

Information supplémentaire concernant l'enregistrement des séjours initialement en hospitalisation de jour convertis en hospitalisation classique

La règle suivante a toujours été d'application pour tous les séjours (à l'exception des longs séjours):

Lors d'un enregistrement RHM, un séjour commence quand le patient est admis à l'hôpital et se termine quand le patient quitte l'hôpital. Les séjours ne sont jamais scindés pour des raisons de facturation. Par conséquent, le séjour d'un patient en hospitalisation de jour qui est converti en hospitalisation classique ne doit faire l'objet que d'un seul enregistrement RHM si aucun forfait d'hospitalisation de jour n'a été facturé.

Par contre, si des forfaits tels que prévus aux articles 3 et 4§1 de la convention conclue entre les organismes assureurs et les hôpitaux ont été facturés en vertu des règles de facturation alors deux séjours doivent obligatoirement être enregistrés dans le RHM. Par exemple, si l'hospitalisation de jour est suivie par une hospitalisation classique non programmée et que l'hôpital a facturé le forfait prévu à l'article 3 et un des forfaits prévu à l'article 4§1, alors dans ce cas deux séjours doivent obligatoirement être enregistrés dans le RHM.

Rappel important : l'article 4§9 de la Convention précise aussi que les forfaits d'hospitalisation de jour mentionnés à l'article 4§1 ne sont pas cumulables avec le montant par journée d'entretien. Cette disposition a été rappelée aux hôpitaux par l'INAMI dans sa circulaire 2011/5 du 30 mars 2011.

1. STAYSPEC avec DIAGNOSTIC et PROCEDURE

Dans tous les cas il s'agit ici de deux séjours en spécialité avec chacun leur propre diagnostic principal. Dans la majorité des cas, on enregistrera deux diagnostics principaux différents: un pour l'hospitalisation de jour et un qui justifie le fait que celle-ci soit convertie en hospitalisation classique. Les règles du choix du diagnostic principal doivent bien entendu toujours être respectées. Ainsi il est possible que le diagnostic principal soit le même et que la complication soit mentionnée en diagnostic secondaire.

Pour rappel, les diagnostics (fichier DIAGNOSE) et les procédures ICD-9-CM (fichier PROCEDUR) sont enregistrés par spécialité et le diagnostic principal est défini comme étant l'affection qui après examen, s'est avérée être la cause principale de l'admission du patient dans la spécialité.

Exemple 1 (en ICD-9-CM): un patient est admis en hospitalisation de jour pour administration d'une chimiothérapie. Celle-ci est administrée mais le patient présente une complication (une pneumonie) et il doit être admis en hospitalisation classique:

Fichier DIAGNOSE:

Première spécialité: diagnostic principal = V58.11 « Encounter for antineoplastic chemotherapy »

Deuxième spécialité: diagnostic principal = 481 « Pneumococcal pneumonia »

Fichier PROCEDUR:

Première spécialité: procédure = 99.25 « Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance »

Le CODE_SPEC peut être deux fois le même.

Exemple 2 (en ICD-9-CM): Un patient est admis en hospitalisation de jour pour administration d'une chimiothérapie. Celle-ci n'est finalement pas administrée en hospitalisation de jour en

RHM Information supplémentaire : Les séjours hospitalisation de jour convertis en hospitalisation classique

raison d'une anémie. Le patient passe en hospitalisation classique pour prise en charge de son anémie.

Fichier DIAGNOSE:

Première spécialité: diagnostic principal = V58.11 «Encounter for antineoplastic chemotherapy»
diagnostic secondaire = le néoplasme

Deuxième spécialité: diagnostic principal = 285.9 « Unspecified anemia »
diagnostic secondaire = le néoplasme + V64.1 « Surgical or other procedure not carried out because of contraindication »

Exemple 3 (en ICD-9-CM): Un patient est admis en hospitalisation de jour pour administration d'une chimiothérapie. Celle-ci n'est finalement pas administrée en hospitalisation de jour en raison d'une anémie. Le patient passe en hospitalisation classique pour prise en charge de son anémie. La chimiothérapie est pratiquée quelques jours plus tard pendant l'hospitalisation classique.

Fichier DIAGNOSE:

Première spécialité: diagnostic principal = V58.11 «Encounter for antineoplastic chemotherapy»,
diagnostic secondaire = le néoplasme

Deuxième spécialité: diagnostic principal = 285.9 « Unspecified anemia »
diagnostic secondaire = le néoplasme

Fichier PROCEDUR:

Deuxième spécialité: procédure = 99.25 « Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance »

2. Le diagnostic d'admission vérifié dans STAYHOSP

En ce qui concerne le diagnostic d'admission vérifié (fichier STAYHOSP, champ 29), les directives d'enregistrement actuelles précisent:

« ... On définit le diagnostic d'admission vérifié comme étant l'affection reconnue après examen pour être la cause principale de l'admission du patient à l'hôpital. Les termes « après examen » ont leur importance. Il ne s'agit donc pas d'un simple diagnostic d'admission, mais plutôt du diagnostic qui, après un examen diagnostique intensif, voire une intervention chirurgicale, s'avère être la cause de l'admission. Cela signifie aussi que les affections qui apparaissent au cours du séjour à l'hôpital (par exemple, une fracture de la hanche provoquée par une chute de lit) ne peuvent être données pour diagnostic d'admission vérifié... »

En ce qui concerne le diagnostic d'admission vérifié, au cas où les données sont envoyées comme un seul séjour, il convient de comprendre «la cause principale de l'admission du patient à l'hôpital» comme « la cause principale de l'admission du patient à l'hôpital en hospitalisation classique »; le diagnostic d'admission vérifié équivaudra alors au diagnostic principal de la deuxième spécialité, soit celui de l'hospitalisation classique.

Exemple 1 (en ICD-9-CM): un patient est admis en hospitalisation de jour pour administration d'une chimiothérapie. Celle-ci est administrée mais le patient présente une complication (une pneumonie) et il doit être admis en hospitalisation classique:

Fichier DIAGNOSE:

Première spécialité: diagnostic principal = V58.11 « Encounter for antineoplastic chemotherapy »

Deuxième spécialité: diagnostic principal = 481 « Pneumococcal pneumonia »

Fichier PROCEDUR:

Première spécialité: procédure = 99.25 « Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance »

Le CODE_SPEC peut être deux fois le même.

Fichier STAYHOSP:

Diagnostic d'admission vérifié = 481 « Pneumococcal pneumonia».

Exemple 2 (en ICD-9-CM): Un patient est admis en hospitalisation de jour pour administration d'une chimiothérapie. Celle-ci n'est finalement pas administrée en hospitalisation de jour en raison d'une anémie. Le patient passe en hospitalisation classique pour prise en charge de son anémie.

Fichier DIAGNOSE:

Première spécialité: diagnostic principal = V58.11 «Encounter for antineoplastic chemotherapy»
diagnostic secondaire = le néoplasme

Deuxième spécialité: diagnostic principal = 285.9 « Unspecified anemia »
diagnostic secondaire = le néoplasme + V64.1 « Surgical or other procedure not carried out because of contraindication »

Fichier STAYHOSP:

Diagnostic d'admission vérifié = 285.9 « Unspecified anemia ».

Exemple 3 (en ICD-9-CM): Un patient est admis en hospitalisation de jour pour administration d'une chimiothérapie. Celle-ci n'est finalement pas administrée en hospitalisation de jour en raison d'une anémie. Le patient passe en hospitalisation classique pour prise en charge de son anémie. La chimiothérapie est pratiquée quelques jours plus tard pendant l'hospitalisation classique.

Fichier DIAGNOSE:

Première spécialité: diagnostic principal = V58.11 «Encounter for antineoplastic chemotherapy»,
diagnostic secondaire = le néoplasme

Deuxième spécialité: diagnostic principal = 285.9 « Unspecified anemia »
diagnostic secondaire = le néoplasme

Fichier PROCEDUR:

Deuxième spécialité: procédure = 99.25 « Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance »

Fichier STAYHOSP:

Si considéré comme un seul séjour, le diagnostic d'admission vérifié = 285.9 « Unspecified anemia »

3. Présence lors de l'admission dans le fichier DIAGNOSE

Dans le fichier DIAGNOSE, la variable « Présence lors de l'admission » (champ 9) relative au diagnostic mentionné comme diagnostic d'admission vérifié dans le fichier STAYHOSP pourra avoir la valeur « C : Pathologie non présente au moment de l'admission ». Ceci est valable tant pour l'enregistrement en un séjour que pour l'enregistrement en deux séjours séparés.

4. Type d'admission dans STAYHOSP – JUSQU'AU RHM 2017 inclus

En ce qui concerne ces séjours, le type d'admission (fichier STAYHOSP, champ 24) doit avoir la valeur « 4 = A la suite d'une hospitalisation de jour » si un seul séjour est enregistré et pour la partie d'hospitalisation classique lorsque l'enregistrement est scindé en deux séjours.

5. Données d'admission et de sortie dans STAYHOSP – A PARTIR DU RHM 2018

Nous distinguons ici les deux situations suivantes : A) Le séjour en hospitalisation de jour et le séjour classique non planifié sont enregistrés comme un seul séjour, et B) Le séjour en

RHM Information supplémentaire : Les séjours hospitalisation de jour convertis en hospitalisation classique hospitalisation de jour et le séjour classique non planifié sont enregistrés comme 2 séjours pour des raisons de facturation.

A) Enregistrement comme 1 seul séjour

- Lieu avant admission: le lieu réel avant admission pour l'hospitalisation de jour
- Type d'admission: toujours la valeur #4#
- Adressé par: la valeur réelle lors de l'admission pour l'hospitalisation de jour
- Destination:
 - Si A2_HOSPTYPE_FAC = H: la valeur réelle lors de la sortie de l'hôpital
 - Si A2_HOSPTYPE_FAC = F: la valeur #F#
 - Si A2_HOSPTYPE_FAC = N: la valeur #0#
- Type de sortie:
 - Si A2_HOSPTYPE_FAC = H: la valeur réelle lors de la sortie de l'hôpital
 - Si A2_HOSPTYPE_FAC = F: la valeur #F#
 - Si A2_HOSPTYPE_FAC = N: la valeur #0#

B) Enregistrement comme 2 séjours distincts

Le premier de ces 2 séjours avec A2_HOSPTYPE_FAC = C ou D:

- Lieu avant admission: la valeur réelle
- Type d'admission: la valeur réelle
- Adressé par: la valeur réelle
- Destination: la nouvelle valeur #Z#
- Type de sortie: la nouvelle valeur #Z#

Le deuxième de ces 2 séjours avec A2_HOSPTYPE_FAC = H:

- Lieu avant admission: la nouvelle valeur #Z#
- Type d'admission: la nouvelle valeur #Z#
- Adressé par : la nouvelle valeur #Z#
- Destination: la valeur réelle
- Type de sortie: la valeur réelle

Le deuxième de ces 2 séjours avec A2_HOSPTYPE_FAC = F:

- Lieu avant admission: la nouvelle valeur #Z#
- Type d'admission: la nouvelle valeur #Z#
- Adressé par: la nouvelle valeur #Z#
- Destination: la valeur #F#
- Type de sortie: la valeur #F#

Le deuxième de ces 2 séjours avec A2_HOSPTYPE_FAC = N:

- Lieu avant admission: la nouvelle valeur #Z#
- Type d'admission: la nouvelle valeur #Z#
- Adressé par: la nouvelle valeur #Z#
- Destination: la valeur #0#
- Type de sortie: la valeur #0#

6. Fichier STAYUNIT

En ce qui concerne les séjours en unité de soins il faut suivre la réalité. Si le patient reste dans la même unité de soins lors de son hospitalisation de jour et classique, il faut enregistrer ceci comme tel. On n'aura donc qu'un seul séjour dans STAYUNIT. (Ceci en opposition avec STAYSPEC où on aura toujours en réalité deux séjours, éventuellement avec le même CODE_SPEC).

Le code pour la première unité de soins (CODE_UNIT) peut commencer par 'DAY' et ce, en fonction de l'organisation interne de l'hôpital.

7. La facturation dans STAYINDEX en PROCRIZI

Pour la facturation dans le fichier STAYINDEX, il faut enregistrer la partie hospitalisation de jour sous l'index de lit 'Z' et la partie hospitalisation classique sous l'index de lit pour une hospitalisation classique.

Vous devez appliquer strictement ces précisions complémentaires, et ce au plus tard à partir des données RHM 2011/1.