et journalier du personnel doivent être réalisés aussi bien dans la salle d'opération que dans la salle de réveil. A partir du RHM 2017, l'enregistrement des données périodiques et journalières n'est plus obligatoire.

Pour les hôpitaux qui utilisent une seule et même équipe pour l'ensemble du quartier opératoire, on doit réaliser une scission fictive du personnel pour l'enregistrement périodique, selon la répartition moyenne entre la salle d'opération et la salle de réveil. L'enregistrement journalier du personnel doit refléter la situation réelle.

Les items infirmiers ne doivent être enregistrés que dans la salle de réveil et pas dans la salle d'opération.

Exception 1: hospitalisation de jour chirurgicale

Pour une hospitalisation dans un hôpital de jour (chirurgical) qui se trouve dans une entité architecturale et fonctionnelle spécifique (répondant à des normes d'agrément), 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, avec une seule équipe d'infirmiers.

Cette unité sera définie dans les fichiers CAMPUNIT et UNITINDX par un CODE_UNIT de type DAY (voir l'exemple 7 des directives du domaine de structure, S3/Champ 5: CODE_UNIT).

Exception 2: quartier d'accouchement

Pour une hospitalisation dans un quartier d'accouchement qui se trouve dans une entité architecturale et fonctionnelle spécifique (répondant à des normes d'agrément), 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, avec une seule équipe d'infirmiers.

Cette unité sera définie dans les fichiers CAMPUNIT et UNITINDX par un CODE_UNIT de type DIV.

Cette situation doit être enregistrée de cette façon à partir du RHM 2016 au plus tard.

2.2.2. Les soins d'urgence (URG)

Le service d'urgences doit être enregistré dans une unité de soins séparée. Le service peut aussi contenir un nombre de lits d'hospitalisation provisoire.

Jusqu'au RHM 2016, l'enregistrement périodique et journalier du personnel doit être réalisé dans les services d'urgences. A partir du RHM 2017, l'enregistrement des données périodiques et journalières n'est plus obligatoire. Les items infirmiers ne doivent provisoirement pas encore être enregistrés au service d'urgences.

Si le campus n'a pas d'agrément pour un service d'urgence spécialisé ou de premier accueil des urgences, il n'est pas possible d'enregistrer une unité de soins URG pour ce campus.

2.2.3. Hospitalisation de jour (DAY)

Les unités de soins pour l'hospitalisation de jour sont définies séparément dans les fichiers CAMPUNIT et UNITINDX.

Veillez-vous référer au chapitre supplémentaire relatif à l'hospitalisation de jour (*Information supplémentaire sur l'hospitalisation de jour*) et à l'exception figurant au point 2.2.1.

2.2.4. Unités de soins avec des lits psychiatriques (AKT)

Les unités de soins du service psychiatrique (AKT) comprennent plus de la moitié de lits psychiatriques. Si le nombre total de lits AKT d'une unité de soins atteint moins de la moitié ou exactement la moitié du nombre total de lits, alors cette unité de soins n'appartient pas au service AKT.

Exemple 1:

Une unité de soins se compose de 15 lits A, K et T et de 10 lits D.

Les 15 lits A, K et T font partie du code AKT et sont plus nombreux que les lits D (DIV). Le code de l'unité de soins CODE_UNIT débutera donc par AKT.

Exemple 2:

Une unité de soins se compose de 15 lits A, K et T, 10 lits D et 10 lits C.

Les 15 lits A, K et T font partie du code AKT. Les 10 lits D et les 10 lits C font partie du code DIV et totalisent 20 lits DIV. Le code DIV comporte le plus grand nombre de lits comparé à AKT. Le code de cette unité de soins CODE_UNIT débutera donc par les caractères DIV.

Exemple 3:

Une unité de soins se compose de 15 lits A, K et T et de 15 lits D.

Les 15 lits A, K et T font partie du code AKT et les 15 lits D du code DIV, donc AKT et DIV ont le même nombre de lits. Une unité de soins n'appartiendra au service AKT que lorsque le nombre de lits AKT est plus grand que la moitié du nombre total de lits. Ici, le code de l'unité de soins CODE_UNIT débutera donc par les caractères DIV.

Dans les unités de soins du service AKT, jusqu'au RHM 2016, seul l'enregistrement périodique du personnel doit être réalisé et pas l'enregistrement journalier. A partir du RHM 2017, l'enregistrement des données périodiques et journalières n'est plus obligatoire. Les items infirmiers ne doivent pas non plus être enregistrés dans ce service.

2.2.5. Le quartier d'accouchement, la maternité et les soins néonataux non intensifs (DIV)

Un quartier d'accouchement est défini comme:

- une unité avec un contexte architectural, fonctionnel et organisationnel spécifique qui répond à des normes d'agrément et qui est dénommée « quartier d'accouchement »,
- où une équipe interdisciplinaire est présente avec au minimum un médecin et un nombre suffisant de sages-femmes (pour assurer une permanence 24h/24h), qui pratiquent l'accouchement, ainsi que du personnel infirmier,
- et où la salle de travail et la salle d'accouchement sont rassemblées en une seule unité de soins.

Au plus tard à partir du RHM 2010/1, les lits de la maternité devront toujours être enregistrés dans une unité de soins séparée dont ne fait pas partie le quartier d'accouchement (salle de travail et salle d'accouchement).

L'unité N* de la fonction N* doit être définie comme une unité de soins à part avec son propre personnel (voir article 19 de l'AR du 20 août 1996 fixant les normes auxquelles une fonction de soins néonataux locaux (fonction N*) doit satisfaire pour être agréée).

Pour les unités de soins avec un index de lit CODE_BEDINDEX = AR, OB, M, MI ou N*, le champ CODE_UNIT commence par DIV.

Dans le quartier d'accouchement (AR et OB), la maternité (M), la maternité intensive (MI) et les soins néonataux non intensifs (N*), les lits/places, les séjours, les données périodiques du personnel, les données journalières du personnel et les items infirmier doivent être enregistrés. A partir du RHM 2017, l'enregistrement des données périodiques et journalières n'est plus obligatoire.

2.2.6. Les soins néonataux intensifs (INT)

Pour les unités de soins comportant l'index de lit NI, les règles spécifiques suivantes sont d'application. Une unité de soins avec index de lit NI ne peut pas avoir d'autre index de lits. Pour cela, veuillez consulter l'Arrêté Royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, normes particulières au service pour la néonatalogie intensive, index NIC, II. Normes architecturales, point 1: 'Les locaux du service constitueront une entité nettement distincte des autres services (unités de soins) hospitaliers de l'établissement'. Pour ces unités de soins composées uniquement de lits NI, le CODE_UNIT commence par INT.

Pour les soins néonataux intensifs (NI), les lits/places, les séjours, les données périodiques du personnel, les données journalières du personnel et les items infirmier doivent être enregistrés. A partir du RHM 2017, l'enregistrement des données périodiques et journalières n'est plus obligatoire

2.3. Définition des unités de soins dans les fichiers CAMPUNIT et UNITINDX

Le but est de ne définir que les unités de soins qui sont « pertinentes » pour les enregistrements de la période en cours.

2.3.1. Unités de soins ‘actives’

Les unités de soins ‘actives’ sont constituées de toutes les unités de soins où un patient, qui est décrit dans l’enregistrement RHM, a séjourné. Ces unités de soins doivent être définies dans les fichiers CAMPUNIT et UNITINDX.

Il est possible de devoir définir dans les fichiers CAMPUNIT et UNITINDX des unités de soins qui sont déjà fermées au début de la période d’enregistrement mais où des patients ont séjourné lors de la période d’enregistrement précédente et qui doivent être enregistrés dans la période actuelle.

2.3.2. Unités de soins ‘non-actives’

Il est également nécessaire de définir, dans les fichiers CAMPUNIT et UNITINDX, les unités de soins où aucun patient n’a séjourné dans la période d’enregistrement actuelle mais qui contiennent des lits agréés durant la période d’enregistrement actuelle. Par exemple:

- des unités de soins qui ouvrent seulement après la fin de la période d’enregistrement mais pour lesquelles les lits étaient déjà agréés pendant la période actuelle mais pas encore utilisés,
- des unités de soins qui durant toute la période d’enregistrement ont été fermées temporairement (par exemple pendant des travaux) et dont les lits agréés n’ont pas été répartis dans d’autres unités de soins.

En définissant aussi ces dernières unités de soins, on peut établir une comparaison entre le nombre total de lits agréés, tels que décrits dans les fichiers de référence des agréments, et les lits définis dans le RHM.

Voir aussi domaine 1: Structure de l’hôpital.

2.4. Quand doit-on redéfinir une unité de soins et quel nom faut-il donner à cette unité de soins (CODE_UNIT)?

Dans les directives du domaine données de structure, dans le fichier CAMPUNIT, au champ 5 CODE_UNIT, on trouve une explication sur la manière d’établir le code d’une unité de soins. Ce code a une longueur maximale de 10 caractères et se compose de 2 parties. Pour la première partie (le plus souvent 3 caractères) un des codes suivants doit obligatoirement être utilisé: DAY, AKT, SPE, INT, BRU, URG, OPR, DIV, MOB, DAYMIX, OUT ou TRANS. Les autres caractères sont déterminés librement par l’hôpital. Les unités de soins fictives forment toutefois une exception car le code du campus doit être ajouté à DAYMIX et OUT (une seule unité de soins DAYMIX et une seule unité de soins OUT par campus). L’unité de soins fictive TRANS (possible à partir du RHM 2013 et obligatoire à partir du RHM 2014) constitue à ce sujet une exception, étant donné l’absence de caractères ou de chiffres après le nom TRANS, parce qu’il n’y a qu’une seule unité de soins TRANS pour l’ensemble de l’hôpital. L’unité de soins TRANS fait partie du site principal.

Une unité de soins doit être redéfinie, c.-à-d. fermée et réouverte sous un autre nom, lorsque la composition des lits est modifiée.

On considère comme modification:

- la modification d'au moins un des index de lit de l'unité,
- l'adaptation du nombre de lit dans un index de lit.

Le nom de cette unité de soins ne peut plus être utilisé durant au moins un an et demi (= trois périodes d'enregistrement) après la fermeture de l'unité de soins.

Ces règles doivent permettre la comparaison d'une même unité de soins pendant différentes périodes d'enregistrement. La comparaison n'est possible que si la structure d'une unité de soins ne change pas.

Lorsque l'hôpital veut comparer à des fins personnelles des unités qui ne changent que très légèrement, il est conseillé de donner des dénominations comparables avant et après la modification en ne changeant par exemple que le dernier chiffre ou lettre du CODE_UNIT. De cette façon ces dénominations apparaîtront en général l'une après l'autre dans les tableaux des feedback.

3. Episodes de soins infirmiers

3.1. Qu'est-ce qu'un épisode de soins infirmiers?

On entend par épisode de soins infirmiers une période déterminée ininterrompue où le patient séjourne dans une unité de soins. Différents épisodes de soins infirmiers peuvent se succéder au cours du même jour d'enregistrement lorsque le patient change d'unité de soins. Si un patient séjourne pendant un jour dans la même unité de soins, alors l'épisode de soins a une durée maximale de 24 heures (entre 00:00 heure et 23:59 heure). Si le patient séjourne dans la même unité de soins plusieurs jours consécutivement, alors le séjour dans cette unité de soins est divisé en plusieurs épisodes de soins (1 par jour).

Au cours du séjour d'un patient, les épisodes de soins infirmiers suivants peuvent être déterminés:

- Le premier épisode de soins infirmiers commence:
 - à l'admission du patient à l'hôpital
 - pour les patients déjà admis précédemment, à minuit le premier jour de la période d'enregistrement DI-RHM.
- Un nouvel épisode de soins infirmiers commence:
 - lors de chaque admission dans une autre unité de soins
 - à minuit
- Le dernier épisode de soins se termine:
 - à la sortie du patient de l'hôpital
 - pour les patients présents, à 23:59 heure le dernier jour de la période d'enregistrement DI-RHM.

La figure suivante illustre comment les épisodes de soins infirmiers du séjour d'un patient sont déduits:

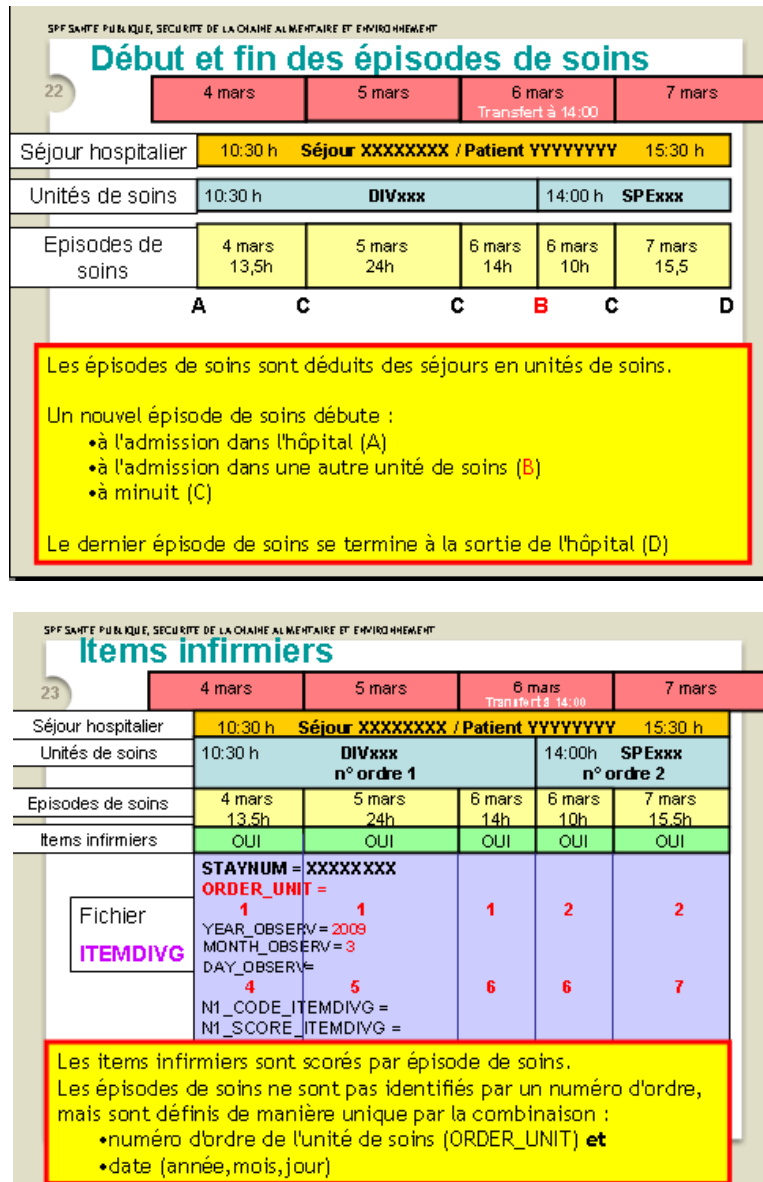


Figure 1: Détermination des épisodes de soins infirmiers

Les épisodes de soins infirmiers ne sont définis que pour les jours des périodes d'enregistrement des items infirmiers du RHM (DI-RHM).

Les épisodes de soins infirmiers ne sont pas enregistrés en tant que tels, mais sont déduits des séjours en unités de soins et des dates d'observation. Dans le fichier ITEMDIVG, les épisodes de soins infirmiers au cours desquels les items infirmiers sont enregistrés sont définis de façon univoque par la combinaison du numéro de séjour (STAYNUM), du numéro d'ordre de l'unité de soins (ORDER_UNIT) et de la date d'observation (YEAR_OBSERV, MONTH_OBSERV, DAY_OBSERV), voir aussi figure 1.

Pour déterminer la durée d'un épisode de soins infirmiers, l'heure d'admission dans l'unité de soins est aussi prise en compte, au moyen de ORDER_UNIT, A5_DAY_UNIT_IN, A5_HOUR_UNIT_IN et A5_MIN_UNIT_IN du fichier STAYUNIT.

3.2. Comment faut-il séparer les épisodes de soins infirmiers le jour d'une intervention au quartier opératoire ?

Le jour d'une intervention chirurgicale il faut enregistrer, dans l'unité de soins où le patient séjourne, les données infirmières pré et postopératoires dans des épisodes de soins infirmiers séparés.

Puisque la salle d'opération et la salle de réveil sont des unités indépendantes, on aura le jour de l'intervention chirurgicale plusieurs épisodes de soins différents:

- pré-op dans une unité de soins
- salle d'opération
- salle de réveil (recovery)
- post-op dans une unité de soins.

Tableau 7: ORDER_UNIT le jour d'une intervention au quartier opératoire

Unité de soins	Numéro de suivi de l'unité de soins (ORDER_UNIT) lors de situations A, B et C		
	A	B	C
Unité de soins de type 1 (avant l'intervention) DIVxxx	1	1	1
Salle de réveil avant la salle d'opération (jusqu'au RHM 2019 inclus)			
Salle d'opération	2	2	3
Salle de réveil	3		
Unité de soins de type 1 (après l'intervention), la même que l'unité DIVxxx ou une unité différente DIVyyy	4	3	4

Un patient séjourne, en général, d'abord dans une unité de soins « normale » de type 1 (situations A et B). Le numéro de suivi de l'unité de soins (ORDER_UNIT) est, dans ce cas, égal à #1#. En général, le patient passe ensuite en salle d'opération pour l'intervention chirurgicale et puis en salle de réveil, pour retourner finalement vers une unité de soins du type 1, celle-ci étant ou non la même qu'avant l'intervention (situation A).

Il se peut qu'à la sortie de la salle d'opération, le patient retourne directement dans l'unité de soins du type 1, sans passer par la salle de réveil (situation B).

La situation suivante est valable jusqu'au RHM 2019 inclus : Le cas d'un bloc périphérique est spécial. Lors de cette anesthésie, le patient séjourne d'abord quelques heures en salle de réveil (après placement d'un bloc périphérique). Après l'intervention, le patient peut retourner dans la salle de réveil ou directement dans une unité de soins du type 1 (situation C).

A partir du RHM 2020, la salle de réveil est uniquement destinée à l'observation postopératoire. Ce passage préopératoire en salle de réveil n'est pas enregistré dans le fichier STAYUNIT, analogue à un examen ou une consultation à l'hôpital.

GÉNÉRAL :

Le changement d'unité de soins n'a lieu qu'à l'arrivée du patient au bloc opératoire.

Exception: hospitalisation de jour chirurgicale

Voir points 2.2.1 et 3.3.

3.3. Comment faut-il séparer les épisodes de soins infirmiers en hospitalisation de jour chirurgicale ?

En cas d'hospitalisation de jour chirurgicale dans 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 et donc qu'un seul et même épisode de soins infirmiers pour les soins pré-, per et postopératoires.

Si le quartier opératoire ne se situe pas dans la même entité architecturale et fonctionnelle que l'hôpital de jour chirurgical (c'est à dire que le patient quitte l'unité de soins pour l'intervention chirurgicale), il faut considérer qu'il s'agit d'épisodes de soins infirmiers différents.

3.4. Comment faut-il séparer les épisodes de soins infirmiers au quartier d'accouchement ?

Si la maman séjourne d'abord dans une chambre d'une unité de soins (ayant un index de lit autre que AR et/ou OB), cela correspond au premier épisode de soins dans une unité de soins avec le numéro de suivi 1 (ORDER_UNIT). Vient ensuite l'épisode de soins dans le quartier d'accouchement (une seule unité de soins pour la salle de travail et la salle d'accouchement). Après l'accouchement, la maman est transférée dans une autre unité de soins ayant, en général, un index de lit M. Un nouvel épisode de soins commence alors pour cette dernière unité de soins.

Dans le cas d'une patiente séjournant dans un quartier d'accouchement, y subissant une opération et y recevant un suivi, si la salle d'opération et la salle de réveil se trouvent dans l'entité fonctionnelle et architecturale de la section d'accouchement, alors une seule unité de soins, et par la même une seule période de soins infirmiers, est enregistrée pour les soins préopératoires, opératoires et postopératoires. Ces règles sont analogues à celles en place pour la chirurgie en hôpital de jour.

4. Index de lits et centres de frais (fichier UNITINDEX)

4.1. Quel type d'unité de soins faut-il enregistrer?

Dans le fichier UNITINDEX, dans le domaine des données de structure, on ne doit définir que le premier type d'unités de soins (voir point 2), à savoir celles qui sont effectivement constituées de lits/places.

4.2. La composition en lits d'une unité de soins

4.2.1. CODE_BEDINDEX (index de lit) et S4_COST_CENTRE (centre de frais)

Pour les unités de soins comprenant des index de lits ou centres de frais différents, il faut prévoir un seul enregistrement par combinaison « index de lit - centre de frais ». La liste des index de lits autorisés et des centres de frais correspondants se trouve dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 8: Valeurs admises pour CODE_BEDINDEX et S4_COST_CENTRE dans le fichier UNITINDX et pour A4_CODE_BEDINDEX_FAC dans le fichier STAYINDX (partie 1)

Index de lits agréés	Description des index de lits agréés	Fichier UNITINDX Champ 6: CODE_BEDINDEX	Fichier UNITINDX Champ 8: S4_COST_CENTRE	Fichier STAYINDX Champ 6: A4_CODE_BEDINDEX_FAC=Facturation
B	Service de traitement de la TBC	B	200	B
C	Service de diagnostic et de traitement chirurgical			
	Service de diagnostic et de traitement chirurgical à l'exception des lits affectés à la fonction 'Soins Intensifs', à la chirurgie cardiaque et aux brûlures	C	210	C
	Chirurgie cardiaque, partie des lits C agréés	C	219	C
	Fonction 'Soins Intensifs', partie des lits C agréés	CI	490	I
	Unité de traitement des brûlures graves, partie des lits C agréés	BR	290	BR
D	Service de diagnostic et de traitement médical			
	Service de diagnostic et traitement médical, à l'exception des lits affectés à la fonction 'Soins Intensifs'	D	220	D
	Fonction 'Soins Intensifs', partie des lits D agréés	DI	490	I
CD	Service d'hospitalisation mixte C+D			
	Service d'hospitalisation mixte C&D, à l'exception des lits affectés à la fonction 'Soins Intensifs'	CD	280	C ou D
	Fonction 'Soins Intensifs', partie des lits CD agréés	HI	490	I
E	Service de pédiatrie			
	Service de pédiatrie, à l'exception des lits attribués à la mort subite du nourrisson et à la fonction 'Soins Intensifs'	E	230	E
	Service de diagnostic et de traitement préventif de la mort subite du nourrisson, partie des lits E agréés	E	239	E
	Fonction 'Soins intensifs', partie des lits E agréés	EI	490	I
G	Service de gériatrie	G	300	G
L	Service de traitement des maladies contagieuses	L	250	L
M	Service de maternité dans un hôpital général ou clinique d'accouchement			
	Service de maternité dans un hôpital général ou clinique d'accouchement, à l'exception des lits pour grossesses à haut risque (MIC)	M	260	M
	Service d'observation intensive des grossesses à haut risque (MIC), fonction de soins périnataux (partie des lits M agréés)	MI	263	M
	Section des soins néonataux non intensifs (fonction)	N*	262	N*
NI	Service des soins néonataux intensifs (NIC)	NI	270	NI
Sp	Services spécialisés pour le traitement et la réadaptation			
	Service Sp affections cardio-pulmonaires	S1	310	S1
	Service Sp affections appareil locomoteur	S2	312	S2
	Service Sp affections neurologiques	S3	311	S3
	Service Sp soins palliatifs	S4	314	S4
	Service Sp polypathologies chroniques	S5	313	S5
	Service Sp affections psycho-gériatriques	S6	315	S6
A	Service neuropsychiatrique d'observation et de traitement			
	Service de neuropsychiatrie observation et traitement (jour et nuit)	A	370	A

Index de lits agréés	Description des index de lits agréés	Fichier UNITINDX Champ 6: CODE_ BEDINDEX	Fichier UNITINDX Champ 8: S4_COST_ CENTRE	Fichier STAYINDX Champ 6: A4_CODE_ BEDINDEX_ FAC=Facturation
	Soins de jour en neuropsychiatrie observation et traitement	A1	380	A1
	Soins de nuit en neuropsychiatrie observation et traitement	A2	390	A2
K	Service de neuropsychiatrie infantile			
	Service de neuropsychiatrie infantile (jour et nuit)	K	340	K
	Soins de jour en neuropsychiatrie infantile	K1	350	K1
	Soins de nuit en neuropsychiatrie infantile	K2	360	K2
T	Service de traitement psychiatrique			
	Service de traitement neuropsychiatrique (jour et nuit)	T	410	T
	Soins de jour en service de traitement neuropsychiatrique	T1	420	T1
	Soins de nuit en service de traitement neuropsychiatrique	T2	430	T2
IB	Service de traitement intensif de patients psychiatriques (suivi de l'indication du groupe cible concerné)			
	Service IB (PTCA* adultes)	I1	480	IB

* Patients aux Troubles du Comportement et de l'Aggressivité

Une distinction doit être faite entre les index de lits agréés (tableau 8) et les index de lits supplémentaires (tableau 9). Ces derniers sont utilisés pour des lits ou des places qui n'existent pas en tant que tels dans les arrêtés d'agrément. Exemples: hospitalisation de jour, salle d'opération, salle de réveil, salle de travail, salle d'accouchement et service d'urgences.

Tableau 9: Valeurs admises pour CODE_ BEDINDEX et S4_COST_ CENTRE dans le fichier UNITINDX et pour A4_CODE_ BEDINDEX_ FAC dans le fichier STAYINDX (partie 2)

Description des index de lits supplémentaires	Fichier UNITINDX Champ 6: CODE_ BEDINDEX	Fichier UNITINDX Champ 8: S4_COST_ CENTRE	Fichier STAYINDX Champ 6: A4_CODE_ BEDINDEX_ FAC = Facturation
Salle de travail	AR	261	M
Salle d'accouchement	OB	261	M
Salle d'opération	OP	180	C
Salle de réveil	RE	180	C
Service d'urgence	U	150	U
Hospitalisation provisoire aux urgences	TU	150	U
Service d'hospitalisation de jour (tous les autres types d'hospitalisation de jour)	Z	552	Z
Hospitalisation chirurgicale de jour	ZC	320	ZC*
Hospitalisation non-chirurgicale de jour	ZD	550	Z
Hospitalisation gériatrique de jour – jusqu'au RHM 2018 inclus	ZG	553	Z
Hospitalisation gériatrique de jour – à partir du RHM 2019	ZG	334	Z
Hospitalisation oncologique de jour	ZO	552, 550	Z
Hospitalisation pédiatrique de jour	ZE	551	Z

* La journée en hospitalisation de jour chirurgicale ne peut être facturée que sur #ZC#. Nous acceptons #Z# jusqu'au RHM 2010 inclus.

4.2.1.1 Fonction ‘Soins intensifs’

Les lits de la fonction des soins intensifs font partie des lits agréés C, D, CD ou E. Le centre de frais S4_COST_CENTRE = #490# doit alors être utilisé. Dans le fichier UNITINDX, il faut ajouter un ‘I’ à l’index de lit correspondant au type de lit intensif (CI, DI, HI ou EI), voir tableau 8.

Pour le RHM 2008 et 2009, le code #I# pour l’index de lit CODE_BEDINDEX dans le fichier UNITINDX est accepté, si l’hôpital éprouve des difficultés à enregistrer l’origine des lits intensifs (CI, DI, HI ou EI). A partir du RHM 2010/1, le code #I# pour l’index de lit CODE_BEDINDEX dans le fichier UNITINDX ne sera plus accepté.

4.2.1.2 Traitement intensif des patients psychiatriques

Il s’agit de l’index de lit agréé IB. Par analogie avec les services Sp, cinq groupes cibles sont prévus sous cet index. Actuellement, seules les normes d’un premier groupe cible ont été publiées. Il s’agit du groupe cible regroupant des patients de plus de 18 ans avec de graves troubles comportementaux et/ou agressifs (service IB, PTCA-adultes). Il convient d’utiliser l’index de lit CODE_BEDINDEX = #I1# et le centre de frais S4_COST_CENTRE = #480#.

4.2.2. S4_NUMBER_BED (nombre de lits/places)

Les unités de soins du type 1 peuvent être constituées de différents index de lits. Une unité de soins ne compte habituellement pas plus de trois index de lits différents et est composée de 15 à 30 lits.

Le champ S4_NUMBER_BED comprend le nombre de lits agréés pour les index de lit agréés. Le nombre total de lits agréés par index de lit, qui est enregistré dans le fichier UNITINDX du RHM, doit être égal au nombre de lits agréés que l’on retrouve dans les données de référence du SPF relatives aux agréments des hôpitaux (CIC).

Si les lits ne sont pas agréés (index de lits supplémentaires), on enregistre le nombre réel de lits/places

Attention:

La valeur du champ S4_NUMBER_BED ne peut jamais être nulle (0).

5. Index de lit et journées à facturer (fichier STAYINDX)

Les jours à facturer sont indiqués dans le fichier STAYINDX. Le nombre de lits à facturer par index de lit (A4_CODE_BEDINDEX_FAC) est repris de manière chronologique, au moyen du champ ORDER_BEDINDEX.

Tel que déjà expliqué précédemment, le nom du champ 6 CODE_BEDINDEX dans le fichier STAYINDX a été adapté. La nouvelle dénomination de ce champ est A4_CODE_BEDINDEX_FAC et ce afin de le différencier du nom du champ 6 CODE_BEDINDEX dans le fichier UNITINDX pour les données de structure. Ce nouveau nom reflète mieux la réelle signification de ce champ.

Il s’agit de l’index de lit qui correspond au service sur lequel la facturation est effectuée pour l’INAMI et qui correspond en grande partie aux centres de frais de FINHOSTA.

Il y a toujours au moins 1 séjour en index de lit (STAYINDEX) par séjour hospitalier (STAYHOSP). Un nouveau séjour en index de lit commence chaque fois que l'index de lit facturé change.

Le tableau ci-dessous présente les possibilités de correspondance entre un séjour en STAYINDEX (facturation), les index de lit (UNITINDEX) et les codes de service INAMI. Voir aussi le champ 6 A4_CODE_BEDINDEX_FAC du fichier STAYINDEX dans le domaine des données administratives.

Tableau 10: Valeurs admises pour A4_CODE_BEDINDEX_FAC dans le fichier STAYINDEX pour les lits agréés (partie 1)

Description des index de lits agréés	Fichier de référence des agréments	Fichier UNITINDEX Champ 6 CODE_BEDINDEX	Fichier UNITINDEX Champ 8 S4_COST_CENTRE	Fichier STAYINDEX Champ 6 A4_CODE_BEDINDEX_FAC = Facturation	Code de service INAMI
Service de traitement de la TBC					
	B	B	200	B	200
Service de diagnostic et de traitement chirurgical					
Service de diagnostic et de traitement chirurgical à l'exception des lits affectés à la fonction 'Soins Intensifs', à la chirurgie cardiaque et aux brûlures.	C	C	210	C	210
Chirurgie cardiaque, partie des lits C agréés	Prog. de soins = pathologie cardiaque	C	219	C	210
Fonction 'Soins Intensifs', partie des lits C agréés	Fonction = INTZORG	CI	490	I	490
Unité de traitement des brûlures graves, partie des lits C agréés	Service méd-tech = BRANDW	BR	290	BR	290
Service de diagnostic et de traitement médical					
Service de diagnostic et traitement médical, à l'exception des lits affectés à la fonction 'Soins Intensifs'	D	D	220	D	220
Fonction 'Soins Intensifs', partie des lits D agréés	Fonction = INTZORG	DI	490	I	490
Service d'hospitalisation mixte C+D					
Service d'hospitalisation mixte C&D, à l'exception des lits affectés à la fonction 'Soins Intensifs'	CD	CD	280	C ou D	210 ou 220
Fonction 'Soins Intensifs', partie des lits CD agréés	Fonction = INTZORG	HI	490	I	490
Service de pédiatrie					
Service de pédiatrie, à l'exception des lits attribués à la mort subite du nourrisson et à la fonction 'Soins Intensifs'	E	E	230	E	230
Service de diagnostic et de traitement préventif de la mort subite du nourrisson, partie des lits E agréés	E	E	239	E	230
Fonction 'Soins intensifs', partie des lits E agréés	Fonction = INTZORG	EI	490	I	490

Description des index de lits agréés	Fichier de référence des agréments	Fichier UNITINDX Champ 6 CODE_ BEDINDEX	Fichier UNITINDX Champ 8 S4_COST_ CENTRE	Fichier STAYINDX Champ 6 A4_CODE_BE DINDEX_FAC = Facturation	Code de service INAMI
Service de gériatrie					
	G	G	300	G	300
Service de traitement des maladies contagieuses					
	L	L	250	L	250
Service de maternité dans un hôpital général ou clinique d'accouchement					
Service de maternité dans un hôpital général ou clinique d'accouchement, à l'exception des lits pour grossesses à haut risque (MIC)	M	M	260	M	260
Service d'observation intensive des grossesses à haut risque (MIC), fonction de soins périnataux (partie des lits M agréés)	Fonction = PERINAT	MI	263	M	260
Section des soins néonataux non intensifs (fonction)	Uniquement s'il y a des lits M agréés	N*	262	N*	190
Service des soins néonataux intensifs (NIC)	NIC	NI	270	NI	270
Services spécialisés pour le traitement et la réadaptation					
Service Sp affections cardio-pulmonaires	S1	S1	310	S1	310
Service Sp affections appareil locomoteur	S2	S2	312	S2	312
Service Sp affections neurologiques	S3	S3	311	S3	311
Service Sp soins palliatifs	S4	S4	314	S4	314
Service Sp polyopathologies chroniques	S5	S5	313	S5	313
Service Sp affections psycho-gériatriques	S6	S6	315	S6	315
Service neuropsychiatrique d'observation et de traitement					
Service de neuropsychiatrie observation et traitement (jour et nuit)	A	A	370	A	370
Soins de jour en neuropsychiatrie observation et traitement	A1	A1	380	A1	380
Soins de nuit en neuropsychiatrie observation et traitement	A2	A2	390	A2	390
Service de neuropsychiatrie infantile					
Service de neuropsychiatrie infantile (jour et nuit)	K.	K.	340	K.	340
Soins de jour en neuropsychiatrie infantile	K1	K1	350	K1	350
Soins de nuit en neuropsychiatrie infantile	K2	K2	360	K2	360
Service de traitement psychiatrique					
Service de traitement neuropsychiatrique (jour et nuit)	T	T	410	T	410
Soins de jour en service de traitement neuropsychiatrique	T1	T1	420	T1	420
Soins de nuit en service de traitement neuropsychiatrique	T2	T2	430	T2	430
Service de traitement intensif de patients psychiatriques (suivi de l'indication du groupe cible concerné)					
Service IB (PTCA* adultes)	I1	I1	480	IB	480

* PTCA = Patients aux Troubles du Comportement et de l'Aggressivité

A partir du RHM 2010, l'index de lits #I# ne peut plus être utilisé comme CODE_BEDINDEX dans le fichier UNITINDX. Nous n'acceptons plus que CI, DI, HI ou EI (voir point 4.2.1.1).

On distingue les index de lits agréés (tableau 10) et les index de lits supplémentaires (tableau 11). Les index de lits supplémentaires sont utilisés pour des lits ou places qui n'existent pas en tant que tels dans les arrêtés d'agrément.

Tableau 11: Valeurs admises pour A4_CODE_BEDINDEX_FAC dans le fichier STAYINDX pour les index de lits complémentaires (partie 2)

Description des index de lits complémentaires	Fichier de référence des agréments	Fichier UNITINDX Champ 6 CODE_BEDINDEX	Fichier UNITINDX Champ 8 S4_COST_CE NTR	Fichier STAYINDX Champ 6 A4_CODE_BEDINDEX_FAC = Facturation	Code de service INAMI
Hospitalisation classique (avec nuitée)					
Salle de travail		AR	261	M	260
Salle d'accouchement		OB	261	M	260
Salle d'opération		OP	180	C	210
Salle de réveil		RE	180	C	210
Hospitalisation sans nuitée					
Service d'urgence	Fonction = URGENCE	U	150	U	Pseudocode de service
Hospitalisation provisoire aux urgences		TU	150	U	Pseudocode de service
Service d'hospitalisation de jour (tous les autres types d'hospitalisation de jour)		Z	552	Z	Pseudocode de service
Hospitalisation chirurgicale de jour	Fonction = CHDAG	ZC	320	ZC*	320
Hospitalisation non-chirurgicale de jour		ZD	550	Z	Pseudocode de service
Hospitalisation gériatrique de jour – jusqu'au RHM 2018 inclus		ZG	553	Z	Pseudocode de service
Hospitalisation gériatrique de jour – à partir du RHM 2019		ZG	334	Z	Pseudocode de service
Hospitalisation oncologique de jour		ZO	552, 550	Z	Pseudocode de service
Hospitalisation pédiatrique de jour		ZE	551	Z	Pseudocode de service

Les index de lits #U# ou #TU# peuvent être utilisés pour les urgences ambulatoires et la période dans le service des urgences avant l'admission.

Pour l'hospitalisation de jour, l'index de lit #Z# peut être utilisé pour les forfaits et la facturation ambulatoire.

*** La journée en hospitalisation de jour chirurgicale ne peut plus être facturée que sur #ZC# à partir du RHM 2011. Nous acceptons #Z# jusqu'au RHM 2010 inclus.**

Pour une unité de soins DAYMIX, #Z# est aussi utilisé.

Pour la période OUT ou TRANS d'un patient (voir point 2.1.3.2 et 2.1.3.3), on n'enregistre pas de record séparé dans le fichier STAYINDX.

Les séjours en salle d’opération, en salle de réveil et au quartier d’accouchement (salle de travail et salle d’accouchement) ne sont pas enregistrés séparément dans le fichier STAYINDEX.

5.1. Index de lit dans le fichier STAYINDEX

L’INAMI publie un tableau de correspondance entre le code de service et les index de lit tels qu’employés par le SPF. Les tableaux 10 et 11 sont basés sur cette publication. Il faut enregistrer l’index de lit correspondant dans A4_CODE_BEDINDEX_FAC du fichier STAYINDEX et non le numéro du code de service de l’INAMI.

Ainsi, il existe un code de service 490 pour la “fonction soins intensifs”. Dans le fichier STAYINDEX, #I# doit être enregistré, ce qui correspond au code 490 (voir tableau 10). Pour la composition des unités de soins, les ‘lits de soins intensifs’ proviennent des lits C, D, CD ou E comme demandé dans le fichier UNITINDEX (voir point 4 champ CODE_BEDINDEX).

Pour le service de traitement intensif de patients psychiatriques (patients de plus de 18 ans avec de graves troubles comportementaux et/ou agressif, PTCA-adultes) il faut utiliser l’index de lit A4_CODE_BEDINDEX_FAC = #IB#, sans faire de distinction entre les différents types (exemple: I1, service IB PTCA-adultes) contrairement au fichier UNITINDEX (voir point 4).

5.2. Séjours dans le fichier STAYINDEX et journées à facturer

Un nouveau séjour en index de lit débute chaque fois que l’on modifie l’index de lit/code du service de facturation. Les séjours dans un index de lit (fichier STAYINDEX) ne doivent correspondre, ni en nombre, ni en temps, aux séjours dans les unités de soins (fichier STAYUNIT) ou aux séjours en spécialisme (fichier STAYSPEC).

Pour la facturation, il faut donc tenir compte du type de lit où le patient a séjourné. Il est évident que ceci doit correspondre à la composition des lits de l’unité de soins où le patient a séjourné, mais des divergences peuvent survenir dans certaines circonstances particulières. Dans des cas exceptionnels, il sera possible de facturer (et donc d’enregistrer un séjour dans le fichier STAYINDEX) sur un index de lit qui ne fait pas partie de la composition des lits de l’unité de soins dans laquelle le patient a effectivement séjourné.

Le tableau ci-dessous montre pour les index de lit supplémentaires les possibilités de correspondance entre un séjour en STAYINDEX et les séjours de patients dans des unités de soins ayant une composition de lits spécifique (dans le fichier UNITINDEX).

Tableau 12: Valeurs admises pour CODE_BEDINDEX, A4_CODE_BEDINDEX_FAC et A4_NUMBER_DAY_FAC pour les index de lits complémentaires

Description des index de lits complémentaires	Fichier UNITINDEX champ 6 CODE_BEDINDEX = index de lit	Fichier STAYINDEX champ 6 A4_CODE_BEDINDEX_FAC = facturation	Fichier STAYINDEX champ 10 A4_NUMBER_DAY_FAC = journées à facturer
Hospitalisation classique (avec nuitée)			
Salle de travail	AR	en M	en M
Salle d’accouchement	OB	en M	en M
Salle d’opération	OP	en C	en C
Salle de réveil	RE	en C	en C
Hospitalisation sans nuitée			

Description des index de lits complémentaires	Fichier UNITINDX champ 6 CODE_BEDINDEX = index de lit	Fichier STAYINDX champ 6 A4_CODE_BEDINDEX_FAC = facturation	Fichier STAYINDX champ 10 A4_NUMBER_DAY_FAC = journées à facturer
Service d'urgence	U	U	0
Hospitalisation provisoire aux urgences	TU	U	0
Service d'hospitalisation de jour (tous les autres types d'hospitalisation de jour)	Z	Z	0
Hôpital de jour chirurgical	ZC	ZC*	toujours 1
Hôpital de jour non chirurgical	ZD	Z	0
Hôpital de jour gériatrique	ZG	Z	0
Hôpital de jour oncologique	ZO	Z	0
Hôpital de jour pédiatrique	ZE	Z	0

* La journée en hospitalisation de jour chirurgicale ne peut être facturée que sur #ZC#. Nous acceptons #Z# jusqu'au RHM 2010 inclus.

Le type de séjour hospitalier A2_HOSPTYPE_FAC du fichier STAYHOSP indique si, pour le séjour du patient, il faut ou non enregistrer des journées à facturer. Ceci est illustré dans le tableau ci-dessous.

Tableau 13: Relation entre A2_HOSPTYPE_FAC et les journées à facturer dans le fichier STAYINDX

	Type de facturation	STAYHOSP champ 14: A2_HOSPTYPE_FAC type de séjour hospitalier	STAYINDX Journées à facturer
Hospitalisation classique (avec nuitée)	Hospitalisation classique	H	Oui
	Séjours de longue durée	F/M/L	Oui
	Enregistrement provisoire pour les données infirmières	N	Un enregistrement n'est pas nécessaire dans STAYINDX
Hospitalisation de jour	Hospitalisation de jour chirurgicale	C	Toujours 1
	Hospitalisation de jour non chirurgicale	D	Partout 0
	Contact avec le service des urgences sans forfait et sans prix de journée, uniquement urgence ambulatoire	U	Partout 0

6. Nomenclature INAMI (fichier PROCRIZI)

Le nombre de jours à facturer doit être enregistré dans le fichier STAYINDX et les numéros de nomenclature INAMI dans le fichier PROCRIZI. Le lien entre les deux fichiers est fait via la variable ORDER_INDEX (voir point 5.3.2).

Dans le cas où le nombre de journées à facturer est égal à 0 (exemple : hôpital de jour non chirurgical), un enregistrement dans le fichier STAYINDX doit néanmoins être réalisé, afin que

la facturation, par exemple d'un forfait dans PROCRIZI, puisse être enregistrée (voir tableau ci-dessous).

Tableau 14: Relation entre les champs CODE_BEDINDEX, A4_CODE_BEDINDEX_FAC et A4_NUMBER_DAY_FAC dans le fichier PROCRIZI pour les index de lits complémentaires

Description des index de lits complémentaires	Fichier UNITINDX champ 6 CODE_BEDINDEX = index de lit	Fichier STAYINDX champ 6 A4_CODE_BEDINDEX_FAC = facturation	Fichier STAYINDX champ 10 A4_NUMBER_DAY_FAC = journées à facturer	Fichier PROCRIZI Prestations INAMI
Hospitalisation classique (avec nuitée)				
Salle de travail	AR	en M	en M	en M
Salle d'accouchement	OB	en M	en M	en M
Salle d'opération	OP	en C	en C	en C
Salle de réveil	RE	en C	en C	en C
Hospitalisation sans nuitée				
Service d'urgence	U	U	0	Oui
Hospitalisation provisoire aux urgences	TU	U	0	Oui
Service d'hospitalisation de jour (tous les autres types d'hospitalisation de jour)	Z	Z	0	Oui
Hôpital de jour chirurgical	ZC	ZC*	toujours 1	Oui
Hôpital de jour non chirurgical	ZD	Z	0	Oui
Hôpital de jour gériatrique	ZG	Z	0	Oui
Hôpital de jour oncologique	ZO	Z	0	Oui
Hôpital de jour pédiatrique	ZE	Z	0	Oui

* La journée en hospitalisation de jour chirurgicale ne peut être facturée que sur #ZC#. Nous acceptons #Z# jusqu'au RHM 2010 inclus.

De plus amples informations sur le lien entre les fichiers STAYHOSP, STAYINDX et PROCRIZI peuvent être trouvées au point 0. Liens entre les fichiers, dans le domaine 5, données médicales.