

Domein 5

Medische gegevens

Inhoud

0. LINKEN TUSSEN DE BESTANDEN VAN DE MEDISCHE GEGEVENS.....	6
1. DIAGNOSE (M1): GEGEVENS OVER DE DIAGNOSES	9
1.1. NAAM.....	9
1.2. INHOUD	9
1.3. INDELING.....	9
1.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN.....	10
M1 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: <i>erkeningsnummer van het ziekenhuis</i>	10
M1 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: <i>registratiejaar</i>	10
M1 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: <i>registratieperiode</i>	10
M1 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: <i>verblijfsnummer</i>	10
M1 / Veld 5 ⇒ ORDER_SPEC: <i>volgnummer specialisme</i>	11
M1 / Veld 6 ⇒ TYPE_DIAGNOSE: <i>code hoofddiagnose/nevendiagnose</i>	11
M1 / Veld 7 ⇒ CODE_SYS_DIAGNOSE: <i>soort codeersysteem</i>	11
M1 / Veld 8 ⇒ CODE_DIAGNOSE: <i>code diagnose</i>	11
OPMERKINGEN	12
1) HOOFDIAGNOSE.....	13
2) DAGHOSPITALISATIE	15
1. A2_HOSPTYPE_FAC = C: CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE	15
2. A2_HOSPTYPE_FAC = D: NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE	15
3. A2_HOSPTYPE_FAC = U: AMBULANTE SPOED	16
4. DAGHOSPITALISATIES BUITEN VERPLEEGEENHEDEN SPECIFIEK VOOR DAGHOSPITALISATIE	16
3) NEVENDIAGNOSE	19
4) LANGDURIGE VERBLIJVEN	19
5) VOORLOPIGE REGISTRATIE VAN DE NIET-BEÏNDIGDE VERBLIJVEN WAARVOOR REEDS VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS DIENEN DOORGESTUURD TE WORDEN.....	19
6) REGISTRATIE VAN DE A/H1N1-GRIEP: tot 1 september 2010.....	20
7) VERBLIJVEN IN DAGHOSPITALISATIE DIE OMGEZET WORDEN IN KLASIEKE HOSPITALISATIE.....	22
M1 / Veld 9 ⇒ M1_PRESENT_ADM: <i>aanwezig bij opname</i>	23
M1 / Veld 10 ⇒ M1_CODE_CERT: <i>graad zekerheid</i>	24
1.5. VOORBEELDEN VAN EEN REGISTRATIE	24
2. PROCEDUR (M2): GEGEVENS OVER DE INGEPEN	25
2.1. NAAM.....	25
2.2. INHOUD	25
2.3. INDELING.....	25
2.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN.....	27
M2 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: <i>erkeningsnummer van het ziekenhuis</i>	27
M2 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: <i>registratiejaar</i>	27
M2 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: <i>registratieperiode</i>	27
M2 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: <i>verblijfsnummer</i>	27
M2 / Veld 5 ⇒ ORDER_SPEC: <i>volgnummer specialisme</i>	27
M2 / Veld 6 ⇒ TYPE_DIAGNOSE: <i>code hoofd-/nevendiagnose</i>	27
M2 / Veld 7 ⇒ CODE_SYS_DIAG: <i>soort codeersysteem voor de diagnoses</i>	27
M2 / Veld 8 ⇒ CODE_DIAGNOSE: <i>code diagnose</i>	27
M2 / Veld 9 ⇒ M2_CODE_SYS_PROCEDURE: <i>soort codeersysteem voor de ingrepen</i>	28
M2 / Veld 10 ⇒ M2_CODE_PROCEDURE: <i>code procedure</i>	28
M2 / Veld 11 ⇒ M2_YEAR_PROCEDURE: <i>jaar van uitvoering van de procedure</i>	28
M2 / Veld 12 ⇒ M2_MONTH_PROCEDURE: <i>maand van uitvoering van de procedure</i>	28

Medische gegevens

<i>M2 / Veld 13</i> ⇒ <i>M2_DAY_PROCEDURE</i> : dag in de maand van uitvoering van de procedure	29
<i>M2 / Veld 14</i> ⇒ <i>M2_CODE_PLACE_INTERV</i> : code uitbesteed	29
<i>M2 / Veld 15</i> ⇒ <i>M2_CODE_ANEST</i> : code anesthesie	29
<i>M2 / Veld 16</i> ⇒ <i>M2_NUMBER_PROC_1_DAY</i> : aantal keer dezelfde procedure (dezelfde code) op dezelfde dag...29	
1) VOOR ICD-9-CM.....	30
1. UITVOEREN VAN DEZELFDE PROCEDURE, TWEE OF MEERDERE MALEN OP DEZELFDE DAG, SLECHTS ÉÉN KEER GEDURENDE HETZELFDE VERBLIJF	30
2. UITVOEREN VAN DEZELFDE PROCEDURE, MEERDERE KEREN DEZELFDE DAG, EN CONTINU GEDURENDE HETZELFDE VERBLIJF	32
2) VOOR ICD-10-BE	32
<i>M2 / Veld 17</i> ⇒ <i>TYPE_ASSOCIATION</i> : type associatie.....	32
<i>M2 / Veld 18</i> ⇒ <i>ID_ASSOCIATION</i> : identificatie van de associatie.....	32
2.5. VOORBEELDEN VAN EEN REGISTRATIE	33
3. PROCRIZI (M3): GEGEVENS OVER DE RIZIV PRESTATIES.....	34
3.1. NAAM.....	34
3.2. INHOUD	34
3.3. INDELING.....	34
3.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN.....	35
<i>M3 / Veld 1</i> ⇒ <i>CODE_AGR</i> : erkenningsnummer van het ziekenhuis	35
<i>M3 / Veld 2</i> ⇒ <i>YEAR_REGISTR</i> : registratiejaar.....	35
<i>M3 / Veld 3</i> ⇒ <i>PERIOD_REGISTR</i> : registratieperiode	35
<i>M3 / Veld 4</i> ⇒ <i>STAYNUM</i> : verblijfsnummer	35
<i>M3 / Veld 5</i> ⇒ <i>ORDER_BEDINDEX</i> : volgnummer bedindex.....	36
<i>M3 / Veld 6</i> ⇒ <i>M3_CODE_INARIZ</i> : code RIZIV procedure	36
1) A2_HOSPTYPE_FAC = C: CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE	38
2) A2_HOSPTYPE_FAC = D: NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE.....	38
1. MAXIFORFAIT	38
2. FORFAITS GROEPEN 1 – 7	39
3. FORFAITS 1 – 3 CHRONISCHE PIJN	39
4. MINIFORFAIT	39
3) A2_HOSPTYPE_FAC = U: AMBULANTE SPOED	39
4) DAGHOSPITALISATIES BUITEN VERPLEEGEENHEDEN SPECIFIEK VOOR DAGHOSPITALISATIE	40
1) A2_HOSPTYPE_FAC = C: CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE	41
2) A2_HOSPTYPE_FAC = D: NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE.....	41
1. MAXIFORFAIT	41
2. FORFAITS GROEPEN 1 – 7	42
3. FORFAITS 1 – 3 CHRONISCHE PIJN	42
4. MINIFORFAIT	42
3) A2_HOSPTYPE_FAC = U: AMBULANTE SPOED	43
4) DAGHOSPITALISATIES BUITEN VERPLEEGEENHEDEN SPECIFIEK VOOR DAGHOSPITALISATIE	43
<i>M3 / Veld 7</i> ⇒ <i>M3_YEAR_INARIZ</i> : jaar van uitvoering van de RIZIV procedure	43
<i>M3 / Veld 8</i> ⇒ <i>M3_MONTH_INARIZ</i> : maand van uitvoering van de RIZIV procedure	43
<i>M3 / Veld 9</i> ⇒ <i>M3_DAY_INARIZ</i> : dag in de maand van uitvoering van de RIZIV procedure	43
<i>M3 / Veld 10</i> ⇒ <i>M3_NUMBER_INARIZ_1_DAY</i> : aantal keer dezelfde RIZIV procedure (dezelfde code) op dezelfde dag	43
<i>M3 / Veld 11</i> ⇒ <i>TYPE_ASSOCIATION</i> : type associatie.....	43
<i>M3 / Veld 12</i> ⇒ <i>ID_ASSOCIATION</i> : identificatie van de associatie.....	44
3.5. VOORBEELD VAN EEN REGISTRATIE	44
4. PATBIRTH (M4): GEBOORTEGEGEVENS VAN PASGEBORENEN.....	45
4.1. NAAM.....	45
4.2. INHOUD	45
4.3. INDELING.....	46
4.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN.....	48
<i>M4 / Veld 1</i> ⇒ <i>CODE_AGR</i> : erkenningsnummer van het ziekenhuis	48
<i>M4 / Veld 2</i> ⇒ <i>YEAR_REGISTR</i> : registratiejaar.....	48
<i>M4 / Veld 3</i> ⇒ <i>PERIOD_REGISTR</i> : registratieperiode	48
<i>M4 / Veld 4</i> ⇒ <i>PATNUM</i> : anoniem patiëntnummer van de pasgeborene	48
<i>M4 / Veld 5</i> ⇒ <i>M4_PATNUM_MAMA</i> : anoniem patiëntnummer van de moeder.....	48
<i>M4 / Veld 6</i> ⇒ <i>M4_PLACE_BIRTH</i> : geboorteplaats.....	49
<i>M4 / Veld 7</i> ⇒ <i>M4_CODE_SYS_DIAGNOSE_BIRTH</i> : soort codeersysteem voor de diagnosecode van geboorte....	49
<i>M4 / Veld 8</i> ⇒ <i>M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH</i> : diagnosecode van geboorte.....	50

Medische gegevens

1) M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH MET ICD-9-CM TOT EN MET MZG 2014.....	50
1. DIAGNOSECODE VAN EEN GEBOORTE (ICD-9-CM).....	50
2. WAT DOEN ALS MEN DE GEBOORTEGEGEVENS NIET KENT? (ICD-9-CM).....	52
3. WELKE ICD-9-CM CODE VOOR DE GEVERIFIEERDE OPNAMEDIAGNOSE IN BESTAND STAYHOSP EN DE HOOFDDIAGNOSE IN BESTAND DIAGNOSE VAN HET EERSTE SPECIALISME?.....	52
4. VOORBEELDEN MET ICD-9-CM.....	53
2) M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH MET ICD-10-BE VANAF MZG 2015.....	55
5. DIAGNOSECODE VAN EEN GEBOORTE (ICD-10-BE).....	55
6. WAT DOEN ALS MEN DE GEBOORTEGEGEVENS NIET KENT? (ICD-10-BE).....	56
7. WELKE ICD-10-BE CODE VOOR DE GEVERIFIEERDE OPNAMEDIAGNOSE IN BESTAND STAYHOSP EN DE HOOFDDIAGNOSE IN BESTAND DIAGNOSE VAN HET EERSTE SPECIALISME?.....	56
8. VOORBEELDEN MET ICD-10-BE.....	56
1) ANDERE VARIABELEN MET BETREKKING TOT HET GEBOORTEVERBLIJF.....	59
M4 / Veld 9 ⇒ M4_CODE_ORDER_BIRTH: code volgorde geboorte.....	59
M4 / Veld 10 ⇒ M4_HOUR_BIRTH: uur van geboorte.....	59
M4 / Veld 11 ⇒ M4_WEIGHT_BIRTH: geboortegewicht.....	59
M4 / Veld 12 ⇒ M4_APGAR_1_MIN: apgarscore na 1 minuut.....	60
M4 / Veld 13 ⇒ M4_APGAR_5_MIN: apgarscore na 5 minuten.....	60
M4 / Veld 14 ⇒ M4_NUMBER_WEEK_PREG: aantal weken zwangerschap.....	60
M4 / Veld 15 ⇒ M4_NUMBER_DAY_BEFORE_BIRTH: verblijfsduur van de moeder voor de bevalling.....	60
M4 / Veld 16 ⇒ M4_SECTIO_Y_N: werd er bij de moeder reeds vroeger een sectio uitgevoerd.....	60
M4 / Veld 17 ⇒ M4_PERIDURAL_Y_N: werd er voor deze bevalling bij de moeder peridurale verdoving gebruikt.....	61
M4 / Veld 18 ⇒ M4_INDUCED_Y_N: werd deze bevalling geïnduceerd.....	61
8.2. VOORBEELDEN VAN EEN REGISTRATIE.....	61
5. TESTRESU (M5): RESULTATEN ONDERZOEKEN.....	62
5.1. NAAM.....	62
5.2. INHOUD.....	62
5.3. INDELING.....	62
5.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN.....	63
M5 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis.....	63
M5 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar.....	63
M5 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode.....	63
M5 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: verblijfsnummer.....	63
M5 / Veld 5 ⇒ M5_TYPE_TEST: type onderzoek.....	64
M5 / Veld 6 ⇒ M5_YEAR_TEST: jaar van uitvoering van het onderzoek.....	64
M5 / Veld 7 ⇒ M5_MONTH_TEST: maand van uitvoering van het onderzoek.....	64
M5 / Veld 8 ⇒ M5_DAY_TEST: dag in de maand van uitvoering van het onderzoek.....	64
M5 / Veld 9 ⇒ M5_ORDER_TEST_1_DAY: volgorde van uitvoering voor eenzelfde onderzoek op dezelfde dag.....	64
M5 / Veld 10 ⇒ M5_RESULT_TEST: resultaat.....	64
5.5. VOORBEELD VAN EEN REGISTRATIE.....	65
6. URGADMIN (M6): GEGEVENS OVER DE OPNAME VIA SPOED.....	66
6.1. NAAM.....	66
6.2. INHOUD.....	66
6.3. INDELING.....	66
6.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN.....	67
M6 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis.....	67
M6 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar.....	67
M6 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode.....	67
M6 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: verblijfsnummer.....	67
M6 / Veld 5 ⇒ ORDER_SPEC: volgnummer specialisme.....	67
M6 / Veld 6 ⇒ M6_TYPE_INFO_URG: code info spoed.....	68
M6 / Veld 7 ⇒ M6_CODE_INFO_URG: reden spoedopname / rol in ongeval / follow-up/ behandeling / letseltype.....	68
1) WANNEER M6_TYPE_INFO_URG = R: 'REDEN VAN HET CONTACT MET SPOED'.....	68
2) WANNEER M6_TYPE_INFO_URG = O: 'ROL IN HET VERKEERSONGEVAL'.....	68
3) WANNEER M6_TYPE_INFO_URG = F: 'DE EVENTUELE FOLLOW-UP NA HET CONTACT MET SPOED'.....	69
4) WANNEER M6_TYPE_INFO_URG = T: 'DE BEHANDELING OP SPOED'.....	70
5) WANNEER M6_TYPE_INFO_URG = L: 'HET LETSELTYPE'.....	70
OVERZICHT VAN DE REGISTRATIE IN URGADMIN.....	71
6.5. VOORBEELDEN VAN EEN REGISTRATIE.....	71

7. BIJKOMENDE INFORMATIE	72
7.1. ICD-9-CM CODEERHANDLEIDING	72
7.2. ICD-10-BE HANDBOEK	72
7.3. REFERENTIEBESTANDEN MEDISCHE GEGEVENS	72
7.4. BIJKOMENDE HOOFDSTUKKEN	72

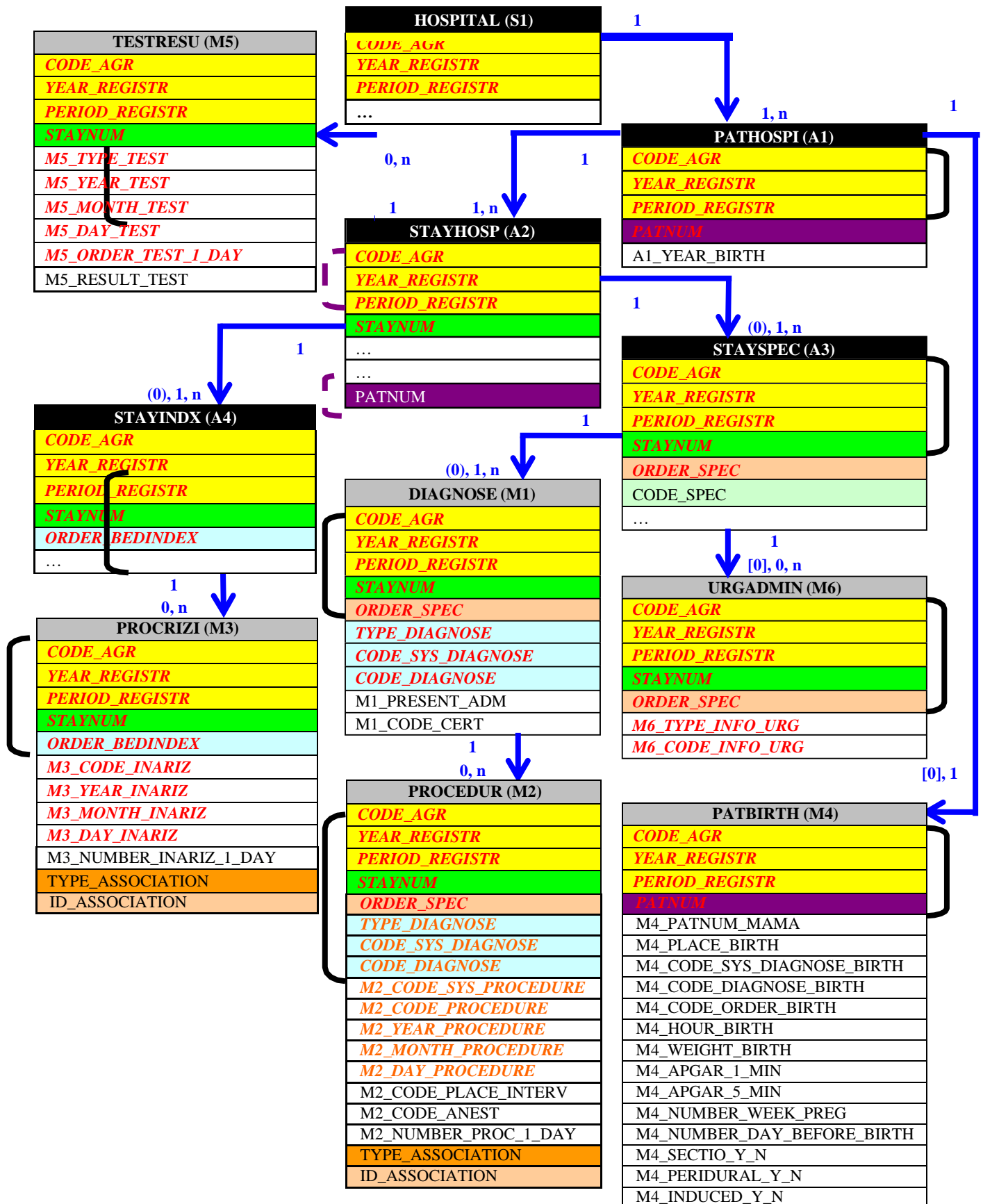
TABELLEN

Tabel 1-1: Recordtekening van DIAGNOSE (M1): Gegevens over de diagnoses	9
Tabel 1-2: Toegelaten waarden voor TYPE_DIAGNOSE: code hoofd-/nevendiagnose	11
Tabel 1-3: Toegelaten waarden voor CODE_SYS_DIAGNOSE: soort codeersysteem	11
Tabel 1-4: Bijkomende diagnosecodes CODE_DIAGNOSE voor speciale omstandigheden	12
Tabel 1-5: Overzicht van de versies van ICD-9-CM en ICD-10-BE voor verschillende registratiejaren	12
Tabel 1-6: Overzicht van de hoofddiagnose in veld CODE_DIAGNOSE van het bestand DIAGNOSE, de geverifieerde opnamediagnose in veld A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM van het bestand STAYHOSP en de gebruikte hoofddiagnose voor de grouper voor klassieke hospitalisatie	14
Tabel 1-7: Algemene regel voor de ICD-9-CM of ICD-10-BE (vanaf MZG 2015) codering in het bestand DIAGNOSE (M1) en het bestand PROCEDUR (M2) voor niet chirurgische daghospitalisatie	15
Tabel 1-8: Overzicht van de hoofddiagnose in veld CODE_DIAGNOSE van het bestand DIAGNOSE, de geverifieerde opnamediagnose in veld A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM van het bestand STAYHOSP en de gebruikte hoofddiagnose voor de grouper voor daghospitalisatie	17
Tabel 1-9: Voorbeelden van codes voor de A/H1N1 griep	20
Tabel 1-10: Voorbeelden van de immunisatiestatus/vaccinatiestatus voor influenza	21
Tabel 1-11: Toegelaten waarden voor M6_CODE_INFO_URG bij contact met spoed	21
Tabel 1-12: Toegelaten waarden voor M1_PRESENT_ADM: aanwezig bij opname	23
Tabel 1-13: Toegelaten waarden voor M1_CODE_CERT: graad zekerheid	24
Tabel 2-1: Recordtekening van PROCEDUR (M2): Gegevens over de ingrepen	25
Tabel 2-2: Toegelaten waarden voor M2_CODE_SYS_PROCEDURE: soort codeersysteem voor de ingrepen	28
Tabel 2-3: Toegelaten waarden voor M2_CODE_PLACE_INTERV: code uitbesteed	29
Tabel 2-4: Toegelaten waarden voor M2_CODE_ANEST: code anesthesie	29
Tabel 3-1: Recordtekening van PROCRIZI (M3): Gegevens over de RIZIV prestaties	34
Tabel 3-2: Verwachte RIZIV codes voor M3_CODE_INARIZ: code RIZIV procedure	36
Tabel 3-3: Overzicht van de registratie in het bestand PROCRIZI voor daghospitalisatie	37
Tabel 3-4: Bijkomende waarden voor M3_CODE_INARIZ, chirurgische daghospitalisatie	38
Tabel 3-5: Bijkomende waarden voor M3_CODE_INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: maxiforfait	38
Tabel 3-6: Bijkomende waarden voor M3_CODE_INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: forfaits groepen 1 - 7	39
Tabel 3-7: Bijkomende waarden voor M3_CODE_INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: forfaits 1 – 3 chronische pijn	39
Tabel 3-8: Bijkomende waarden voor M3_CODE_INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: miniforfait	39
Tabel 3-9: Overzicht van de registratie in het bestand PROCRIZI voor daghospitalisatie, vanaf MZG 2018	41
Tabel 3-10: Bijkomende waarden voor M3_CODE_INARIZ, voor chirurgische daghospitalisatie, vanaf MZG 2018	41
Tabel 3-11: Bijkomende waarden voor M3_CODE_INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: maxiforfait, vanaf MZG 2018	41
Tabel 3-12: Bijkomende waarden voor M3_CODE_INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: forfaits groepen 1 - 7, vanaf MZG 2018	42
Tabel 3-13: Bijkomende waarden voor M3_CODE_INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: forfaits 1 – 3 chronische pijn, vanaf MZG 2018	42
Tabel 3-14: Bijkomende waarden voor M3_CODE_INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: miniforfait, vanaf MZG 2018	42
Tabel 4-1: Recordtekening van PATBIRTH (M4): Geboortegegevens	46
Tabel 4-2: Toegelaten waarden voor M4_PLACE_BIRTH: geboorteplaats	49
Tabel 4-3: Toegelaten waarde voor M4_CODE_SYS_DIAGNOSE_BIRTH: soort codeersysteem voor de diagnosecode van geboorte	50
Tabel 4-4: Toegelaten waarden voor M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH: diagnosecode van geboorte, tot en met MZG 2014	50
Tabel 4-5: Toegelaten waarden voor M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH: diagnosecode van geboorte, vanaf MZG 2015	55
Tabel 4-6: Toegelaten waarden voor M4_CODE_ORDER_BIRTH: code volgorde geboorte	59

Medische gegevens

Tabel 4-7: Toegelaten waarden voor M4_SECTIO_Y_N: werd er bij de moeder reeds vroeger een sectio uitgevoerd ...	61
Tabel 4-8: Toegelaten waarden voor M4_PERIDURAL_Y_N: werd er voor deze bevalling bij de moeder peridurale verdoving gebruikt.....	61
Tabel 4-9: Toegelaten waarden voor M4_INDUCED_Y_N: werd deze bevalling geïnduceerd	61
Tabel 5-1: Recordtekening van TESTRESU (M5): Resultaten onderzoeken	62
Tabel 5-2: Toegelaten waarden voor M5_TYPE_TEST: type onderzoek	64
Tabel 5-3: Toegelaten waarden voor M5_RESULT_TEST: resultaat	64
Tabel 6-1: Recordtekening van URGADMIN (M6): Gegevens over de opname via spoed	66
Tabel 6-2: Toegelaten waarden voor M6_TYPE_INFO_URG: code info spoed	68
Tabel 6-3: Toegelaten waarden voor M6_CODE_INFO_URG bij veld 6 = R 'reden van het contact met spoed'	68
Tabel 6-4: Toegelaten waarden voor M6_CODE_INFO_URG bij veld 6 = O 'Rol in het verkeersongeval'	69
Tabel 6-5: Toegelaten waarden voor M6_CODE_INFO_URG bij veld 6 = F 'de eventuele follow up na het contact met spoed'	69
Tabel 6-6: Toegelaten waarden voor M6_CODE_INFO_URG bij veld 6 = T 'de behandeling op spoed'	70
Tabel 6-7: Toegelaten waarden voor M6_CODE_INFO_URG bij veld 6 = L 'het letseltype'	70
Tabel 6-8: Overzicht van de registratie in URGADMIN	71

0. Linken tussen de bestanden van de medische gegevens



In bovenstaand schema staan de **sleutelvelden** (*primary keys*) van de bestanden **schuin en rood**. Sleutelvelden zijn variabelen waarvan de combinatie, het record binnen een bepaald bestand uniek maakt, d.w.z. elke combinatie van deze velden mag binnen het bestand slechts één keer voorkomen. Dit wordt gecontroleerd tijdens de technische controles bij het opladen van de bestanden in Portahealth. Bij fouten stopt het opladen met de vermelding **TECHNISCHE CONTROLES: PRIMARY KEYS NOK**. Dit wil dan zeggen dat ofwel één van de sleutelvelden leeg is of dat er dubbels voorkomen.

De **gele velden** hebben betrekking op de velden die voor een bepaald ziekenhuis en een bepaalde registratieperiode voor alle bestanden gelijk zijn. Deze info zit ook in de bestandsnamen.

XXX-Z-VERS-D-ABCDEFGH-YYYY-P.TXT =>

XXX = CODE_AGR, **YYYY** = YEAR_REGISTR en **P** = PERIOD_REGISTR
(met VERS = de registratieversie, D = domein en ABCDEFGH = bestandsnaam)

De gekleurde velden hebben betrekking op alle velden die voorkomen in de verschillende bestanden en die van elkaar afhankelijk zijn. Indien dezelfde combinatie van waarden voor deze velden NIET in het **hiërarchisch hoger** bestand (begin van de blauwe pijl) voorkomt, stopt het opladen en krijgt men de foutmelding **TECHNISCHE CONTROLES: FOREIGN KEYS NOK**.

In het schema worden de bestanden verbonden met **blauwe pijlen** en de vermelding **0, 1** en **n**. Met dit cijfer wordt de verhouding bedoeld tussen het aantal records met dezelfde combinatie (**Foreign keys** van het tweede bestand) die in de 2 bestanden mogen/moeten voorkomen.

Deze relaties worden gecontroleerd bij de controles van de verschillende domeinen.

1 ⇒ 1,n betekent dat voor één record in het eerste bestand er minstens één record in het tweede bestand **moet** voorkomen, maar dat dit er eventueel ook meerdere (n) **kunnen** zijn.

1 ⇒ 0,n betekent dat voor één record in het eerste bestand er **niet** noodzakelijk een record in het tweede bestand **moet** voorkomen, maar dat dit wel kan en dat het er eventueel ook meerdere (n) **kunnen** zijn => geen controle nodig

1 ⇒ (0),1,n betekent dat voor één record in het eerste bestand er **in bepaalde gevallen niet** noodzakelijk een record in het tweede bestand **moet** voorkomen **maar in alle andere gevallen wel**.

Dit heeft meestal te maken met A2_HOSPTYPE_FAC = N, de voorlopige registratie van niet-beëindigde verblijven waarbij reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd worden. Bepaalde waarden dienen pas tijdens de registratieperiode van ontslag definitief doorgestuurd worden en zullen dan overschreven worden.

Voorbeeld:

DIAGNOSE moet steeds minstens de hoofddiagnose bevatten behalve bij A2_HOSPTYPE_FAC = N.

GM1080803: DE HOOFDDIAGNOSE (CODE_DIAGNOSE MET TYPE_DIAGNOSE = P) VAN HET EERSTE SPECIALISME MAG ENKEL VOOR HET GEBOORTEVERBLIJF BEGINNEN MET Z38 OF GELIJK ZIJN AAN P95 (A2_HOSPTYPE_FAC <> N)

1 ⇒ (0),1 betekent dat voor één record in het eerste bestand er **in bepaalde gevallen niet** noodzakelijk een record in het tweede bestand **moet** voorkomen **en in de andere gevallen juist 1**.

Voorbeeld:

Het bestand PATBIRTH bevat enkel gegevens van pasgeborenen, dit zijn patiënten die in het ziekenhuis geboren worden of die bij opname niet ouder zijn dan 28 dagen.

1 ⇒ [0], 0, n betekent dat er voor **bepaalde gevallen geen enkel record** in het tweede bestand mag voorkomen ([0]), terwijl voor de andere gevallen er voor één record in het eerste bestand niet noodzakelijk een record in het tweede bestand moet voorkomen (0), maar dat dit wel kan en dat het er eventueel ook meerdere kunnen zijn (n).

Voorbeeld:

In het bestand URGADMIN worden de gegevens opgevraagd die specifiek zijn voor een contact met de dienst spoedgevallen (ORDER_SPEC begint met URG). Per record in het bestand STAYSPEC bevat het bestand URGADMIN ofwel geen records zoals voor de voorlopige registratie van de niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden (A2_HOSPTYPE_FAC = N), ofwel meerdere records omwille van het veld M6_TYPE_INFO_URG.

GM6060001: ER STAAT INFORMATIE IN URGADMIN EN CODE_SPEC <> URG

1. DIAGNOSE (M1): Gegevens over de diagnoses

1.1. NAAM

XXX-Z-VERS-M-DIAGNOSE-YYYY-P.TXT

Voorbeeld:

001-Z-3.0-M-DIAGNOSE-2015-1.TXT

1.2. INHOUD

De diagnoses worden per specialisme geregistreerd. Daarom bevat de sleutel voor de records in het bestand DIAGNOSE ook het volgnummer specialisme.

Voor elk specialisme wordt één hoofddiagnose en geen, één of meerdere nevend diagnoses gecodeerd.

De bestanden binnen het medisch domein **hoeven** voor niet-beëindigde verblijven (A2_HOSPTYPE_FAC = N) **geen** gegevens/records te bevatten. De bestanden binnen dit domein **mogen**, voor dit type ziekenhuisverblijf, echter ingevuld worden als de correcte gegevens beschikbaar zijn. Het zijn echter de gegevens van de definitieve registratie die zullen gebruikt worden. Er worden geen multiperiodecontroles uitgevoerd tussen de definitieve versie en de voorlopige versie van de niet-beëindigde verblijven, ten aanzien van de gegevens van het medisch domein.

Zie punt 7. Bijkomende informatie *Bijkomende informatie over niet-beëindigde verblijven*.

1.3. INDELING

Dit bestand bevat minstens één record per verblijf in een specialisme, namelijk het record met de hoofddiagnose (behalve voor A2_HOSPTYPE_FAC = N, voorlopige registratie van niet-beëindigde verblijven).

De **foreign key** van dit bestand dient terug gevonden te worden in het bestand STAYSPEC (A3). Dit wil zeggen dat de combinatie van de waarden CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, STAYNUM en ORDER_SPEC ook moet voorkomen in STAYSPEC (zie punt 0. Linken tussen de bestanden).

Tabel 1-1: Recordtekening van DIAGNOSE (M1): Gegevens over de diagnoses

Kolom C1	M : Verplicht veld	O : Optioneel veld	
Kolom C2	F : Fixed/vaste lengte	V : Variabele lengte	
Kolom C3	C : Karakter veld	N : Numeriek veld	ND2 : Numeriek veld, 2 decimalen na het punt

Kolom C1: Indien een verplicht veld niet is ingevuld, krijgt men de foutmelding TECHNISCHE CONTROLES: MANDATORY FIELDS NOK.

Kolom C2 en C3: Indien de lengte of het type van het veld niet juist is, krijgt men de foutmelding TECHNISCHE CONTROLES: DATA TYPES - DATA FORMATS NOK.

In onderstaande tabel staan de **sleutelvelden** (*primary keys*) van het bestand **schuin en rood**. Sleutelvelden zijn variabelen waarvan de combinatie het record binnen een bepaald bestand uniek maakt, d.w.z. elke combinatie van deze velden mag binnen het bestand slechts één keer voorkomen. Dit wordt gecontroleerd tijdens de technische controles bij het opladen van de bestanden in Portahealth. Bij fouten stopt het opladen met de vermelding TECHNISCHE

CONTROLES: PRIMARY KEYS NOK. Dit wil dan zeggen dat ofwel één van de sleutelvelden leeg is of dat er dubbels voorkomen.

Rood en schuin = sleutelvelden

Veldnr	Veldnaam	Omschrijving	C1	C2	C3	Lengte	Foreign Key
<i>Veld 1</i>	<i>CODE_AGR</i>	<i>Erkenningsnummer van het ziekenhuis</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>3</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Veld 2</i>	<i>YEAR_REGISTR</i>	<i>Registratiejaar</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>N</i>	<i>4</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Veld 3</i>	<i>PERIOD_REGISTR</i>	<i>Registratieperiode</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Veld 4</i>	<i>STAYNUM</i>	<i>Verblijfsnummer</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>C</i>	<i>1-15</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Veld 5</i>	<i>ORDER_SPEC</i>	<i>Volgnummer specialisme</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Veld 6</i>	<i>TYPE_DIAGNOSE</i>	<i>Code hoofddiagnose / nevendiagnose</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>1</i>	
#							
<i>Veld 7</i>	<i>CODE_SYS_DIAGNOSE</i>	<i>Soort codeersysteem</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>1</i>	
#							
<i>Veld 8</i>	<i>CODE_DIAGNOSE</i>	<i>Code diagnose</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>C</i>	<i>3-6 t.e.m. MZG2014 3-7 vanaf MZG2015</i>	
#							
Veld 9	M1_PRESENT_ADM	Aanwezig bij opname	M	F	C	1	
#							
Veld10	M1_CODE_CERT	Graad zekerheid	M	F	C	1	
#							

1.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN

De pijlen → geven de hiërarchie aan tussen de bestanden, de linken gebeuren op basis van foreign keys, zie punt 0. Linken tussen de bestanden.

De velden die in de verschillende bestanden voorkomen, worden beschreven in het eerste bestand in de hiërarchie. Voor de velden CODE_AGR, YEAR_REGISTR en PERIOD_REGISTR is dit dus het bestand HOSPITAL (S1).

M1 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis

S1 → A1 → A2 → A3 → M1 - sleutelveld

M1 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar

S1 → A1 → A2 → A3 → M1 - sleutelveld

M1 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode

S1 → A1 → A2 → A3 → M1 - sleutelveld

M1 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: verblijfsnummer

A2 → A3 → M1 - sleutelveld

M1 / Veld 5 ⇒ ORDER_SPEC: volgnummer specialisme

A3 → M1 - sleutelveld

M1 / Veld 6 ⇒ TYPE_DIAGNOSE: code hoofddiagnose/nevendiagnose

M1 - Sleutelveld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 1-2: Toegelaten waarden voor TYPE_DIAGNOSE: code hoofd-/nevendiagnose

CODE	OMSCHRIJVING
P	Hoofddiagnose (1 per specialisme)
S	Nevendiagnose (0, 1 of meer per specialisme)

Voor elke specialisme wordt **juist één hoofddiagnose** geregistreerd (waarbij de regels voor het coderen van de hoofddiagnose gerespecteerd moeten worden) en **geen, één of meerdere nevendiagnosen**.

De hoofddiagnose wordt gedefinieerd als de aandoening die *na onderzoek* aangeduid werd als de hoofdoorzaak voor de opname van de patiënt in het specialisme.

Nevendiagnosen worden gedefinieerd als aandoeningen die samen aanwezig zijn op het ogenblik van de opname of zich daarna ontwikkelen en die de zorg aan de patiënt tijdens de lopende ziekenhuisopname beïnvloeden. Diagnoses die naar een vroegere periode verwijzen en die met het huidige ziekenhuisverblijf niets te maken hebben, worden niet geregistreerd.

M1 / Veld 7 ⇒ CODE_SYS_DIAGNOSE: soort codeersysteem

M1 - Sleutelveld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 1-3: Toegelaten waarden voor CODE_SYS_DIAGNOSE: soort codeersysteem

CODE	OMSCHRIJVING
A	ICD-9-CM (t.e.m. MZG 2014)
B	ICD-10-BE (vanaf MZG 2015)

Tot en met MZG 2014 wordt er enkel het ICD-9-CM coderingssysteem (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification) gebruikt. Tot dan moet hier voor alle verblijven de waarde #A# ingevuld worden.

Vanaf MZG 2015/1 wordt het ICD-10-BE coderingssysteem (International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification; alsook International Classification of Diseases, 10th Revision, Procedure Coding System). Vanaf dan mag enkel de waarde #B# gebruikt worden voor alle verblijven.

M1 / Veld 8 ⇒ CODE_DIAGNOSE: code diagnose

M1 - Sleutelveld

Minimale lengte: 3 karakters

Maximale lengte: 6 karakters t.e.m. MZG 2014

7 karakters vanaf MZG 2015

Voorbeeld: #A240#, #I200#, #H8109#, #T39091A#

Het gebruikte coderingssysteem voor de diagnoses is ICD-9-CM t.e.m. MZG 2014 en ICD-10-BE code vanaf MZG 2015. De ICD-9-CM en ICD-10-BE-codeerrichtlijnen kunt u terugvinden in de specifieke handleidingen die te vinden zijn op de website van de FOD, zie punt 7. Bijkomende informatie: *De ICD-9-CM codeerrichtlijnen en het ICD-10-BE handboek*.

Tabel 1-4: Bijkomende diagnosecodes CODE DIAGNOSE voor speciale omstandigheden

Veld 8 CODE_DIAGNOSE	OMSCHRIJVING	Veld 6 TYPE_DIAGNOSE
MMMMMM	Hoofddiagnose voor specialisme met enkel een miniforfait of zonder forfait	P
AAAAAA	Hoofddiagnose voor een psychiatrisch specialisme	P
UUUUUU	Hoofddiagnose voor specialisme spoedgevallen	P
DDDDDD	Code voor ingreep zonder diagnose	S
VVVVVS	Vaccinatie tegen de seizoensgriep (MZG 2009 – 2010 *)	S
VVVVVP	Vaccinatie tegen de pandemiegriep (MZG 2009 – 2010 *)	S
488.1 (**)	Influenza due to identified novel H1N1 influenza virus. Code die pas officieel met versie okt 2009 van ICD-9-CM geïntroduceerd wordt maar die al vanaf het eerste semester van 2009 moet gebruikt worden (zie punt 7)	S (MZG 2009-2010)

(*) Op 10-08-2010 werd door de WGO het einde van de pandemie 2009 afgekondigd en de registratie van de vaccinatiestatus is dus vanaf 1 september 2010 niet meer vereist.

(**) Opgelet: Voor MZG 2009 en 2010 is de code 488.1 geen ICD-9-CM code, vandaar dat deze code hier in de tabel met bijkomende diagnosecodes staat. Vanaf MZG 2011|1 is 488.1x wel een officiële ICD-9-CM code en mag het aldus als hoofddiagnose gebruikt worden.

OPMERKINGEN

- Zowel voor de ICD-9-CM codes als voor de ICD-10-CM codes, dient het punt na de drie eerste cijfers zoals vermeld in het handboek of de software NIET meegegeven te worden!
- Alle codes moeten met **maximale precisie** (d.w.z. met het maximaal aantal toegelaten karakters voor de betrokken codes) gebruikt worden. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de **versie van de ICD-codes geldig tijdens de registratieperiode**:

Tabel 1-5: Overzicht van de versies van ICD-9-CM en ICD-10-BE voor verschillende registratiejaren

Versie ICD-9-CM en ICD-10-BE	Registratiejaar
ICD-9-CM, versie oktober 2004, handboek 2005	MZG 2008
ICD-9-CM, versie oktober 2008, handboek 2009	MZG 2009 en 2010
ICD-9-CM, versie oktober 2010, handboek 2011	MZG 2011, 2012, 2013 en 2014
ICD-10-BE, versie 2014, handboek 2014	MZG 2015 en 2016
ICD-10-BE, versie 2017, handboek 2017	MZG 2017, 2018 en 2019
ICD-10-BE, versie oktober 2019	Vanaf MZG 2020

- Voor elke specialisme wordt juist één hoofddiagnose geregistreerd (waarbij de regels voor het coderen van de hoofddiagnose gerespecteerd moeten worden) en geen, één of meerdere nevendiaagnosen.
- Binnen de hoofd- en nevendiaagnosen van eenzelfde specialisme mag eenzelfde ICD-9-CM code of ICD-10-BE code (vanaf MZG 2015) NIET herhaald worden.
- Tenminste één diagnose, meestal de hoofddiagnose van het eerste specialisme, komt overeen met de geverifieerde opnamediagnose voor zover de geverifieerde opnamediagnose een geldige ICD-9-CM code of ICD-10-BE code (vanaf MZG 2015) is.
- Voor de voorlopige registratie van de niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden, zal de ICD-9-CM code niet nagekeken worden voor het tweede semester van 2008 en 2010 omdat voor deze verblijven bij de definitieve registratie al een volgende versie van ICD-9-CM dient gebruikt te worden.

1) **HOOFDDIAGNOSE**

Voor elk specialisme wordt één hoofddiagnose geregistreerd. Het veld 6, TYPE_DIAGNOSE, van ditzelfde bestand duidt met de letter #P# aan dat het om de hoofddiagnose gaat.

Als hoofddiagnose voor de verschillende specialismen moet worden gebruikt:

- Voor het specialisme AKT: #AAAAAA# of een geldige ICD-9-CM code of ICD-10-BE code (vanaf MZG 2015), die voldoet aan de regels van het coderen van een hoofddiagnose.
- Voor het specialisme URG: #UUUUUU# of een symptoom (ICD-9-CM code of ICD-10-BE code vanaf MZG 2015) of een geldige ICD-9-CM / ICD-10-BE code die voldoet aan de regels van het coderen van de hoofddiagnose. Indien URG het enige specialisme is, dan mag #UUUUUU# of een symptoom (ICD-9-CM code of ICD-10-BE code vanaf MZG 2015) alleen gebruikt worden als:
 - A2_HOSPTYPE_FAC = U (ambulante spoed = verblijven zonder forfait op de spoedgevallendienst).
 - A2_HOSPTYPE_FAC = D (daghospitalisatie) en A2_HOSPTYPE_CAT = R en het over een miniforfait gaat. De geverifieerde opnamediagnose is echter #MMMMMM#.
- Voor de niet-chirurgische daghospitalisatie met een miniforfait of geen forfait: #MMMMMM# of een geldige ICD-9-CM code of ICD-10-BE code vanaf MZG 2015 die voldoet aan de regels van het coderen.

Belangrijk

Men mag de hoofddiagnose van een specialisme (CODE_DIAGNOSE in bestand DIAGNOSE) en de geverifieerde opnamediagnose (A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM in bestand STAYHOSP) niet met elkaar verwarren. In de meeste gevallen is de geverifieerde opnamediagnose identiek aan de hoofddiagnose van het eerste specialisme. Er zijn echter een aantal uitzonderingen hierop: zie punt 7. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over diagnosen en grouper* en de richtlijnen van het domein van de administratieve gegevens, STAYHOSP veld 29: A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM.

Zie tabel 1-6 op de volgende bladzijde voor een overzicht van de hoofddiagnose CODE_DIAGNOSE in bestand DIAGNOSE, de geverifieerde opnamediagnose A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM in STAYHOSP en de gebruikte hoofddiagnose voor de grouper voor klassieke hospitalisatie

Tabel 1-6: Overzicht van de hoofddiagnose in veld CODE DIAGNOSE van het bestand DIAGNOSE, de geverifieerde opnamediagnose in veld A2 CODE DIAG VERIF ADM van het bestand STAYHOSP en de gebruikte hoofddiagnose voor de grouper voor klassieke hospitalisatie

Beschrijving	Facturatie	A2_HOSPTYPE _FAC	A2_HOSPTYPE _CAT	Hoofddiagnose van het 1ste specialisme = ICD1	Hoofddiagnose van het 2de specialisme = ICD2 (indien van toepassing)	Hoofddiagnose van het 3de specialisme = ICD3 (indien van toepassing)	Geverifieerde opnamediagnose = ICDa	Hoofddiagnose voor de grouper	APR-DRG
Klassieke hospitalisatie – Niet volledig psychiatrisch verblijf									
1ste spec <> URG en AKT	klas + lang F	H, F	R	ICD1	In functie van specialisme		ICD1	ICDa	DRGa
1 enkel spec = URG	klas	H	R	ICD1			ICD1	ICDa	DRGa
1ste spec = URG en 2de spec <> AKT en URG	klas + lang F	H, F	R	UUUUUU of ICD1	ICD2	In functie van specialisme	ICDa = hoofddiagnose die opname via URG verantwoordt	ICDa	DRGa
1ste spec = URG en 2de spec = AKT en minstens 1 van de volgende spec <> AKT	klas + lang F	H, F	R	UUUUUU of ICD1	AAAAAA of ICD2	een van de volgende spec moet een geldige ICD-9-CM code of ICD-10-BE code (vanaf MZG 2015) bevatten	UUUAAA	HD 1ste spec <> URG en AKT	DRG voor deel van verblijf na AKT
1ste spec = AKT en minstens 1 van de volgende spec <> AKT	klas + lang F	H, F	R	AAAAAA of ICD1	een van de volgende specialismen moet een geldige ICD-9-CM code of ICD-10- BE code (vanaf MZG 2015) bevatten		AAAAAA	HD 1ste spec <> AKT	DRG voor deel van verblijf na AKT
Alle situaties	lang M/L	M, L	R	In functie van specialisme			ICDa van F	HD 1ste spec van huidige registratie periode <> AKT, indien alle spec in huidige registratie periode = AKT => AAAAAA	DRG voor huidig semester (eventueel AAA)
Alle situaties	klas + lang F	N	R	Niet nodig			DDDDDD	DDDDDD	DDD
Klassieke hospitalisatie - Volledig psychiatrisch verblijf									
Alle spec AKT	klas + lang F	H, F	P	AAAAAA of ICD1	AAAAAA of ICD2	AAAAAA of ICD3	AAAAAA	AAAAAA	AAA
	lang M/L	M, L	P	AAAAAA of ICD1	AAAAAA of ICD2	AAAAAA of ICD3	AAAAAA	AAAAAA	AAA
1ste spec = URG en al de rest = AKT	klas + lang F	H, F	P	UUUUUU of ICD1	AAAAAA of ICD2	AAAAAA of ICD3	UUUAAA	UUUAAA	UAA
1 enkel spec = URG	Klas + lang F	H, F	P	UUUUUU of ICD1			UUUAAA	UUUAAA	UAA

2) **DAGHOSPITALISATIE**

1. **A2_HOSPTYPE_FAC = C: chirurgische daghospitalisatie**

Voor de niet-volledig psychiatrische verblijven moeten de hoofd- en nevendiaagnosen in ICD-9-CM of ICD-10-BE vanaf MZG 2015 worden gecodeerd in één van de specialismen (verschillend van AKT en URG) waarin de patiënt voorkomt (Zie tabel).

2. **A2_HOSPTYPE_FAC = D: niet-chirurgische daghospitalisatie**

- Voor de patiënten met een maxiforfait of een forfait 1-7 dienen de hoofd- en nevendiaagnosen en de procedures in ICD-9-CM of ICD-10-BE vanaf MZG 2015 gecodeerd te worden.
- Voor de forfaits 1-3 chronische pijn volstaat de hoofddiagnose, gecodeerd in ICD-9-CM of ICD-10-BE vanaf MZG 2015.
- Voor de miniforfaits wordt geen ICD-9-CM of ICD-10-BE vanaf MZG 2015 codering gevraagd. Het volstaat om #MMMMMM# als hoofddiagnose in te vullen.
- Ook indien er op de verpleegeenheden specifiek of niet voor daghospitalisatie patiënten zijn ontslagen op opnamedag en waarvoor geen forfait voor daghospitalisatie gefactureerd wordt, dan volstaat het als hoofddiagnose #MMMMMM# in te vullen.
- Voor de speciale vormen van daghospitaal dient ook de hoofddiagnose geregistreerd te worden. Om een duidelijk onderscheid te maken met de andere vormen van daghospitalisatie, worden deze in **A2_HOSPTYPE_CAT**, veld 13 van het bestand STAYHOSP, met een aparte code vermeld. Tot deze speciale vormen van daghospitalisatie behoren de volgende categorieën van ziekenhuisverblijf: geriatrische daghospitaal (**A2_HOSPTYPE_CAT** = G), oncologische daghospitaal (**A2_HOSPTYPE_CAT** = O) en pediatrisch daghospitaal (**A2_HOSPTYPE_CAT** = E). Voor deze drie laatste categorieën van daghospitalisatie met een miniforfait of geen forfait moet men nog steeds een hoofddiagnose registreren in ICD-9-CM of ICD-10-BE (vanaf MZG 2015), maar geen procedure.

Opmerking: De andere mogelijkheden van daghospitalisatie komen overeen met **A2_HOSPTYPE_CAT** = R.

Tabel 1-7: Algemene regel voor de ICD-9-CM of ICD-10-BE (vanaf MZG 2015) codering in het bestand DIAGNOSE (M1) en het bestand PROCEDUR (M2) voor niet chirurgische daghospitalisatie

FORFAIT	Bestand DIAGNOSE	Bestand PROCEDUR
Maxiforfait	ICD-9-CM t.e.m. MZG 2014 en ICD-10-BE vanaf MZG 2015	ICD-9-CM t.e.m. MZG 2014 en ICD-10-BE vanaf MZG 2015
Forfaits 1 – 7	ICD-9-CM t.e.m. MZG 2014 en ICD-10-BE vanaf MZG 2015	ICD-9-CM t.e.m. MZG 2014 en ICD-10-BE vanaf MZG 2015
Forfaits 1 – 3 chronische pijn	Hoofddiagnose	Nee
Miniforfait (A2_HOSPTYPE_CAT = G,O,E)	Hoofddiagnose	Nee
Geen forfait (A2_HOSPTYPE_CAT = G,O,E)	Hoofddiagnose	Nee
Miniforfait (A2_HOSPTYPE_CAT = R)	MMMMMM	Nee
Geen forfait voor daghospitalisatie (A2_HOSPTYPE_CAT = R)	MMMMMM	Nee

OPGEPAST:

Als volgens de codeerregels ICD-9-CM of ICD-10-BE (vanaf MZG 2015) bij de gebruikte hoofddiagnose een nevendiagnose (onderliggende pathologie) geregistreerd moet worden, dan moet dit altijd gebeuren, ook al wordt in principe enkel een hoofddiagnose gevraagd. Zie punt 7. Bijkomende informatie: *ICD-9-CM Codeerhandleiding en ICD-10-BE handboek*.

3. A2_HOSPTYPE_FAC = U: Ambulante spoed

Het type ambulante spoed (U) mag enkel gebruikt worden bij een contact met spoedgevallendienst (zowel op diensten voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg als voor eerste opvang) zonder verdere opname waarbij geen ligdag of forfait daghospitalisatie gefactureerd is.

Voor de ambulante spoed dienen geen ICD-9-CM codes of ICD-10-BE (vanaf MZG 2015) geregistreerd te worden, maar het mag wel.

4. Daghospitalisaties buiten verpleegeenheden specifiek voor daghospitalisatie

Voor deze gevallen wordt naar de facturatie gekeken (type ziekenhuisverblijf A2_HOSPTYPE_FAC). Op basis daarvan worden de regels gevolgd zoals hierboven beschreven werd. Men gebruikt DAYMIX (CODE_UNIT) als verpleegeenheid en voor het specialisme zal meestal DIV (CODE_SPEC) gebruikt worden.

Zie tabel 1-8 op de volgende bladzijde voor een overzicht van de hoofddiagnose CODE_DIAGNOSE in bestand DIAGNOSE, de geverifieerde opnamediagnose A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM in STAYHOSP en de gebruikte hoofddiagnose voor de grouper voor daghospitalisatie.

Voor patiënten met enkel een contact met de spoedgevallendienst waarbij een miniforfait gefactureerd is, wordt verwezen naar tabel 1-8 onder 'Daghospitalisatie – niet volledig psychiatrisch verblijf', met beschrijving '1 enkel spec = URG' en facturatie 'enkel mini'.

Voor meer informatie, zie punt 7. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over daghospitalisaties en Bijkomende informatie over diagnoses en grouper*.

Tabel 1-8: Overzicht van de hoofddiagnose in veld CODE DIAGNOSE van het bestand DIAGNOSE, de geverifieerde opnamediagnose in veld A2 CODE DIAG VERIF ADM van het bestand STAYHOSP en de gebruikte hoofddiagnose voor de grouper voor daghospitalisatie

Beschrijving	Facturatie	A2_HOSPTYPE _FAC	A2_HOSPTYPE _CAT	Hoofddiagnose van het 1ste specialisme = ICD1	Hoofddiagnose van het 2de specialisme = ICD2 (indien van toepassing)	Hoofddiagnose van het 3de specialisme = ICD3 (indien van toepassing)	Geverifieerde opnamediagnose = ICDa	Hoofddiagnose voor de grouper	APR-DRG
Ambulante Spoed									
1 enkel spec = URG	geen forfait	U	R / P	UUUUUU of ICD1			UUUUUU	UUUUUU	UUU
Daghospitalisatie – Niet volledig psychiatrisch verblijf									
1ste spec <> URG en AKT	chir dag	C	R/G/O/E	ICD1	In functie van specialisme		ICD1	ICDa	DRGa
	maxi,forf 1-7, pijn	D	R/G/O/E						
	enkel miniforfait of geen forfait	D	G/O/E						
			R	MMMMMM of ICD1	In functie van specialisme		MMMMMM	MMMMMM	MMM
1 enkel spec = URG	chir dag	C	R/G/O/E	ICD1			ICD1	ICDa	DRGa
	maxi,forf 1-7, pijn	D	R/G/O/E						
	enkel miniforfait	D	G/O/E						
			R	UUUUUU of ICD1			MMMMMM	MMMMMM	MMM
1ste spec = URG en 2de spec <> AKT en URG	chir dag	C	R/G/O/E	UUUUUU of ICD1	ICD2	In functie van specialisme	ICDa = hoofddiagnose die opname via URG verantwoordt	ICDa	DRGa
	maxi,forf 1-7, pijn	D	R/G/O/E						
	enkel miniforfait of geen forfait	D	G/O/E						
			R	UUUUUU of ICD1	MMMMMM of ICD2	In functie van specialisme	MMMMMM	MMMMMM	MMM
1ste spec = URG en 2de spec = AKT en minstens 1 van de volgende spec <> AKT	chir dag	C	R/G/O/E	UUUUUU of ICD1	AAAAAA of ICD2	een van de volgende spec moet een geldige ICD-9- CM code of ICD-10- BE code (vanaf MZG 2015) bevatten	UUUAAA	Hoofddiagnose 1ste spec <> URG en AKT	DRG voor deel van verblijf na AKT
	maxi,forf 1-7, pijn	D	R/G/O/E						
	enkel miniforfait of geen forfait	D	G/O/E						
			R	UUUUUU of ICD1	AAAAAA of ICD2	MMMMMM of ICD3	MMMMMM	MMMMMM	MMM
1ste spec = AKT en minstens 1 van de volgende spec <> AKT	chir dag	C	R/G/O/E	AAAAAA of ICD1	een van de volgende spec moet een geldige ICD-9-CM code of ICD-10-BE code (vanaf MZG 2015) bevatten		AAAAAA	Hoofddiagnose 1ste spec <> AKT	DRG voor deel van verblijf na AKT
	maxi,forf 1-7, pijn	D	R/G/O/E						
	enkel miniforfait of geen forfait	D	G/O/E						
			R	AAAAAA of ICD1	MMMMMM of ICD2	I.f.v. specialisme	MMMMMM	MMMMMM	MMM

Medische gegevens: DIAGNOSE (M1): Gegevens over de diagnoses

Beschrijving	Facturatie	A2_HOSPTYPE_FAC	A2_HOSPTYPE_CAT	Hoofddiagnose van het 1ste specialisme = ICD1	Hoofddiagnose van het 2de specialisme = ICD2 (indien van toepassing)	Hoofddiagnose van het 3de specialisme = ICD3 (indien van toepassing)	Geverifieerde opnamediagnose = ICDa	Hoofddiagnose voor de grouper	APR-DRG
Daghospitalisatie - Volledig psychiatrisch verblijf									
Alle spec AKT	chir dag	C	P	AAAAAA of ICD1	AAAAAA of ICD2	AAAAAA of ICD3	AAAAAA	AAAAAA	AAA
	Alle soorten facturatie	D							
1ste spec = URG en al de rest = AKT	chir dag	C	P	UUUUUU of ICD1	AAAAAA of ICD2	AAAAAA of ICD3	UUUAAA	UUUAAA	UAA
	Alle soorten facturatie	D							
1 enkel spec = URG	chir dag	C	P	UUUUUU of ICD1			UUUAAA	UUUAAA	UAA
	Alle soorten facturatie	D							

3) **NEVENDIAGNOSE**

- Voor elke specialisme kunnen er geen, één of meerdere nevendiagnosen voorkomen.
- Nevendiagnosen worden gedefinieerd als aandoeningen die samen aanwezig zijn op het ogenblik van de opname of zich daarna ontwikkelen en die de zorg aan de patiënt tijdens de lopende ziekenhuisopname beïnvloeden. Diagnoses die naar een vroegere periode verwijzen en die met het huidige ziekenhuisverblijf niets te maken hebben, worden niet geregistreerd.
- In dit veld kan bij uitzondering ook de letters #DDDDDD# voorkomen (uitsluitend als nevendiagnose), namelijk als voor een bepaalde ingreep in ICD-9-CM of ICD-10-BE (vanaf MZG 2015) geen diagnose werd aangeduid.
- Er bestaan specifieke codes om andere factoren die de gezondheidstoestand van de patiënt beïnvloeden, te verduidelijken. Deze moeten gebruikt worden indien ze van toepassing zijn.
 - Voor ICD-9-CM zijn dit V-codes (zie codeerhandleiding hoofdstuk V&E)
 - Voor ICD-10-BE zijn dit Z-codes (zie handboek hoofdstuk 12 over Z-codes)
- Er bestaan ook codes die de uitwendige oorzaken van een letsel en vergiftiging kunnen weergeven. Deze moeten geregistreerd worden indien ze van toepassing zijn.
 - Voor ICD-9-CM zijn dit E-codes (zie codeerhandleiding hoofdstuk V&E)
 - Voor ICD-10-BE zijn dit V-, W-, X- en Y-codes (zie handboek hoofdstuk 12 over V-, W-, X-, Y-codes)
- Voor ICD-9-CM dienen ook de tumormorfologie (M-codes) geregistreerd te worden indien ze van toepassing zijn. Voor ICD-10-BE vanaf MZG 2015/1 worden deze codes niet meer opgevraagd.
- Andere codes alleen toegestaan als secundaire diagnoses zijn opgenomen in tabel 1-4 hierboven.

4) **LANGDURIGE VERBLIJVEN**

Voor een tussentijdse of een laatste registratie van een langdurig verblijf is de hoofddiagnose voor een specialisme de reden waarom de patiënt nog steeds opgenomen is en kan dus verschillend zijn van de oorspronkelijke hoofddiagnose in dit specialisme. De nevendiagnosen zijn de andere pathologische aandoeningen die tijdens deze periode nog actief zijn. De geverifieerde opnamediagnose in bestand STAYHOSP blijft echter ongewijzigd.

5) **VOORLOPIGE REGISTRATIE VAN DE NIET-BEËINDIGDE VERBLIJVEN WAARVOOR REEDS VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS DIENEN DOORGESTUURD TE WORDEN**

Voor de volgende verblijven wordt voor het type ziekenhuisverblijf, veld 14 A2_HOSP_TYPE_FAC van het bestand STAYHOSP, de waarde #N# ingevuld:

Alle verblijven

- die op het einde van de registratieperiode nog niet beëindigd zijn en
- waarvan de patiënt verbleven heeft op een verpleegeenheid waar er VG-MZG items geregistreerd moet worden
- en dit gedurende minstens 1 zorgperiode tijdens een VG-MZG registratieperiode (of er nu al dan niet een VG-MZG item geregistreerd werd) en
- die geen langdurige verblijven zijn, type ziekenhuisverblijf A2_HOSP_TYPE_FAC is niet #F#, #M# of #L# (gebaseerd op de facturatie).

Voor deze verblijven moet een beperkte registratie uitgevoerd worden, zie punt 7. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over niet-beëindigde verblijven*.

De bestanden binnen het domein van de medische gegevens hoeven voor dit type ziekenhuisverblijf geen gegevens/records te bevatten. In deze voorlopige registratie moet ook geen hoofddiagnose geregistreerd worden. Dit is een uitzondering op de algemene regel.

De bestanden mogen voor dit type ziekenhuisverblijf ingevuld worden als de correcte gegevens beschikbaar zijn. Het zijn echter de gegevens van de definitieve registratie die zullen gebruikt worden. Er worden geen vergelijkende controles uitgevoerd.

Voor deze verblijven dient er bij de volgende registratieperiode een volledige definitieve registratie te gebeuren (na het ontslag uit het ziekenhuis of naar aanleiding van de eerste registratie van een langdurig verblijf) met uitzondering van de verpleegkundige gegevens.

Voor de voorlopige registratie van de niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden, zal de ICD-9-CM code niet nagekeken worden voor het tweede semester van 2008 en 2010 omdat voor deze verblijven bij de definitieve registratie al een volgende versie van ICD-9-CM dient gebruikt te worden.

6) REGISTRATIE VAN DE A/H1N1-GRIEP: tot 1 september 2010

Zie punt 7. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over de griep*.

Sinds de maand april 2009 werd er een nieuw influenzavirus van het type A/H1N1 geïdentificeerd (Mexicaanse griep, varkensgriep). Dit virus is het resultaat van de recombinate van varkensvirussen, vogelvirussen en humane virussen.

Registratie MZG 2009 en 2010

Deze aanvullende richtlijnen moeten toegepast worden vanaf de gegevens van het eerste semester 2009, behalve punt 5° (ambulante spoed) dat toegepast moet worden van 1 september 2009.

1° Het ICD-9-CM coördinatie- en onderhoudscomité (ICD-9-CM Coordination and Maintenance Committee) heeft in juni 2009 een addendum voorgesteld dat van kracht is vanaf 1 oktober 2009 (ICD-9-CM Index to Diseases Addenda (FY10) Effective October 1, 2009), waarin een specifieke code voor de A/H1N1 griep voorgesteld wordt.

De bestaande code 488 'Influenza due to identified avian influenza virus' wordt opgesplitst in twee nieuwe codes: 488.0 en 488.1

Deze nieuwe codes moeten geregistreerd worden vanaf het eerste semester van MZG 2009 (veld 8 CODE_DIAGNOSE in het bestand DIAGNOSE van het domein medische gegevens).

Om de groepering van deze verblijven toe te laten, moet de codering op de volgende wijze gebeuren: code van de categorie 487 'Influenza' als hoofddiagnose samen met de code 488.1 als nevendiagnose. **De code 488.1 moet dus steeds als nevendiagnose geregistreerd worden.**

Tabel 1-9: Voorbeelden van codes voor de A/H1N1 griep

	Hoofddiagnose	Nevendiagnose
Griep A/H1N1 met pneumonie	487.0	488.1
Griep A/H1N1 met andere respiratoire manifestaties	487.1	488.1
Griep A/H1N1 met andere manifestaties	487.8	488.1

2° Voor de registratie van de variabele ‘aanwezig bij opname’ in veld 9 M1_PRESENT_ADM van het bestand DIAGNOSE zijn de regels van toepassing zoals ze hier beschreven staan in de richtlijnen m.b.t. de medische gegevens.

3° Voor de registratie van de ‘graad van zekerheid’ in veld 10 M1_CODE_CERT van het bestand DIAGNOSE moet de waarde #2# ‘Zeker’ uitsluitend geregistreerd worden indien de diagnose van A/H1N1-griep bevestigd is door de identificatie van het virus in monsters uit de luchtwegen (uitstrijkje van de nasofarynx), door de erkende technieken, zoals:

- Detectie van viraal RNA door PCR (Polymerase Chain Reaction)
- Detectie van het virale nucleoproteïne antigeen
- Isolatie van het virus

Wanneer er enkel een vermoeden is, moet de waarde #1# ‘Waarschijnlijk’ geregistreerd worden.

4° Voor de registratie van de immunisatiestatus/vaccinatiestatus voor influenza: de registratie van de griepvaccinatie die tijdens de laatste campagne uitgevoerd werd (minstens twee weken voor het begin van de ziekte) moet door middel van de volgende pseudocodes als nevendiagnose gebeuren (veld 8 CODE_DIAGNOSE van het bestand DIAGNOSE):

- VVVVVS voor de vaccinatie tegen de seizoensgriep
- VVVVVP voor de vaccinatie tegen de pandemiegriep

Deze codes moeten steeds gebruikt worden als nevendiagnose.

Tabel 1-10: Voorbeelden van de immunisatiestatus/vaccinatiestatus voor influenza

	Hoofddiagnose	Nevendiagnose	Nevendiagnose(n)
Griep A/H1N1 met pneumonie	487.0	488.1	VVVVVS
Griep A/H1N1 met andere respiratoire manifestaties	487.1	488.1	VVVVVS VVVVVP
Griep A/H1N1 met andere manifestaties	487.8	488.1	VVVVVP

Belangrijk: Op 10/08/2010 werd door de WGO het einde van de pandemie 2009 afgekondigd en **de registratie van de vaccinatiestatus is dus vanaf 1 september 2010 niet meer vereist.**

5° Voor de ambulante spoed is een waarde toegevoegd tussen de al bestaande waarden in veld 7 M6_CODE_INFO_URG ‘reden spoedopname’ (met veld 6 = R) van het bestand URGADMIN in het domein van de medische gegevens (zie tabel hieronder). De letter #G# moet gebruikt worden voor elke acute respiratoire infectie die vermoedelijk met griep verbonden is.

Tabel 1-11: Toegelaten waarden voor M6_CODE_INFO_URG bij contact met spoed

CODE	OMSCHRIJVING
C	Controle
B	Bevalling
F	Zelfmoordpoging
O	CO-intoxicatie
A	Andere intoxicatie
T	Ongeval/Trauma
G	Acute respiratoire infectie die vermoedelijk met griep verbonden is
Z	Somatische ziekte
S	Sociale, mentale of psychische redenen

Er mag slechts één reden opgegeven worden! Hierbij dient men de lijst van boven naar onder te doorlopen en de eerste waarde te nemen die overeenkomt met de reden van spoedopname.

In dit geval, ook voor de griepvaccinatie die tijdens de laatste campagne uitgevoerd werd (tenminste twee weken voor het begin van de ziekte) moet opgenomen worden zoals beschreven in de vorige paragraaf.

MZG registratie vanaf MZG 2011

Vanaf de gegevens van 01/01/2011, zijn de bovenvermelde richtlijnen niet meer van toepassing.

De codes van de subcategorie 488.1x Griep A/H1N1 [Influenza due to identified novel H1N1 influenza virus] worden dan in België ingevoerd en kunnen als hoofddiagnose gebruikt worden.

De dubbele codering (487.x + 488.1) is niet meer noodzakelijk.

De maatregelen voor de registratie van de variabelen M1_PRESENT_ADM ‘aanwezig bij opname’ en van M1_CODE_CERT ‘graad van zekerheid’ veranderen niet.

7) VERBLIJVEN IN DAGHOSPITALISATIE DIE OMGEZET WORDEN IN KLASIEKE HOSPITALISATIE

De volgende regel is steeds van toepassing geweest voor alle verblijven (met uitzondering van de lange verblijven):

Voor een MZG registratie begint een verblijf wanneer de patiënt in het ziekenhuis wordt opgenomen en loopt dit af wanneer de patiënt het ziekenhuis verlaat. De verblijven worden nooit gesplitst omwille van facturatierechten.

Bijgevolg moet een verblijf van een patiënt in daghospitalisatie die wordt omgezet in klassieke hospitalisatie slechts eenmaal in de MZG registratie worden geregistreerd, **maar omwille van de toegelaten facturatie door het RIZIV zullen we 2 verblijven aanvaarden als dit ook zo doorgegeven is aan het RIZIV.**

In elk geval gaat het hier over 2 verblijven in specialisme met elk zijn eigen hoofddiagnose.

In de meeste gevallen zal men dus 2 verschillende hoofddiagnosen hebben: één voor de daghospitalisatie en één die de overgang naar klassieke hospitalisatie verantwoordt. Hierbij dienen echter steeds de regels voor het bepalen van de hoofddiagnose gerespecteerd te worden. Zo is het mogelijk dat de hoofddiagnose dezelfde is en dat de complicatie in de nevendagnosen vermeld wordt.

De CODE_SPEC kan tweemaal hetzelfde zijn.

Wat betreft de geverifieerde opnamediagnose (veld 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM in het bestand STAYHOSP) zal, indien de gegevens in één verblijf worden doorgestuurd, “de voornaamste oorzaak van de opname van de patiënt in het ziekenhuis” moeten begrepen worden als “de voornaamste oorzaak van de opname van de patiënt in het ziekenhuis in klassieke hospitalisatie” en dus zal de geverifieerde opnamediagnose gelijk zijn aan de hoofddiagnose van het tweede specialisme, namelijk dit van het klassieke verblijf.

Zie punt 7. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over daghospitalisatie omgezet in klassieke hospitalisatie.*

U dient deze bijkomende toelichtingen strikt toe te passen, en dit uiterlijk vanaf de verzending van de MZG-gegevens 2011|1.

M1 / Veld 9 ⇒ M1_PRESENT_ADM: aanwezig bij opname

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Toegelaten waarden: zie onderstaande uitleg

MZG registratie tot en met MZG 2015

Sinds de rondzendbrief van 7 april 2014 met referentie DM/OMZ-CIR/n.10-14 betreffende de tijdelijke opschorting van de registratie van de Present On Admission indicator, mag men met onmiddellijke ingang tijdelijk voor M1_PRESENT_ADM de code #A# registreren voor alle verblijfsnummers. Men kan ook opteren om de oorspronkelijke regels te blijven volgen. Deze kan u terugvinden in het in het document *Bijkomende informatie over POA Aanwezig bij opname*.

Deze tijdelijke maatregel is van toepassing tot en met 31 december 2015.

MZG registratie van MZG 2016 en 2017

Vanaf MZG 2016 zijn de bovenvermelde richtlijnen niet meer van toepassing.

Tabel 1-12: Toegelaten waarden voor M1_PRESENT_ADM: aanwezig bij opname

CODE	OMSCHRIJVING
Y	Pathologie aanwezig bij opname in het ziekenhuis
N	Pathologie niet aanwezig bij opname
D	In het dossier is onvoldoende informatie aanwezig om te kunnen uitmaken of de pathologie al dan niet aanwezig was bij opname.
E	Klinisch is het onmogelijk te bepalen of de pathologie al dan niet aanwezig was bij opname in het ziekenhuis.
F	Niet van toepassing of voor elke diagnosecode die geen ICD-10-BE code is.

De waarde #Y# wordt gebruikt voor al de aandoeningen die aanwezig waren bij opname in het ziekenhuis of waarvan redelijkerwijze kan worden aangenomen dat ze aanwezig waren bij opname in het ziekenhuis.

De waarde #N# wordt gebruikt voor die aandoeningen waarbij de arts duidelijk in het patiëntendossier gedocumenteerd heeft dat ze na de opname in het ziekenhuis zijn opgetreden.

Normaal is de aandoening die geldt als hoofddiagnose van het eerste specialisme (meestal gelijk aan de geverifieerde opname diagnose) altijd aanwezig bij opname in het ziekenhuis en krijgt deze dus de waarde #Y#. Er zijn evenwel specifieke gevallen waar deze diagnose toch de POA waarde #N# kan krijgen (zie verder).

De waarde #D# wordt gebruikt als het **administratief** niet mogelijk is, op basis van het volledig patiëntendossier, de POA waarde te bepalen (**administratief** onmogelijk een onderscheid te maken tussen de waarden #Y# en #N#, door **gebrek aan informatie** in het medisch dossier). In deze gevallen wordt aangeraden beroep te doen op de behandelende arts voor advies. Het gebruik van de waarde #D# zou slechts in beperkte mate mogen voorkomen.

De waarde #E# wordt gebruikt als het **klinisch** niet mogelijk is te bepalen of de aandoening bij opname aanwezig was (**medisch** onmogelijk een onderscheid te maken tussen de waarden #Y# en #N#). Het gaat om aandoeningen die gedurende het verblijf werden gediagnosticeerd maar waarvan de arts aangeeft dat het klinisch onmogelijk is om te bepalen of deze aanwezig waren bij opname in het ziekenhuis.

De waarde #F# wordt gebruikt in 2 gevallen:

Ten eerste wordt deze waarde gebruikt voor de ICD-10-BE codes waarvoor de POA registratie niet van toepassing is en die op de aparte lijst in bijlage worden weergegeven.

Ten tweede moet de waarde #F# verplicht geregistreerd worden voor elke diagnosecode die geen ICD-10-BE code is (vb. CODE_DIAGNOSE = AAAAAA, UUUUUU, UUUAAA, DDDDDD, MMMMMM, ...).

MZG registratie vanaf MZG 2018: nieuw voor waarde #F#

Vanaf MZG 2018 volgen we voor de waarde F voor het veld ‘aanwezig bij opname’ de richtlijnen die door CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) uitgevaardigd werden voor de update 2017. We blijven deze richtlijnen volgen tot we overgaan tot een volgende update van de ICD-10-BE codes. Naast deze codes blijft de waarde F ook vereist voor de diagnosecodes die geen ICD-10-BE code zijn (AAAAAA, UUUUUU, UUUAAA, MMMMMM, DDDDDD, ...). Deze richtlijnen vervangen alle vorige richtlijnen voor het gebruik van de waarde F (niet van toepassing).

M1 / Veld 10 ⇒ M1_CODE_CERT: graad zekerheid

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 1-13: Toegelaten waarden voor M1_CODE_CERT: graad zekerheid

CODE	OMSCHRIJVING
0	Onbekend
1	Waarschijnlijk
2	Zeker
3	Diagnose is anatomo-pathologisch bevestigd
4	Niet van toepassing
D	Dummy, vanaf MZG 2017

De waarde #4# (niet van toepassing) moet gebruikt worden bij alle codes in veld 8 CODE_DIAGNOSE die geen ICD-9-CM codes (t.e.m. MZG 2014) of ICD-10-BE codes (vanaf MZG 2015) zijn, namelijk de bijkomende diagnosecodes voor speciale omstandigheden in tabel 1-4.

Vanaf MZG 2017 kan voor alle diagnoses zowel de waarden #0# tot #4# (met elk hun eigen registratieregels) als de nieuwe waarde #D# geregistreerd worden. U kunt per verblijf kiezen tussen de registratie van een bestaande waarde (#0# – #4#) en de registratie van de nieuwe waarde #D#.

1.5. VOORBEELDEN VAN EEN REGISTRATIE

Voorbeelden van een registratie van het bestand 001-Z-3.0-S-DIAGNOSE-2015-1.TXT:

001#2015#1# STAY2035691#1#P#B#UUUUUU#F#4#

001#2015#1# STAY2035691#2#P#B#S020XXA#A#3#

001#2015#1# STAY2035691#2#S#B#S2249XA#A#3#

2. PROCEDUR (M2): Gegevens over de ingrepen

2.1. NAAM

XXX-Z-VERS-M-**PROCEDUR**-YYYY-P.TXT

Voorbeeld:

001-Z-3.0-M-**PROCEDUR**-2015-1.TXT

2.2. INHOUD

De procedures ICD-9-CM t.e.m. MZG 2014 en ICD-10-BE vanaf MZG 2015 worden per specialisme geregistreerd. Daarom bevat de sleutel voor de records in het bestand PROCEDUR ook het volgnummer specialisme.

In dit bestand worden momenteel alle uitgevoerde procedures (chirurgische en diagnostische) gecodeerd in ICD-9-CM codes t.e.m. MZG 2014 en in ICD-10-BE codes vanaf MZG 2015. Voor elke procedure wordt er gevraagd de diagnose aan te duiden (binnen hetzelfde specialisme) die aanleiding gegeven heeft tot het uitvoeren van de vermelde procedure.

Voor een tussentijdse of een laatste registratie van een langdurig verblijf worden de uitgevoerde procedures geregistreerd **vanaf het begin van de registratieperiode**.

Voor ambulante spoed (type ziekenhuisverblijf A2_HOSPTYPE_FAC = U) en specialisme AKT hoeven geen procedures geregistreerd te worden.

Bij opnames met passage op spoed moeten alle ingrepen die belangrijk zijn voor de **DRG toch geregistreerd worden binnen het specialisme spoed**. Men mag hierbij verwijzen naar de hoofddiagnose #UUUUUU#.

De bestanden binnen het medisch domein hoeven voor niet-beëindigde verblijven (A2_HOSPTYPE_FAC = N) geen gegevens/records te bevatten.

Als de nevendiagnose #DDDDDD# in CODE_DIAGNOSE van het bestand DIAGNOSE geregistreerd wordt, dan dient deze te verwijzen naar een ingreep in veld M2_CODE_PROCEDURE van het bestand PROCEDUR.

2.3. INDELING

Per verblijf in specialisme en geregistreerde diagnose, dus per combinatie van ORDER_SPEC en CODE_DIAGNOSE, kunnen er geen (niet bij #DDDDDD#), één of meerdere records voorkomen.

De **foreign key** van dit bestand dient terug gevonden te worden in het bestand DIAGNOSE (M1). Dit wil zeggen dat de combinatie van de waarden van CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, STAYNUM, ORDER_SPEC, TYPE_DIAGNOSE, CODE_SYS_DIAGNOSE en CODE_DIAGNOSE ook moet voorkomen in DIAGNOSE (zie punt 0. Linken tussen de bestanden).

Tabel 2-1: Recordtekening van PROCEDUR (M2): Gegevens over de ingrepen

Kolom C1	M : Verplicht veld	O : Optioneel veld
Kolom C2	F : Fixed/vaste lengte	V : Variabele lengte
Kolom C3	C : Karakter veld	N : Numeriek veld ND2 : Numeriek veld, 2 decimalen na het punt

Kolom C1: Indien een verplicht veld niet is ingevuld, krijgt men de foutmelding TECHNISCHE CONTROLES: MANDATORY FIELDS NOK.

Kolom C2 en C3: Indien de lengte of het type van het veld niet juist is, krijgt men de foutmelding TECHNISCHE CONTROLES: DATA TYPES - DATA FORMATS NOK.

In onderstaande tabel staan de **steutelvelden** (*primary keys*) van het bestand **schuin en rood**. Sleutelvelden zijn variabelen waarvan de combinatie het record binnen een bepaald bestand uniek maakt, d.w.z. elke combinatie van deze velden mag binnen het bestand slechts één keer voorkomen. Dit wordt gecontroleerd tijdens de technische controles bij het opladen van de bestanden in Portahealth. Bij fouten stopt het opladen met de vermelding TECHNISCHE CONTROLES: PRIMARY KEYS NOK. Dit wil dan zeggen dat ofwel één van de sleutelvelden leeg is of dat er dubbels voorkomen.

Rood en schuin = steutelvelden

Veldnr	Veldnaam	Omschrijving	C1	C2	C3	Lengte	Foreign Key
Veld 1	CODE_AGR	Erkenningsnummer van het ziekenhuis	M	F	C	3	MI
#							
Veld 2	YEAR_REGISTR	Registratiejaar	M	F	N	4	MI
#							
Veld 3	PERIOD_REGISTR	Registratieperiode	M	V	N	1-2	MI
#							
Veld 4	STAYNUM	Verblijfsnummer	M	V	C	1-15	MI
#							
Veld 5	ORDER_SPEC	Volgnummer specialisme	M	V	N	1-2	MI
#							
Veld 6	TYPE_DIAGNOSE	Code hoofd- / nevendiagnose	M	F	C	1	MI
#							
Veld 7	CODE_SYS_DIAGNOSE	Soort codeersysteem	M	F	C	1	MI
#							
Veld 8	CODE_DIAGNOSE	Code diagnose	M	V	C	3-6 t.e.m. MZG2014 3-7 vanaf MZG2015	MI
#							
Veld 9	M2_CODE_SYS_PROCEDURE	Soort codeersysteem voor de ingrepen	M	F	C	1	
#							
Veld10	M2_CODE_PROCEDURE	Code procedure	M	V	C	2-4 t.e.m. MZG2014 7 vanaf MZG2015	
#							
Veld 11	M2_YEAR_PROCEDURE	Jaar van uitvoering van de procedure	M	F	N	4	
#							
Veld12	M2_MONTH_PROCEDURE	Maand van uitvoering van de procedure	M	V	N	1-2	
#							
Veld 13	M2_DAY_PROCEDURE	Dag van uitvoering van de procedure	M	V	N	1-2	
#							
Veld 14	M2_CODE_PLACE_INTERV	Code uitbested	M	F	C	1	
#							
Veld15	M2_CODE_ANEST	Code anesthesie	M	F	C	1	
#							
Veld16	M2_NUMBER_PROC_1_DAY	Aantal keer dezelfde ingreep op dezelfde dag	M	V	N	1-2	
#							
Veld17	TYPE_ASSOCIATION	Type associatie	O	F	C	0 of 3	
#							
Veld18	ID_ASSOCIATION	Identificatie van de associatie	O	F	C	0 of 5	
#							

2.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN

De pijlen → geven de hiërarchie aan tussen de bestanden, de linken gebeuren op basis van foreign keys, zie punt 0. Linken tussen de bestanden.

De velden die in de verschillende bestanden voorkomen, worden beschreven in het eerste bestand in de hiërarchie. Voor de velden CODE_AGR, YEAR_REGISTR en PERIOD_REGISTR is dit dus het bestand HOSPITAL (S1).

M2 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis

S1 → A1 → A2 → A3 → M1 → M2 - sleutelveld

M2 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar

S1 → A1 → A2 → A3 → M1 → M2 - sleutelveld

M2 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode

S1 → A1 → A2 → A3 → M1 → M2 - sleutelveld

M2 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: verblijfsnummer

A2 → A3 → M1 → M2 - sleutelveld

M2 / Veld 5 ⇒ ORDER_SPEC: volgnummer specialisme

A3 → M1 → M2 - sleutelveld

M2 / Veld 6 ⇒ TYPE_DIAGNOSE: code hoofd-/nevendiagnose

M1 → M2 - sleutelveld

M2 / Veld 7 ⇒ CODE_SYS_DIAG: soort codeersysteem voor de diagnoses

M1 → M2 - sleutelveld

M2 / Veld 8 ⇒ CODE_DIAGNOSE: code diagnose

M1 → M2 - sleutelveld

Hier dient de diagnose vermeld te worden die aanleiding gegeven heeft tot het uitvoeren van de vermelde procedure. Deze diagnose moet in hetzelfde specialisme terug te vinden zijn in veld 8 CODE_DIAGNOSE van het bestand DIAGNOSE.

Als er geen ICD-9-CM code t.e.m. MZG 2014 of ICD-10-BE code vanaf MZG 2015 (of geen code uit tabel 1-4 Bijkomende diagnosecodes CODE_DIAGNOSE) aangeduid werd, dient men in dit veld de letters #DDDDDD# te plaatsen. Deze code moet dan ook terug te vinden zijn in veld CODE_DIAGNOSE van het bestand DIAGNOSE voor het overeenkomstig specialisme. Als de nevendiagnose #DDDDDD# in het bestand DIAGNOSE geregistreerd wordt, dan dient deze te verwijzen naar een ingreep in PROCEDUR.

NIEUW vanaf MZG 2017

Vanaf MZG 2017 mag in het veld CODE_DIAGNOSE steeds de dummy waarde #DDDDDD# vermeld worden. U kunt per verblijf beslissen of u in het veld CODE_DIAGNOSE een reële ICD-code registreert of de dummy code #DDDDDD#.

Vergeet echter niet dat u ook in het bestand met de gegevens over de diagnose (DIAGNOSE) voor elk betrokken specialisme een record met deze diagnose #DDDDDD# moet voorzien. Als

zo een record ontbreekt, zult u bij de controle van de gegevens via Portahealth de foutmelding 'Foreign Key' krijgen.

M2 / Veld 9 ⇒ M2_CODE_SYS_PROCEDURE: soort codeersysteem voor de ingrepen

M2 - Sleutelveld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 2-2: Toegelaten waarden voor M2 CODE SYS PROCEDURE: soort codeersysteem voor de ingrepen

CODE	OMSCHRIJVING
A	ICD-9-CM (t.e.m. MZG 2014)
B	ICD-10-BE (vanaf MZG 2015)

Tot en met MZG 2014 wordt er enkel het ICD-9-CM coderingssysteem (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification) gebruikt. Tot dan moet hier voor alle verblijven de waarde #A# ingevuld worden.

Vanaf MZG 2015/1 wordt het ICD-10-PCS coderingssysteem van de ICD-10-BE (International Classification of Diseases, 10th Revision, Procedure Coding System) gebruikt. Vanaf dan mag enkel de waarde #B# gebruikt worden voor alle verblijven.

M2 / Veld 10 ⇒ M2_CODE_PROCEDURE: code procedure

M2 - Sleutelveld

Lengte: Tot en met MZG 2014: - Variabele lengte

- Minimale lengte: 2 karakters

- Maximale lengte: 4 karakters

Vanaf MZG 2015: - Vaste lengte

- 7 karakters

Voorbeeld: #01QF0ZZ#

Voor ICD-9-CM dient het punt na de twee eerste cijfers, zoals vermeld in het handboek of software, NIET meegegeven te worden!

Voor verdere ICD-9-CM en ICD-10-BE codeerrichtlijnen zie de specifieke handleidingen die te vinden zijn op de website van de FOD: punt 7. Bijkomende informatie: *ICD-9-CM codeerhandleiding en ICD-10-BE handboek*.

Er dienen geen procedures gecodeerd te worden voor ambulante spoed (type ziekenhuisverblijf A2_HOSPTYPE_FAC = U) of voor de psychiatrische diensten (specialisme AKT).

Voor daghospitalisatie gelden verschillende regels afhankelijk van de facturatie en de categorie van daghospitalisatie (zie ook bij het veld CODE_DIAGNOSE in bestand DIAGNOSE).

M2 / Veld 11 ⇒ M2_YEAR_PROCEDURE: jaar van uitvoering van de procedure

M2 - Sleutelveld

Vast formaat: 4 cijfers

Voorbeeld: #2015#

M2 / Veld 12 ⇒ M2_MONTH_PROCEDURE: maand van uitvoering van de procedure

M2 - Sleutelveld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Toegelaten waarden: van #1# tot en met #12#

M2 / Veld 13 ⇒ M2_DAY_PROCEDURE: dag in de maand van uitvoering van de procedure

M2 - Sleutelveld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Toegelaten waarden: van #1# tot en met #31#

M2 / Veld 14 ⇒ M2_CODE_PLACE_INTERV: code uitbested

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 2-3: Toegelaten waarden voor M2 CODE PLACE INTERV: code uitbested

CODE	OMSCHRIJVING
0	Onbekend
1	Procedure uitgevoerd <u>in het eigen ziekenhuis</u> voor <i>patiënt verblijvend in eigen ziekenhuis</i> .
2	Procedure laten uitvoeren <u>in ander ziekenhuis</u> voor <i>patiënt verblijvend in eigen ziekenhuis</i> (= uitbestede procedure).
3	Procedure uitgevoerd <u>in het eigen ziekenhuis</u> (bijvoorbeeld in daghospitalisatie) voor <i>patiënt verblijvend in een ander ziekenhuis</i> .

M2 / Veld 15 ⇒ M2_CODE_ANEST: code anesthesie

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 2-4: Toegelaten waarden voor M2 CODE ANEST: code anesthesie

CODE	OMSCHRIJVING
0	Anesthesie, maar methode onbekend
1	Geen anesthesie
2	Lokale anesthesie
3	Locoregionale anesthesie
4	Algemene anesthesie
5	Rachi-anesthesie
6	Peridurale anesthesie
7	Sedatie
8	Algemene + peridurale
9	Algemene + locoregionale
H	Hypnose
A	Andere
P	Perifeer blok

M2 / Veld 16 ⇒ M2_NUMBER_PROC_1_DAY: aantal keer dezelfde procedure (dezelfde code) op dezelfde dag

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Toegelaten waarden: van #1# tot en met #99#

Het gaat hier om het aantal maal dat op een bepaalde dag een bepaalde ingreep (één en dezelfde code met maximale precisie qua ICD-9-CM code t.e.m. MZG 2014 of ICD-10-BE code vanaf MZG 2015) uitgevoerd werd.

Dit veld werd ingevoerd om het mogelijk te maken 2 interventies, die op dezelfde dag voor dezelfde diagnose uitgevoerd worden, te kunnen coderen. In de MKG diende de tweede ingreep aan een dummy diagnose (#DDDDDD#) gehangen te worden. Om dit in MZG te vermijden werd veld 16 M2_NUMBER_PROC_1_DAY 'aantal keer dezelfde procedure (dezelfde code) op dezelfde dag' toegevoegd (zie punt 1 hieronder: *Uitvoeren van dezelfde procedure, twee of meerdere malen op dezelfde dag, slechts één keer gedurende hetzelfde verblijf*).

Opmerking: tijdens de groepering verandert het aantal uitvoeringen van dezelfde procedure niet, uitgezonderd voor enkele procedures ter hoogte van het onderste lidmaat, die voor de versies van de APR-DRG's voorafgaand aan versie 20, naar de DRG 300 (Bilateral & multiple major joint procedures of lower extremity) leiden wanneer ze twee maal of gecombineerd uitgevoerd worden. Het gaat om de codes 81.51 (Totale heupprothese), 81.52 (Partiële heupprothese), 81.53 (Revisie van heupprothese), 81.54 (Totale knieprothese), 81.55 (Revisie van knieprothese), 81.56 (Totale enkelprothese) en 81.59 (Revisie van een niet elders geclassificeerde gewrichtsprothese van het onderste lidmaat). En ook de codes 00.70 (Revisie van totale heupprothese) en 00.80 (Revisie van totale knieprothese), verschenen in 2009.

De DRG 300 verdwijnt vanaf versie 20 van DRG. Sindsdien registreert men 1 of 2 maal de procedure, het verblijf valt in dezelfde DRG, bijvoorbeeld voor de revisie van de heup, in DRG 301.

Er zijn echter ook een aantal "speciale technieken" die meerdere malen per dag en gedurende verschillende dagen uitgevoerd worden. Deze dienen niet geteld te worden (zie punt 2 hieronder: *Uitvoeren van dezelfde procedure, meerdere keren dezelfde dag en continu gedurende hetzelfde verblijf*).

1) VOORJCD-9-CM

1. *Uitvoeren van dezelfde procedure, twee of meerdere malen op dezelfde dag, slechts één keer gedurende hetzelfde verblijf*

Het gaat hier voornamelijk over bilaterale of multiple procedures (meerdere lokalisaties op het lichaam). De fundamentele notie betreft hier het operatieveld, d.w.z. de anatomische regio, het orgaan, de lichaamsholte, etc. waar de procedure uitgevoerd wordt. Het kan gaan om één enkel operatieveld (één enkele plaats) of om meerdere operatievelden (verschillende plaatsen). In het tweede geval mag er geen continuïteit bestaan tussen de operatievelden.

Voorbeelden:

- Dezelfde ingreep op het linker been en op de rechter arm → twee operatievelden
- Coronografie ter hoogte van twee coronairen en plaatsing van 3 stents → één operatieveld.

1. Bilaterale ingrepen: zelfde procedure, twee afzonderlijke operatievelden, links en rechts

Voorbeeld:

Inbrengen van pennen in de linker en in de rechter femur:

- ➔ VELD 10: M2_CODE_PROCEDURE = #7915# (Gesloten reductie van breuk met interne fixatie, femur)
- ➔ VELD 11 tot 13: datum
- ➔ VELD 16: M2_NUMBER_PROC_1_DAY = #2#

Opgelet: bepaalde ICD-9-CM procedurecodes omvatten de notie bilateraal!! Hiervan worden enkele voorbeelden hieronder opgesomd:

- Unilateraal herstel van een inguinale hernia NOS: M2_CODE_PROCEDURE = #5300#
- Bilateraal herstel van een inguinale hernia: M2_CODE_PROCEDURE = #5310#
- Unilaterale ovariëctomie: M2_CODE_PROCEDURE = #653x#
- Bilaterale ovariëctomie: M2_CODE_PROCEDURE = #655x#

Voorbeeld:

- VELD 10: M2_CODE_PROCEDURE = #5310# (Bilateraal herstel van een inguinale hernia)
- VELD 11 tot 13: datum
- VELD 16: M2_NUMBER_PROC_1_DAY = #1# want bilaterale procedurecode.

2. Multipele ingrepen, zelfde procedures, twee of meerdere velden

Voorbeeld: exereses van vijf naevi op verschillende delen van het lichaam

- VELD 10: M2_CODE_PROCEDURE = #863# (Excisie of lokale destructie van een letsel of weefsel van de huid of van de onderhuidse weefsels, andere
- VELD 11 tot 13: datum
- VELD 16: M2_NUMBER_PROC_1_DAY = #5#

Opgelet: bepaalde ICD-9-CM procedurecodes omvatten de notie "multipel"!!

Voorbeeld 1: tandextractie

Via de alfabetische index: extraction - tooth (by forceps) (multiple) (single) NEC

- VELD 10: M2_CODE_PROCEDURE = #2309# (Extractie van andere tand)
- VELD 11 tot 13: datum
- VELD 16: M2_NUMBER_PROC_1_DAY = #1#

Voorbeeld 2: Aortocoronaire anastomose van 2, 3, 4 of meer kransslagaders. Het gaat over multipel anastomose.

- VELD 10: M2_CODE_PROCEDURE = #3612# (Aortocoronaire bypass van 2 kransslagaders) of #3613# (Aortocoronaire bypass van 3 kransslagaders) of #3614# (Aortocoronaire bypass van 4 of meer kransslagaders)
- VELD 11 tot 13: datum
- VELD 16: M2_NUMBER_PROC_1_DAY = #1#

Als de notie "multipel" niet in de code inbegrepen is, dan moet men de operatievelden tellen.

Voorbeeld: plomberen van 3 tanden

- VELD 10: M2_CODE_PROCEDURE = #232# (Restauratie van tand door plomberen)
- VELD 11 tot 13: datum
- VELD 16: M2_NUMBER_PROC_1_DAY = #3#

N.B. In het betrokken geval zou men de mond ook als één enkel operatieveld kunnen beschouwen en de waarde #1# registreren in veld 16 M2_NUMBER_PROC_1_DAY.

3. Zelfde procedure, zelfde veld, twee maal op dezelfde dag

Voorbeeld: patiënt werd 's morgens geopereerd voor herstel van een hernia en ontwikkelt op het einde van de namiddag een groot hematoom. Om de bloeding te stoppen, moet men alle lagen exploreren en na controle van de bloeding het herstel van de hernia overdoen.

- ➔ VELD 10: M2_CODE_PROCEDURE = #5300# (Unilateraal herstel van hernia inguinale NOS)
- ➔ VELD 11 tot 13: datum
- ➔ VELD 16: M2_NUMBER_PROC_1_DAY = #2#

N.B. Codeer ook de controle van de bloeding: M2_CODE_PROCEDURE = #3998# (Controle van de bloeding, NOS).

2. Uitvoeren van dezelfde procedure, meerdere keren dezelfde dag, en continue gedurende hetzelfde verblijf

Het gaat hier algemeen over patiënten die op "zware" diensten gehospitaliseerd zijn, waarbij meerdere keren per dag gedurende meerdere opeenvolgende dagen, procedures voor de opvolging van hun toestand of van hun behandeling uitgevoerd worden.

De lijst van de betrokken procedures bevindt zich in de *ICD-9-CM codeerhandleiding*, in *bijlage 1 van het hoofdstuk Procedures* (zie punt 7. Bijkomende informatie).

Voorbeelden van procedures: arteriële katheterisatie, hemodialyse, peritoneale dialyse, endotracheale intubatie, hyperalimentatie, transfusies, fototherapie, etc.

In België is de registratie van deze procedures volgens de codeerregels van de ICD-9-CM codering verplicht daar ze belangrijk zijn voor de groepering van patiënten.

Het kan bovendien interessant zijn om de variabele "aantal keer uitgevoerd" van deze procedures te registreren om het gebruik van middelen, de werklust, de kwaliteit van de zorgen, etc. beter te evalueren.

Aangezien het aantal keer dat deze procedures uitgevoerd werden geen belang heeft voor de groepering, volstaat het om ze één maal per verblijf te registreren, op de datum van de eerste uitvoering. Het aantal keer uitgevoerd zal dankzij andere registraties geanalyseerd kunnen worden.

2) VOOR ICD-10-BE

Meer informatie is te vinden in hoofdstuk 10 van het ICD-10-BE handboek, zie punt 7. Bijkomende informatie: *ICD-10-BE handboek*.

M2 / Veld 17 ⇒ TYPE_ASSOCIATION: type associatie

(S5 → M2)
Optioneel veld

Als het veld niet leeg is, moet de waarde terug te vinden zijn in het veld TYPE_ASSOCIATION van bestand ASSOCIAT (S5) binnen het domein van de structuurgegevens.

M2 / Veld 18 ⇒ ID_ASSOCIATION: identificatie van de associatie

(S5 → M2)
Optioneel veld

Als het veld niet leeg is, moet de waarde terug te vinden zijn in het veld ID_ASSOCIATION van bestand ASSOCIAT (S5) binnen het domein van de structuurgegevens.

De velden 17 TYPE_ASSOCIATION en 18 ID_ASSOCIATION dienen ingevuld te worden als er voor de procedure een associatieakkoord afgesloten is. Dit akkoord wordt gecodeerd in het veld TYPE_ASSOCIATION en ID_ASSOCIATION van het bestand ASSOCIAT (S5) in het domein

Medische gegevens: PROCEDUR (M2): Gegevens over de ingrepen

van de structuurgegevens. In het veld S5_CODE_ASSOCIATION_PROC van het bestand ASSOCIAT (S5) staat in dit geval #Y#.

Voor verblijven en ingrepen die tot de associatie behoren wordt in de bestanden PROCEDUR en PROCRIZI verwezen naar deze associatie.

ASSOCIAT (S5)		PROCEDUR (M2)
CODE_AGR	S5	CODE_AGR
YEAR_REGISTR	S5	YEAR_REGISTR
PERIOD_REGISTR	S5	PERIOD_REGISTR
TYPE_ASSOCIATION		STAYNUM
ID_ASSOCIATION		ORDER_SPEC
...		TYPE_DIAGNOSE
S5_CODE_ASSOCIATION_PROC=#Y#		CODE_SYS_DIAGNOSE
...		CODE_DIAGNOSE
		M2_CODE_SYS_PROCEDURE
		M2_CODE_PROCEDURE
		M2_YEAR_PROCEDURE
		M2_MONTH_PROCEDURE
		M2_DAY_PROCEDURE
		M2_CODE_PLACE_INTERV
		M2_CODE_ANEST
		M2_NUMBER_PROC_1_DAY
	S5	TYPE_ASSOCIATION
	S5	ID_ASSOCIATION

2.5. VOORBEELDEN VAN EEN REGISTRATIE

Voorbeelden van een registratie van het bestand 001-Z-3.0-S-**PROCEDUR**-2015-1.TXT:

001#2015#1#STAY2035691#1#P#B#UUUUUU#B#0HM0XZZ#2015#12#2#1#4#1###
001#2015#1#STAY2035691#1#P#B#UUUUUU#B#3E03329#2015#12#2#1#1#1###

3. PROCRIZI (M3): Gegevens over de RIZIV prestaties

3.1. NAAM

XXX-Z-VERS-M-**PROCRIZI**-YYYY-P.TXT

Voorbeeld:

001-Z-3.0-M-**PROCRIZI**-2015-1.TXT

3.2. INHOUD

De RIZIV nomenclatuurnummers van de prestaties en de forfaits worden geregistreerd in dit bestand. De getallen en regels hieronder vermeld hangen rechtstreeks af van het RIZIV.

Voor de voorlopige registratie van de niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden (A2_HOSPTYPE_FAC = N) hoeven nog geen RIZIV codes geregistreerd te worden.

3.3. INDELING

Dit bestand kan per ziekenhuisverblijf geen, één of meerdere records bevatten.

De **foreign key** van dit bestand dient terug gevonden te worden in het bestand STAYINDX (A4). Dit wil zeggen dat de combinatie van de waarden CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, STAYNUM en ORDER_BEDINDEX ook moet voorkomen in STAYINDX (zie punt 0. Linken tussen de bestanden).

Tabel 3-1: Recordtekening van PROCRIZI (M3): Gegevens over de RIZIV prestaties

Kolom C1	M : Verplicht veld	O : Optioneel veld
Kolom C2	F : Fixed/vaste lengte	V : Variabele lengte
Kolom C3	C : Karakter veld	N : Numeriek veld ND2 : Numeriek veld, 2 decimalen na het punt

Kolom C1: Indien een verplicht veld niet is ingevuld, krijgt men de foutmelding TECHNISCHE CONTROLES: MANDATORY FIELDS NOK.

Kolom C2 en C3: Indien de lengte of het type van het veld niet juist is, krijgt men de foutmelding TECHNISCHE CONTROLES: DATA TYPES - DATA FORMATS NOK.

In onderstaande tabel staan de **sleutelvelden (primary keys)** van het bestand **schuin en rood**. Sleutelvelden zijn variabelen waarvan de combinatie het record binnen een bepaald bestand uniek maakt, d.w.z. elke combinatie van deze velden mag binnen het bestand slechts één keer voorkomen. Dit wordt gecontroleerd tijdens de technische controles bij het opladen van de bestanden in Portahealth. Bij fouten stopt het opladen met de vermelding TECHNISCHE CONTROLES: PRIMARY KEYS NOK. Dit wil dan zeggen dat ofwel één van de sleutelvelden leeg is of dat er dubbels voorkomen.

Rood en schuin = sleutelvelden

Veldnr	Veldnaam	Omschrijving	C1	C2	C3	Lengte	Foreign Key
Veld 1	CODE_AGR	Erkenningsnummer van het ziekenhuis	M	F	C	3	A4
#							
Veld 2	YEAR_REGISTR	Registratiejaar	M	F	N	4	A4
#							
Veld 3	PERIOD_REGISTR	Registratieperiode	M	V	N	1-2	A4
#							
Veld 4	STAYNUM	Verblijfsnummer	M	V	C	1-15	A4
#							
Veld 5	ORDER_BEDINDEX	Volgnummer bedindex	M	V	N	1-2	A4
#							
Veld 6	M3_CODE_INARIZ	Code RIZIV procedure	M	F	C	6	
#							
Veld 7	M3_YEAR_INARIZ	Jaar van uitvoering van de RIZIV procedure	M	F	N	4	
#							
Veld 8	M3_MONTH_INARIZ	Maand van uitvoering van de RIZIV procedure	M	V	N	1-2	
#							
Veld 9	M3_DAY_INARIZ	Dag van uitvoering van de RIZIV procedure	M	V	N	1-2	
Veld 10	M3_NUMBER_INARIZ_1_DAY	Aantal keer dezelfde RIZIV procedure op dezelfde dag	M	V	N	1-2	
#							
Veld 11	TYPE_ASSOCIATION	Type associatie	O	F	C	0 of 3	
#							
Veld 12	ID_ASSOCIATION	Identificatie van de associatie	O	F	C	0 of 5	
#							

3.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN

De pijlen → geven de hiërarchie aan tussen de bestanden, de linken gebeuren op basis van foreign keys, zie punt 0. Linken tussen de bestanden.

De velden die in de verschillende bestanden voorkomen, worden beschreven in het eerste bestand in de hiërarchie. Voor de velden CODE_AGR, YEAR_REGISTR en PERIOD_REGISTR is dit dus het bestand HOSPITAL (S1).

M3 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis

S1 → A1 → A2 → A4 → M3 - sleutelveld

M3 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar

S1 → A1 → A2 → A4 → M3 - sleutelveld

M3 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode

S1 → A1 → A2 → A4 → M3 - sleutelveld

M3 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: verblijfsnummer

A2 → A4 → M3 - sleutelveld

M3 / Veld 5 ⇒ **ORDER_BEDINDEX: volgnummer bedindex**

A4 → M3 - sleutelveld

M3 / Veld 6 ⇒ **M3_CODE_INARIZ: code RIZIV procedure**

M3 - Sleutelveld

Vast formaat: 6 karakters

Voorbeeld: #101010#

TOT EN MET MZG 2017

Elke procedure, ook diegene die niet aan 100 % gefactureerd werd, moet vermeld worden!

Indien een prestatie verschillende malen op één dag aangerekend wordt, dan kan veld 10 M3_NUMBER_INARIZ_1_DAY ingevuld worden. RIZIV codes uit de reeksen in de onderstaande tabel worden hier verwacht:

Tabel 3-2: Verwachte RIZIV codes voor M3_CODE_INARIZ: code RIZIV procedure

Codes waarvan de eerste 2 cijfers gelijk zijn aan:

BEGIN CODE	OMSCHRIJVING
11	TECHNISCHE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN
14	TECHNISCHE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN
20	ANESTESIOLOGIE
22	HEELKUNDE
23	HEELKUNDE
24	HEELKUNDE
25	HEELKUNDE
26	HEELKUNDE
28	HEELKUNDE
29	HEELKUNDE
30	HEELKUNDE
31	HEELKUNDE
35	ALGEMENE SPECIALE VERSTREKKINGEN
37	TANDVERZORGING
42	VERLOSSINGEN
44	RADIODIAGNOSTIEK EN RADIUMTHERAPIE
45	MEDISCHE BEELDVORMING
46	MEDISCHE BEELDVORMING
47	INWENDIGE GENEESKUNDE
53	DERMATO-VENEROLOGIE
56	KINESITHERAPIE

Codes waarvan de eerste 3 cijfers gelijk zijn aan:

BEGIN CODE	OMSCHRIJVING
211	REANIMATIE
212	REANIMATIE
213	REANIMATIE
214	REANIMATIE
275	HEELKUNDE (vanaf 1/1/2014)
276	HEELKUNDE (vanaf 1/1/2014)
277	HEELKUNDE (vanaf 1/1/2014)
278	HEELKUNDE (vanaf 1/1/2014)

BEGIN CODE	OMSCHRIJVING
279	HEELKUNDE (vanaf 1/1/2014)
431	HEELKUNDE
432	HEELKUNDE
433	RADIOThERAPIE EN RADIUMThERAPIE
434	RADIOThERAPIE EN RADIUMThERAPIE
435	RADIOThERAPIE EN RADIUMThERAPIE
436	RADIOThERAPIE EN RADIUMThERAPIE
437	RADIOThERAPIE EN RADIUMThERAPIE
438	RADIOThERAPIE EN RADIUMThERAPIE
589	INTERVENTIONELE VERSTREKKINGEN

En ook de volgende codes:

CODE	OMSCHRIJVING
761036	GEbruIK GIPSKAMER, BEDRAG PER DAG (AMBULANT)
761040	GEbruIK GIPSKAMER, BEDRAG PER DAG (GEHOSPIT.)
761095	MAXI: TOEZICHT TOEDIENING MEDIC. L01-V03AF Geschrapd vanaf 01/03/2017
761106	MAXI: TOEZICHT TOEDIENING MEDIC. L01-V03AF Geschrapd vanaf 01/03/2017
761272	VAST BEDRAG VERPLEEGDAG – NIERDIALYSE Geschrapd vanaf 01/08/2016
761283	VAST BEDRAG VERPLEEGDAG – NIERDIALYSE Geschrapd vanaf 01/08/2016

Voor de daghospitalisatie dienen hier dus ook de nomenclatuurnummers vermeld te worden die aangeven dat het over forfaitaire verpleegdagen gaat.

Voor chirurgische daghospitalisatie (A2_HOSPTYPE_FAC = C) moeten de pseudocodes voor de facturatie vermeld worden.

Voor het gebruik van de verschillende forfaits (chirurgisch daghospitaal, maxi, groep 1-7, 1-3 chronische pijn, miniforfait, forfait poortkatheter) moeten steeds de registratieregels van het RIZIV gevolgd worden. Deze regels vindt u bij de overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen die op het moment van opname van kracht is:

www.riziv.fgov.be => Professionals => Verzorgingsinstellingen en –diensten => Ziekenhuizen => Verzorging in de ziekenhuizen => Overeenkomsten => Overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen.

Voor de volledig psychiatrische verblijven (categorie ziekenhuisverblijf A2_HOSPTYPE_CAT = P) hoeven geen procedures RIZIV geregistreerd te worden.

Voor daghospitalisatie gelden verschillende regels afhankelijk van de facturatie en de categorie van daghospitalisatie (zie ook bij het veld CODE_DIAGNOSE in bestand DIAGNOSE en veld M2_CODE_PROCEDURE in bestand PROCEDURE).

DAGHOSPITALISATIE

Tabel 3-3: Overzicht van de registratie in het bestand PROCRIZI voor daghospitalisatie

Bestand STAYHOSP A2_HOSPTYPE_FAC	Facturatie	Bestand PROCRIZI M3_CODE_INARIZ
U	Ambulante spoed (enkel verblijf op URG en geen forfait)	RIZIV
C	Chirurgische daghospitalisatie	RIZIV + pseudocodes
	Maxiforfait	RIZIV + forfaits

Bestand STAYHOSP A2_HOSPTYPE_FAC	Facturatie	Bestand PROCRIZI M3_CODE_INARIZ
D	Forfaits 1 – 7	RIZIV + forfaits
	Forfaits 1 – 3 chronische pijn	RIZIV + forfaits
	Miniforfait	RIZIV + forfaits
	Geen forfait	RIZIV

1) **A2_HOSPTYPE_FAC = C: CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE**

In het bestand PROCRIZI dienen, naast de gewone RIZIV codes, één of meerdere van de volgende RIZIV codes gecodeerd te worden:

Tabel 3-4: Bijkomende waarden voor M3_CODE_INARIZ, chirurgische daghospitalisatie

RIZIV CODE	OMSCHRIJVING
768036 – 768040	Ziekenhuisverpleging - variabel gedeelte op basis van ingediende facturen: chirurgisch dagziekenhuis - bedrag per opname
768051 – 768062	Ziekenhuisverpleging - variabel gedeelte op basis van ingediende facturen: chirurgisch dagziekenhuis - bedrag per dag
768471 – 768482	Ziekenhuisverpleging, variabel gedeelte op basis van ingediende facturen, patiënt niet in regel met verzekeraar, chirurgisch dagziekenhuis: dagprijs 100 %

Is de patiënt in regel met de verzekeraar, dan moet een code per opname (768036 of 768040) en een code per dag (768051 of 768062) geregistreerd worden. Is de patiënt niet in regel met de verzekeraar, dan moet enkel de code 768471 of 768482 geregistreerd worden.

2) **A2_HOSPTYPE_FAC = D: NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE**

In het bestand PROCRIZI dienen, naast de gewone RIZIV codes, ook de volgende RIZIV codes gecodeerd te worden:

1. **Maxiforfait**

Tabel 3-5: Bijkomende waarden voor M3_CODE_INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: maxiforfait

RIZIV CODE	OMSCHRIJVING
761331 – 761342	Een verstrekking waarvoor een algemene anesthesie vereist is die verricht wordt door een arts-specialist in anesthesiologie (MAXI). Opmerking: indien de verstrekking voorkomt op de nominatieve lijst van de maxiforfaits, dan mag deze pseudocode niet gebruikt worden. De verstrekking uit de nominatieve lijst dient dan vermeld te worden.
761353 – 761364	Medisch en verpleegkundig toezicht bij de toediening van medicatie van de vergoedingscategorie A, geregistreerd onder de ATC-code L01 of V03AF, indien het gebruik van een intravasculair infuus of een intracavitair of intravesicaal instillatie noodzakelijk is (maxiforfait). Deze omschrijving is geldig sinds 01/07/2007. Aangepaste omschrijving vanaf 10/04/2009: Medisch en verpleegkundig toezicht bij de toediening van medicatie van de vergoedingscategorie A, geregistreerd onder de ATC-code L01, V03AF of L03AX03, indien het gebruik van een intravasculair infuus of een intracavitair of intravesicaal instillatie noodzakelijk is (maxiforfait). Geschrapt vanaf 1/03/2017
761235 – 761246	Vast bedrag voor verpleegdag - maxiforfait: bij algemene anesthesie of in geval van oncologisch dagziekenhuis. Deze omschrijving is geldig sinds 01/07/2007.
767874 – 767885	Maxiforfait monotherapie NIEUW vanaf 1/03/2017

RIZIV CODE	OMSCHRIJVING
767896 – 767900	Maxiforfait combotherapie NIEUW vanaf 1/03/2017
767911 – 767922	Maxiforfait monotherapie + pediatrie mono NIEUW vanaf 1/03/2017
767933 - 767944	Maxiforfait combotherapie + pediatrie combi NIEUW vanaf 1/03/2017

Voor de registratie van diagnoses (in het bestand DIAGNOSE) en eventuele ingrepen (in het bestand PROCEDUR) moeten voor verblijven met deze nieuwe codes de regels voor verblijven met een maxiforfait gevolgd worden.

2. Forfaits groepen 1 – 7

Tabel 3-6: Bijkomende waarden voor M3 CODE INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: forfaits groepen 1 - 7

FORFAITAIRE VERPLEEGDAG VOOR	RIZIV CODE	
	Niet gehospitaliseerd	Gehospitaliseerd (in een ander ziekenhuis)
forfait groep 1	768176	768180
forfait groep 2	768191	768202
forfait groep 3	768213	768224
forfait groep 4	768235	768246
forfait groep 5	768250	768261
forfait groep 6	768272	768283
forfait groep 7	768294	768305

3. Forfaits 1 – 3 chronische pijn

Tabel 3-7: Bijkomende waarden voor M3 CODE INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: forfaits 1 – 3 chronische pijn

FORFAITAIRE VERPLEEGDAG VOOR	RIZIV CODE	
	Niet gehospitaliseerd	Gehospitaliseerd (in een ander ziekenhuis)
chronische pijn, forfait 1	768316	768320
chronische pijn, forfait 2	768331	768342
chronische pijn, forfait 3	768353	768364

4. Miniforfait

Tabel 3-8: Bijkomende waarden voor M3 CODE INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: miniforfait

RIZIV CODE	OMSCHRIJVING
761316	Elke toestand waarin dringende verzorging, welke een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt, vereist is (MINI) (ambulant).
761434	Elke toestand die een intraveneuze infusie vereist (MINI) (ambulant).
761213	T.e.m. 31/12/2013: Vast bedrag voor verpleegdag - miniforfait: bij dringende opname of bij intraveneuze infusie Vanaf 1/1/2014: Dringende verzorging of intraveneuze infusie
768375 - 768386	Forfait manipulatie poortkatheter

3) **A2 HOSPTYPE FAC = U: AMBULANTE SPOED**

Alle RIZIV codes dienen geregistreerd te worden.

4) DAGHOSPITALISATIES BUITEN VERPLEEGEENHEDEN SPECIFIEK VOOR DAGHOSPITALISATIE

Alle RIZIV codes, pseudocodes en forfaits dienen geregistreerd te worden, behalve voor volledig psychiatrische verblijven (categorie ziekenhuisverblijf A2_HOSPTYPE_CAT = P). Zie punt 7. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over daghospitalisaties*.

VANAF MZG 2018

In het kader van administratieve vereenvoudiging willen we vanaf MZG 2018 de last voor de registraties in het bestand PROCRIZI aanzienlijk verminderen.

We willen deze registratie dan ook beperken tot de maxiforfaits, de forfaits groep 1-7, de forfaits chronische pijn 1 - 3, de miniforfaits, forfait poortkatheter en de forfaits chirurgisch daghospitaal. Daarnaast vragen we ook nog om de prestaties uit lijst A (chirurgisch daghospitaal) te registreren.

Voor de volledig psychiatrische verblijven (categorie ziekenhuisverblijf A2_HOSPTYPE_CAT = P) hoeven geen RIZIV-codes geregistreerd te worden.

Elke te registreren RIZIV-code, ook diegene die niet aan 100 % gefactureerd werd, moet vermeld worden!

Voor niet-chirurgische daghospitalisatie moeten enkel de nomenclatuurnummers vermeld worden die aangeven dat het over forfaitaire verpleegdagen (maxiforfait, forfaits groep 1-7, forfaits 1-3 chronische pijn, miniforfait, forfait poortkatheter) gaat.

Voor chirurgische daghospitalisatie (A2_HOSPTYPE_FAC = C) moeten de pseudocodes voor de facturatie vermeld worden en de prestaties die vermeld staan in lijst A.

Voor het gebruik van de verschillende forfaits (chirurgisch daghospitaal, maxi, groep 1-7, 1-3 chronische pijn, miniforfait, forfait poortkatheter) moeten steeds de registratieregels van het RIZIV gevolgd worden. Deze regels vindt u bij de overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen die op het moment van opname van kracht is:

www.riziv.fgov.be => Professionals => Verzorgingsinstellingen en –diensten => Ziekenhuizen => Verzorging in de ziekenhuizen => Overeenkomsten => Overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen.

Voor alle verblijven moet – voor zover deze prestatie uitgevoerd werd – de RIZIV-code voor polysomnografie geregistreerd worden. Het gaat om de volgende codes:

- 477374 – 477385: polysomnografie na de leeftijd van één jaar;
- 478133 – 478144: polysomnografie tot en met de leeftijd van 1 jaar.

Voor alle verblijven die voldoen aan de volgende drie criteria moeten alle prestaties uit lijst B (bijlage 3, punt 6 van het KB van 25/04/2002) geregistreerd worden:

- Code verzekeringsstatus (A2_CODE_STAT_INSURANCE in het bestand STAYHOSP) = 200, 210, 220, 230, 400 of 500;
- Type ziekenhuisverblijf (A2_HOSPTYPE_FAC) = H (klassieke hospitalisatie);
- Verblijfsduur: maximaal 3 dagen.

Deze wijzigingen hebben alleen betrekking op het bestand PROCRIZI en gaan in voor alle ontslagen vanaf 01/01/2018 (MZG 2018/1). **Voor de bestanden PROCRI30, PROCRI40 en PROCRI50 verandert er niets.**

DAGHOSPITALISATIE

Tabel 3-9: Overzicht van de registratie in het bestand PROCRIZI voor daghospitalisatie, vanaf MZG 2018

Bestand STAYHOSP A2_HOSPTYPE_FAC	Facturatie	Bestand PROCRIZI M3_CODE_INARIZ
U	Ambulante spoed (enkel verblijf op URG en geen forfait)	-
C	Chirurgische daghospitalisatie	Pseudocodes + codes lijst A
D	Maxiforfait	forfaits
	Forfaits 1 – 7	forfaits
	Forfaits 1 – 3 chronische pijn	forfaits
	Miniforfait	forfaits
	Geen forfait	-

1) A2_HOSPTYPE_FAC = C: CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE

In het bestand PROCRIZI moeten, naast de prestaties uit lijst A, één of meerdere van de volgende RIZIV codes gecodeerd te worden:

Tabel 3-10: Bijkomende waarden voor M3 CODE INARIZ, voor chirurgische daghospitalisatie, vanaf MZG 2018

RIZIV CODE	OMSCHRIJVING
768036 – 768040	Ziekenhuisverpleging - variabel gedeelte op basis van ingediende facturen: chirurgisch dagziekenhuis - bedrag per opneming
768051 – 768062	Ziekenhuisverpleging - variabel gedeelte op basis van ingediende facturen: chirurgisch dagziekenhuis - bedrag per dag
768471 – 768482	Ziekenhuisverpleging, variabel gedeelte op basis van ingediende facturen, patiënt niet in regel met verzekerbareheid, chirurgisch dagziekenhuis: dagprijs 100 %

Is de patiënt in regel met de verzekerbareheid, dan moet een code per opname (768036 of 768040) en een code per dag (768051 of 768062) geregistreerd worden. Is de patiënt niet in regel met de verzekerbareheid, dan moet enkel de code 768471 of 768482 geregistreerd worden.

2) A2_HOSPTYPE_FAC = D: NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE

In het bestand PROCRIZI dienen de volgende RIZIV-codes (forfaits) gecodeerd te worden:

1. Maxiforfait

Tabel 3-11: Bijkomende waarden voor M3 CODE INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: maxiforfait, vanaf MZG 2018

RIZIV CODE	OMSCHRIJVING
761331 – 761342	Een verstrekking waarvoor een algemene anesthesie vereist is die verricht wordt door een arts-specialist in anesthesiologie (MAXI). <u>Opmerking:</u> indien de verstrekking voorkomt op de nominatieve lijst van de maxiforfaits, dan mag deze pseudocode niet gebruikt worden. De verstrekking uit de nominatieve lijst dient dan vermeld te worden.
761235 – 761246	Vast bedrag voor verpleegdag - maxiforfait: bij algemene anesthesie of in geval van oncologisch dagziekenhuis.

RIZIV CODE	OMSCHRIJVING
	Deze omschrijving is geldig sinds 01/07/2007.
767874 – 767885	Maxiforfait monotherapie NIEUW vanaf 1/03/2017
767896 – 767900	Maxiforfait combotherapie NIEUW vanaf 1/03/2017
767911 – 767922	Maxiforfait monotherapie + pediatrie mono NIEUW vanaf 1/03/2017
767933 - 767944	Maxiforfait combotherapie + pediatrie combi NIEUW vanaf 1/03/2017

Voor de registratie van diagnoses (in het bestand DIAGNOSE) en eventuele ingrepen (in het bestand PROCEDUR) moeten voor verblijven met deze nieuwe codes de regels voor verblijven met een maxiforfait gevolgd worden.

Naast deze codes heeft het RIZIV ook nog codes toegevoegd voor oncologische basiszorg (767852 – 767863). Deze codes worden **niet** in het bestand PROCRIZI geregistreerd. Verblijven met enkel deze forfait die bovendien aan de basisvoorwaarden voor registratie als oncologisch daghospitaal voldoen, moeten wel steeds geregistreerd worden volgens de regels voor oncologisch daghospitaal zonder forfait of met enkel een miniforfait. Dit houdt ook in dat een **consultatie** waarbij deze pseudocode **oncologische basiszorg** aangerekend wordt, **niet** in de MZG voorkomt.

2. Forfaits groepen 1 – 7

Tabel 3-12: Bijkomende waarden voor M3 CODE INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: forfaits groepen 1 - 7, vanaf MZG 2018

FORFAITAIRE VERPLEEGDAG VOOR	RIZIV CODE	
	Niet gehospitaliseerd	Gehospitaliseerd (in een ander ziekenhuis)
forfait groep 1	768176	768180
forfait groep 2	768191	768202
forfait groep 3	768213	768224
forfait groep 4	768235	768246
forfait groep 5	768250	768261
forfait groep 6	768272	768283
forfait groep 6bis Vanaf 01/07/2021	767970	767981
forfait groep 7	768294	768305

3. Forfaits 1 – 3 chronische pijn

Tabel 3-13: Bijkomende waarden voor M3 CODE INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: forfaits 1 – 3 chronische pijn, vanaf MZG 2018

FORFAITAIRE VERPLEEGDAG VOOR	RIZIV CODE	
	Niet gehospitaliseerd	Gehospitaliseerd (in een ander ziekenhuis)
chronische pijn, forfait 1	768316	768320
chronische pijn, forfait 2	768331	768342
chronische pijn, forfait 3	768353	768364

4. Miniforfait

Tabel 3-14: Bijkomende waarden voor M3 CODE INARIZ voor niet-chirurgische daghospitalisatie: miniforfait, vanaf MZG 2018

RIZIV CODE	OMSCHRIJVING
------------	--------------

761316	Elke toestand waarin dringende verzorging, welke een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt, vereist is (MINI) (ambulant).
761434	Elke toestand die een intraveneuze infusie vereist (MINI) (ambulant).
761213	T.e.m. 31/12/2013: Vast bedrag voor verpleegdag - miniforfait: bij dringende opname of bij intraveneuze infusie Vanaf 1/1/2014: Dringende verzorging of intraveneuze infusie
768375 - 768386	Forfait manipulatie poortkatheter

3) A2_HOSPTYPE_FAC = U: AMBULANTE SPOED

Voor ambulante spoed moeten er geen RIZIV-codes meer geregistreerd worden.

4) DAGHOSPITALISATIES BUITEN VERPLEEGEENHEDEN SPECIFIEK VOOR DAGHOSPITALISATIE

Alle pseudocodes en forfaits moeten geregistreerd worden, behalve voor volledig psychiatrische verblijven (categorie ziekenhuisverblijf A2_HOSPTYPE_CAT = P). Zie punt 7. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over daghospitalisaties.*

M3 / Veld 7 ⇒ M3_YEAR_INARIZ: jaar van uitvoering van de RIZIV procedure

M3 - Sleutelveld

Vast formaat: 4 cijfers

Voorbeeld: #2015#

M3 / Veld 8 ⇒ M3_MONTH_INARIZ: maand van uitvoering van de RIZIV procedure

M3 - Sleutelveld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Toegelaten waarden: van #1# tot en met #12#

M3 / Veld 9 ⇒ M3_DAY_INARIZ: dag in de maand van uitvoering van de RIZIV procedure

M3 - Sleutelveld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Toegelaten waarden: van #1# tot en met #31#

M3 / Veld 10 ⇒ M3_NUMBER_INARIZ_1_DAY: aantal keer dezelfde RIZIV procedure (dezelfde code) op dezelfde dag

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Toegelaten waarden: van #1# tot en met #99#

Het gaat hier om het aantal maal dat op een bepaalde dag een bepaald RIZIV nomenclatuurnummer aangerekend werd.

M3 / Veld 11 ⇒ TYPE_ASSOCIATION: type associatie

(S5 → M3)

Optioneel veld

Als het veld niet leeg is, moet de waarde terug te vinden zijn in het veld TYPE_ASSOCIATION van bestand ASSOCIAT (S5) binnen het domein van de structuurgegevens.

M3 / Veld 12 ⇒ ID_ASSOCIATION: identificatie van de associatie

(S5 → M3)

Optioneel veld

Als het veld niet leeg is, moet de waarde terug te vinden zijn in het veld ID_ASSOCIATION van bestand ASSOCIAT (S5) binnen het domein van de structuurgegevens.

Deze velden 11 TYPE_ASSOCIATION en 12 ID_ASSOCIATION dienen ingevuld te worden als er voor deze procedure een associatieakkoord afgesloten is. Dit akkoord wordt gecodeerd in de velden TYPE_ASSOCIATION en ID_ASSOCIATION van het bestand ASSOCIAT (S5) binnen het domein van de structuurgegevens. In het veld S5_CODE_ASSOCIATION_PROC van het bestand ASSOCIAT (S5) staat #Y#.

Voor verblijven en ingrepen die tot de associatie behoren wordt in de bestanden PROCEDUR en PROCRIZI verwezen naar deze associatie.

ASSOCIAT (S5)		PROCRIZI (M3)	
	CODE_AGR	S5	CODE_AGR
	YEAR_REGISTR	S5	YEAR_REGISTR
	PERIOD_REGISTR	S5	PERIOD_REGISTR
	TYPE_ASSOCIATION		STAYNUM
	ID_ASSOCIATION		ORDER_BEDINDEX
	...		M3_CODE_INARIZ
	S5_CODE_ASSOCIATION_PROC = #Y#		M3_YEAR_INARIZ
	...		M3_MONTH_INARIZ
			M3_DAY_INARIZ
			M3_NUMBER_INARIZ_1_DAY
		S5	TYPE_ASSOCIATION
		S5	ID_ASSOCIATION

3.5. VOORBEELD VAN EEN REGISTRATIE

Voorbeeld van een registratie van het bestand 001-Z-3.0-S-**PROCRIZI**-2015-1.TXT:

001#2015#1#STAY2035691#1#148105#2015#12#2#1###

4. PATBIRTH (M4): Geboortegegevens van pasgeborenen

4.1. NAAM

XXX-Z-VERS-M-PATBIRTH-YYYY-P.TXT

Voorbeeld:

001-Z-3.0-M-PATBIRTH-2015-1.TXT

4.2. INHOUD

Dit bestand bevat enkele geboortegegevens van pasgeborenen. Een pasgeborene wordt gedefinieerd als een patiënt die in het ziekenhuis geboren wordt of die bij opname niet ouder is dan 28 dagen (regels APR-DRG).

Voor een doodgeborene baby dient er geregistreerd te worden volgens de criteria van het KB van 17 juni 1999 (BS 4 september 1999) waarbij het opmaken van een jaarlijkse statistiek van de overlijdensoorzaken wordt voorgeschreven:

- Als het geboortegewicht 500 gram of meer is
- of bij onbekend geboortegewicht, als de zwangerschapsduur 22 volle weken of meer is of de lichaamslengte groter dan of gelijk aan 25 cm van kruin tot hiel is.

Voor de Belgische wetgeving moet een doodgeborene aangegeven worden vanaf een geboortegewicht van 500 gram of, als het geboortegewicht niet gekend is, vanaf een zwangerschapsduur van 22 weken of lichaamslengte van minimaal 25 cm van kruin tot hiel. In dit geval moet er voor MZG een aparte registratie (en dossier) voor de baby zijn, hier kan de registratie niet vanaf wijken.

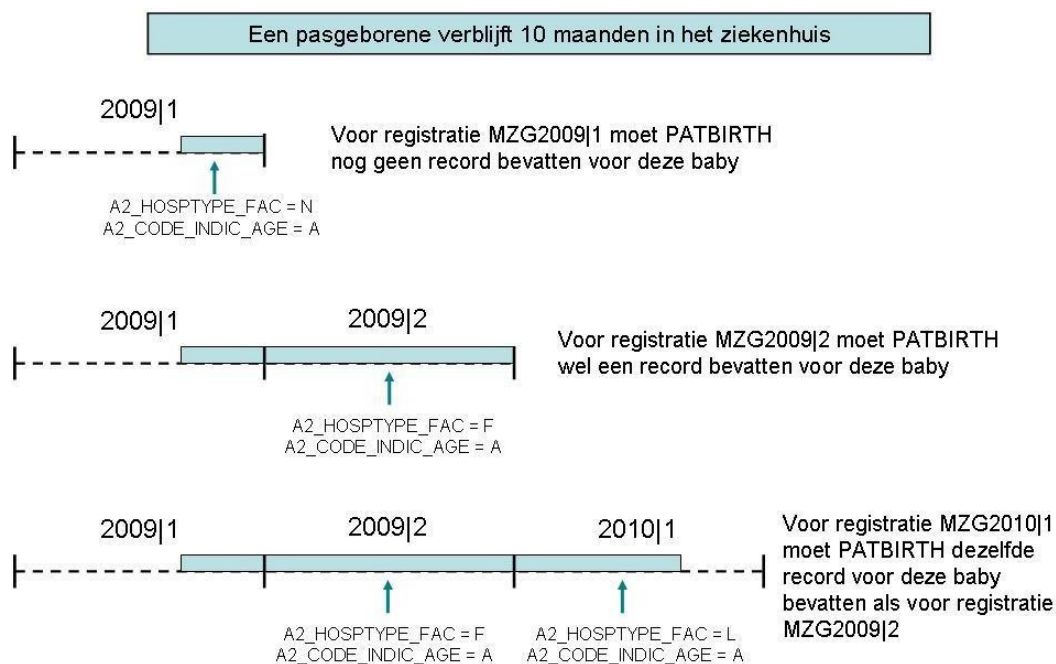
Het allereerste criterium is dus levend- of doodgeborene. Als het om een doodgeborene gaat, is het eerste criterium het gewicht. In het codeerhandboek 2015 hanteren de artsen ook de grens van 500 gram.

Met de zwangerschapsduur of de lichaamslengte moet er dus enkel rekening gehouden worden als het geboortegewicht onbekend is (zie hierboven). Is de zwangerschapsduur kleiner dan 22 weken (bijvoorbeeld 21 weken), dan is dit geen probleem voor MZG: er verschijnt enkel een foutmelding in de MZG met severity 2 als de zwangerschapsduur minder is dan 20 weken (dus met 21 weken geen foutmelding). Men kan dus gerust zonder enige foutmelding in MZG een apart dossier aanmaken voor baby's met een onbekend geboortegewicht en een geschatte zwangerschapsduur van 20 of 21 weken.

Ook al werden er geboortegegevens in het vorige semester doorgegeven en de baby wordt heropgenomen vóór hij ouder is dan 28 dagen, dienen dezelfde geboortegegevens opnieuw meegestuurd te worden omdat de registratie en de controles per semester uitgevoerd worden. Dezelfde regels gelden voor pasgeborenen die elders geboren werden (vb. thuis).

Indien een baby jonger dan 29 dagen was bij opname en gedurende meerdere registratiesemesters in het ziekenhuis verblijft, dient men voor elk deel van zijn/haar verblijf (A2_HOSPTYPE_FAC = F, M en L) een record te registreren in het bestand PATBIRTH. Hierbij worden voor deze baby telkens dezelfde geboortegegevens doorgegeven in PATBIRTH.

Medische gegevens: PATBIRTH (M4): Geboortegegevens van pasgeborenen



Voor elke pasgeborene jonger dan 29 dagen wordt dus een record aangemaakt in het bestand PATBIRTH. Dit is gekoppeld aan het veld A2_CODE_INDIC_AGE in het bestand STAYHOSP van het domein met administratieve gegevens: bij opname krijgt elke pasgeborene de waarde A2_CODE_INDIC_AGE = A, B of C.

De **gegevens in het bestand PATBIRTH** daarentegen zijn **ONAFHANKELIJK** van het feit of dit record nu meegegeven wordt samen met het verblijf van de geboorte of bij een (her)opname van een baby jonger dan 29 dagen in eender welk ziekenhuis.

Elke mens wordt maar één keer geboren en heeft dan ook maar

- één geboortediagnose (ICD-9-CM code van geboorte in veld 8: V3xxx t.e.m. MZG 2014 en ICD-10-BE categorie Z38 vanaf MZG 2015)
- één geboortegewicht (veld 11)
- enz.

De bestanden binnen het domein van de medische gegevens hoeven voor de voorlopige registratie van niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden (A2_HOSPTYPE_FAC = N) nog geen gegevens/records te bevatten.

4.3. INDELING

Dit bestand dient, voor de registratieperiode één en slechts één record te bevatten voor elke baby die in het ziekenhuis geboren wordt of die bij opname niet ouder is dan 28 dagen.

De **foreign key** van dit bestand dient terug gevonden te worden in het bestand PATHOSPI (A1). Dit wil zeggen dat de combinatie van de waarden CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR en PATNUM en ook moet voorkomen in PATHOSPI (zie punt 0. Linken tussen de bestanden).

Tabel 4-1: Recordtekening van PATBIRTH (M4): Geboortegegevens

Kolom C1	M : Verplicht veld	O : Optioneel veld
Kolom C2	F : Fixed/vaste lengte	V : Variabele lengte
Kolom C3	C : Karakter veld	N : Numeriek veld ND2 : Numeriek veld, 2 decimalen na het punt

Medische gegevens: PATBIRTH (M4): Geboortegegevens van pasgeborenen

Kolom C1: Indien een verplicht veld niet is ingevuld, krijgt men de foutmelding TECHNISCHE CONTROLES: MANDATORY FIELDS NOK.

Kolom C2 en C3: Indien de lengte of het type van het veld niet juist is, krijgt men de foutmelding TECHNISCHE CONTROLES: DATA TYPES - DATA FORMATS NOK.

In onderstaande tabel staan de *sleutelvelden (primary keys)* van het bestand *schuin en rood*. Sleutelvelden zijn variabelen waarvan de combinatie het record binnen een bepaald bestand uniek maakt, d.w.z. elke combinatie van deze velden mag binnen het bestand slechts één keer voorkomen. Dit wordt gecontroleerd tijdens de technische controles bij het opladen van de bestanden in Portahealth. Bij fouten stopt het opladen met de vermelding TECHNISCHE CONTROLES: PRIMARY KEYS NOK. Dit wil dan zeggen dat ofwel één van de sleutelvelden leeg is of dat er dubbels voorkomen.

Rood en schuin = sleutelvelden

Veldnr	Veldnaam	Omschrijving	C1	C2	C3	Lengte	Foreign key
Veld 1	CODE_AGR	Erkenningsnummer van het ziekenhuis	M	F	C	3	A1
#							
Veld 2	YEAR_REGISTR	Registratiejaar	M	F	N	4	A1
#							
Veld 3	PERIOD_REGISTR	Registratieperiode	M	V	N	1-2	A1
#							
Veld 4	PATNUM	Anoniem patiëntnummer	M	V	C	1 - 20	A1
#							
Veld 5	M4_PATNUM_MAMA	Anoniem patiëntnummer van de moeder	O	V	C	0 of 1-20	
#							
Veld 6	M4_PLACE_BIRTH	Geboorteplaats	M	F	C	1	
#							
Veld 7	M4_CODE_SYS_DIAGNOSE_BIRTH	Soort codeersysteem voor de diagnosecode van geboorte	M	F	C	1	
#							
Veld 8	M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH	Diagnosecode van geboorte	M	V	C	3-6 t.e.m. MZG2014 3-7 vanaf MZG2015	
#							
Veld 9	M4_CODE_ORDER_BIRTH	Code volgorde geboorte	M	F	N	1	
#							
Veld 10	M4_HOUR_BIRTH	Uur van geboorte	O	V	N	0 of 1-2	
#							
Veld 11	M4_WEIGHT_BIRTH	Geboortegewicht	O	V	N	0 of 1-4	
#							
Veld 12	M4_APGAR_1_MIN	Apgarscore na 1 minuut	O	V	N	0 of 1-2	
#							
Veld 13	M4_APGAR_5_MIN	Apgarscore na 5 minuten	O	V	N	0 of 1-2	
#							
Veld 14	M4_NUMBER_WEEK_PREG	Aantal weken zwangerschap	O	V	N	0 of 1-2	
#							
Veld 15	M4_NUMBER_DAY_BEFORE_BIRTH	Verblijfsduur van de moeder voor de bevalling	O	V	N	0 of 1-3	
#							
Veld 16	M4_SECTIO_Y_N	Werd er bij de moeder reeds vroeger een sectio uitgevoerd	M	F	C	1	
#							

Veldnr	Veldnaam	Omschrijving	C1	C2	C3	Lengte	Foreign key
Veld 17	M4_PERIDURAL_Y_N	Werd voor deze bevalling bij de moeder peridurale verdoving gebruikt	M	F	C	1	
#							
Veld 18	M4_INDUCED_Y_N	Werd de bevalling geïnduceerd	M	F	C	1	
#							

4.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN

De pijlen → geven de hiërarchie aan tussen de bestanden, de linken gebeuren op basis van foreign keys, zie punt 0. Linken tussen de bestanden.

De velden die in de verschillende bestanden voorkomen, worden beschreven in het eerste bestand in de hiërarchie. Voor de velden CODE_AGR, YEAR_REGISTR en PERIOD_REGISTR is dit dus het bestand HOSPITAL (S1).

M4 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis

S1 → A1 → M4 - sleutelveld

M4 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar

S1 → A1 → M4 - sleutelveld

M4 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode

S1 → A1 → M4 - sleutelveld

M4 / Veld 4 ⇒ PATNUM: anoniem patiëntnummer van de pasgeborene

A1 → M4 - sleutelveld

De waarde moet terug te vinden zijn in de bestanden PATHOSPI (A1) en STAYHOSP (A2) binnen het domein van de administratieve gegevens anders zijn de gegevens overbodig.

De velden 1 tot en met 4 van het bestand PATBIRTH bevatten de patiëntensleutel van de pasgeborene.

Er dient voor elke pasgeborene een eigen anoniem patiëntnummer toegekend te worden. Je krijgt een foutmelding indien de PATNUM van de mama gelijk is aan die van de pasgeborene.

M4 / Veld 5 ⇒ M4_PATNUM_MAMA: anoniem patiëntnummer van de moeder

Optioneel veld

Minimale lengte: 1 karakter

Maximale lengte: 20 karakters

Toegelaten karakters, voorwaarden en voorbeeld: zie veld 4 PATNUM in het bestand PATHOSPI (A1) binnen het domein van de administratieve gegevens.

Deze link met de moeder moet ingevuld worden voor alle baby's in het ziekenhuis geboren of waarbij de moeder ook opgenomen werd.

Het veld voor het anoniem patiëntnummer van de moeder dient leeg gelaten te worden als het patiëntnummer van de moeder niet in het ziekenhuis bekend is, m.a.w. als de moeder nog nooit in het ziekenhuis opgenomen geweest is.

M4 / Veld 6 ⇒ **M4_PLACE_BIRTH: geboorteplaats**

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 4-2: Toegelaten waarden voor M4 PLACE BIRTH: geboorteplaats

Tot en met MZG2012:

CODE	OMSCHRIJVING
0	Onbekend
1	Geboren in dit ziekenhuis
2	Geboren in een ander ziekenhuis
3	Niet in een ziekenhuis geboren

Vanaf MZG2013:

CODE	OMSCHRIJVING
0	Onbekend
1	Geboren in dit ziekenhuis
2	Geboren in een ander ziekenhuis
3	Niet in een ziekenhuis geboren en opgenomen om een andere reden dan de geboorte
4	Niet in een ziekenhuis geboren en opgenomen nadien omwille van de geboorte

De code 0 onbekend mag slechts in uitzonderlijke situaties gebruikt worden.

Voorbeeld: Indien men absoluut niet weet waar de baby geboren is, dan is de geboorteplaats #0#. Voor ICD-10-BE (vanaf MZG 2015) betekent dit dat geboorteplaats #0# steeds gecombineerd moet worden met de volgende diagnosecodes van geboorte: Z382, Z385 of Z388 (plaats van geboorte niet gespecificeerd).

Indien de baby net vóór de opname van de moeder in het ziekenhuis geboren wordt, dient tot en met MZG 2012 de waarde #1# gebruikt te worden en vanaf MZG 2013 de waarde #4#.

Voorbeeld t.e.m. MZG 2014 ICD-9-CM:

Bij de diagnosecode van een geboorte, veld 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH, gelijk aan #V301# (enkelvoudige levend geborene, geboren vóór opname in het ziekenhuis) toont de '1' op de vierde positie aan dat de baby net vóór de opname in het ziekenhuis geboren is.

Voorbeeld vanaf MZG 2015 ICD-10-BE:

Vanaf MZG 2015 moet in dit geval één van de volgende codes geregistreerd worden:

- code #Z381# voor een enkelvoudig levend geboren zuigeling, geboren buiten het ziekenhuis
- code #Z384# voor een levend geboren zuigeling van een tweeling geboren buiten het ziekenhuis
- code #Z387# voor een levend geboren zuigeling van een andere meerling geboren buiten het ziekenhuis.

M4 / Veld 7 ⇒ **M4_CODE_SYS_DIAGNOSE_BIRTH: soort codeersysteem voor de diagnosecode van geboorte**

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 4-3: Toegelaten waarde voor M4 CODE SYS DIAGNOSE BIRTH: soort codeersysteem voor de diagnosecode van geboorte

CODE	OMSCHRIJVING
A	ICD-9-CM (t.e.m. MZG 2014)
B	ICD-10-BE (vanaf MZG 2015)

Tot en met MZG 2014 wordt er enkel het ICD-9-CM coderingssysteem (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification) gebruikt. Tot dan moet hier voor alle verblijven de waarde #A# ingevuld worden.

Vanaf MZG 2015/1 wordt het ICD-10-BE coderingssysteem (International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification; alsook International Classification of Diseases, 10th Revision, Procedure Coding System). Vanaf dan mag enkel de waarde #B# gebruikt worden voor alle verblijven.

M4 / Veld 8 ⇒ M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH: diagnosecode van geboorte

We maken een onderverdeling voor de twee ICD-codeersystemen. Tot en met MZG 2014 werd ICD-9-CM gebruikt en vanaf MZG 2015 registreert men met ICD-10-BE.

1) M4 CODE DIAGNOSE BIRTH MET ICD-9-CM TOT EN MET MZG 2014

Verplicht veld

Minimale lengte: 3 karakters

Maximale lengte: 6 karakters

Voorbeeld: #V3000#

1. Diagnosecode van een geboorte (ICD-9-CM)

Tot en met MZG 2014 wordt de ICD-9-CM als codeersysteem gebruikt.

Tabel 4-4: Toegelaten waarden voor M4 CODE DIAGNOSE BIRTH: diagnosecode van geboorte, tot en met MZG 2014

Voor een doodgeborene moet de ICD-9-CM code #7799# gebruikt worden. Deze code mag voor geen enkele andere pasgeborene als hoofddiagnose gebruikt worden.

CODE	OMSCHRIJVING
7799	Niet gespecificeerde aandoening die zijn oorsprong heeft in de perinatale periode

Voor een levend geboren baby is dit een code uit de V30 - V39 reeks:

CODE	OMSCHRIJVING
V30xx	Levend geboren éénling
V31xx	Tweeling, gezelschap levend geboren
V32xx	Tweeling, gezelschap dood geboren
V33xx	Tweeling, verder niet gespecificeerd
V34xx	Andere meerling, alle gezellen levend geboren
V35xx	Andere meerling, alle gezellen dood geboren
V36xx	Andere meerling, gezellen sommige levend andere dood geboren
V37xx	Andere meerling, verder niet gespecificeerd
V39xx	Niet gespecificeerd

De vierde positie geeft aan of de baby al dan niet in een ziekenhuis is geboren:

CODE	BETEKENIS VAN DE VIERDE POSITIE
0	Geboren in een ziekenhuis
1	Geboren juist voor opname in een ziekenhuis
2	Geboren buiten een ziekenhuis en niet opgenomen

Medische gegevens: PATBIRTH (M4): Geboortegegevens van pasgeborenen

De vijfde positie duidt aan of er al dan niet een keizersnede diende uitgevoerd te worden. Alleen te gebruiken als het vierde cijfer 0 is:

CODE	BETEKENIS VAN DE VIJFDE POSITIE
0	Geen vermelding van keizersnede
1	Geboren via keizersnede

Hieronder de lijst met codes van de serie V30-V39 toegelaten als diagnose voor geboorte.

CODE	OMSCHRIJVING
V3000	ENKELVOUDIG LEVEND GEBORENE, GEBOREN IN ZIEKENHUIS, GEEN VERMELDING VAN BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V3001	ENKELVOUDIG LEVEND GEBORENE, GEBOREN IN ZIEKENHUIS DOOR BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V301	ENKELVOUDIGE LEVEND GEBORENE, GEBOREN VOOR OPNAME IN HET ZIEKENHUIS
V302	ENKELVOUDIGE LEVEND GEBORENE, GEBOREN BUITEN HET ZIEKENHUIS EN NIET OPGENOMEN
V3100	TWEELING, PARTNER LEVEND GEBOREN, GEBOREN IN ZIEKENHUIS, GEEN VERMELDING VAN BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V3101	TWEELING, PARTNER LEVEND GEBOREN IN HET ZIEKENHUIS DOOR BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V311	TWEELING, PARTNER LEVEND GEBOREN, GEBOREN VOOR OPNAME IN HET ZIEKENHUIS
V312	TWEELING, PARTNER LEVEND GEBOREN, GEBOREN BUITEN HET ZIEKENHUIS EN NIET OPGENOMEN
V3200	TWEELING, PARTNER DOOD GEBOREN, GEEN VERMELDING VAN BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V3201	TWEELING, PARTNER DOOD GEBOREN IN HET ZIEKENHUIS DOOR BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V321	TWEELING, PARTNER DOOD GEBOREN, GEBOREN VOOR OPNAME IN HET ZIEKENHUIS
V322	TWEELING, PARTNER DOOD GEBOREN, GEBOREN BUITEN HET ZIEKENHUIS EN NIET OPGENOMEN
V3300	TWEELING, TOESTAND PARTNER NNO, GEBOREN IN ZIEKENHUIS, GEEN VERMELDING VAN BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V3301	TWEELING, TOESTAND PARTNER NIET GESPECIFICEERD, GEBOREN IN HET ZIEKENHUIS DOOR BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V331	TWEELING, TOESTAND PARTNER NIET GESPECIFICEERD, GEBOREN VOOR OPNAME IN HET ZIEKENHUIS
V332	TWEELING, TOESTAND PARTNER NIET GESPECIFICEERD, GEBOREN BUITEN HET ZIEKENHUIS EN NIET OPGENOMEN
V3400	OVERIGE MEERLINGGEBOORTEN, ALLE PARTNERS LEVEND GEBOREN IN ZIEKENHUIS, GEEN VERMELDING VAN BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V3401	OVERIGE MEERLING GEBOORTEN, PARTNERS ALLE LEVEND GEBOREN IN HET ZIEKENHUIS DOOR BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V341	OVERIGE MEERLING GEBOORTEN, PARTNERS ALLE LEVEND GEBOREN, GEBOREN VOOR OPNAME IN HET ZIEKENHUIS
V342	OVERIGE MEERLING GEBOORTEN, PARTNERS ALLE LEVEND GEBOREN, GEBOREN BUITEN HET ZIEKENHUIS EN NIET OPGENOMEN
V3500	OVERIGE MEERLINGGEBOORTEN ALLE PARTNERS DOODGEBOREN, IN ZIEKENHUIS GEBOREN, GEEN VERMELDING VAN BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V3501	OVERIGE MEERLING GEBOORTEN, PARTNERS ALLE DOOD GEBOREN IN HET ZIEKENHUIS DOOR BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V351	OVERIGE MEERLING GEBOORTEN, PARTNERS ALLE DOOD GEBOREN, GEBOREN VOOR OPNAME IN HET ZIEKENHUIS
V352	OVERIGE MEERLING GEBOORTEN, PARTNERS ALLE DOOD GEBOREN, GEBOREN BUITEN HET ZIEKENHUIS EN NIET OPGENOMEN
V3600	OVERIGE MEERLINGGEBOORTEN, PARTNERS ZOWEL LEVEND ALS DOODGEBOREN, IN ZIEKENHUIS GEBOREN, GEEN VERMELDING VAN BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V3601	OVERIGE MEERLINGGEBOORTEN, PARTNERS ZOWEL DOOD ALS LEVEND GEBOREN IN HET ZIEKENHUIS DOOR BEVALLING VIA KEIZERSNEDE

CODE	OMSCHRIJVING
V361	OVERIGE MEERLING GEBOORTEN, PARTNERS ZOWEL LEVEND ALS DOOD GEBOREN, GEBOREN VOOR OPNAME IN HET ZIEKENHUIS
V362	OVERIGE MEERLING GEBOORTEN, PARTNERS ZOWEL LEVEND ALS DOOD GEBOREN, GEBOREN BUITEN HET ZIEKENHUIS EN NIET OPGENOMEN
V3700	OVERIGE MEERLINGGEBOORTEN, TOESTAND PARTNERS NNO, IN ZIEKENHUIS GEBOREN, GEEN VERMELDING VAN BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V3701	OVERIG MEERLING GEBOORTEN, TOESTAND PARTNER NIET GESPECIFICEERD GEBOREN IN HET ZIEKENHUIS DOOR BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V371	OVERIGE MEERLING GEBOORTEN, TOESTAND PARTNERS NIET GESPECIFICEERD, GEBOREN VOOR OPNAME IN HET ZIEKENHUIS
V372	OVERIGE MEERLING GEBOORTEN, TOESTAND PARTNERS NIET GESPECIFICEERD, GEBOREN BUITEN HET ZIEKENHUIS EN NIET OPGENOMEN
V3900	LEVEND GEBORENE, NNO, IN ZIEKENHUIS GEBOREN, GEEN VERMELDING VAN KEIZERSNEDE
V3901	LEVEND GEBORENE NNO, IN ZIEKENHUIS GEBOREN DOOR BEVALLING VIA KEIZERSNEDE
V391	LEVEND GEBORENE, ZONDER VERDERE SPECIFICATIE, GEBOREN VOOR OPNAME IN HET ZIEKENHUIS
V392	LEVEND GEBORENE, ZONDER VERDERE SPECIFICATIE, GEBOREN BUITEN HET ZIEKENHUIS EN NIET OPGENOMEN

2. Wat doen als men de geboortegegevens niet kent? (ICD-9-CM)

Indien men niet weet of het over een éénling, tweeling of meerling gaat, kan men de code #V39xx# (= niet gespecificeerd) gebruiken. Opmerking: ook voor de code volgorde van de geboorte veld 9 M4_CODE_ORDER_BIRTH dient dan de waarde #9# (= niet gespecificeerd) ingevuld te worden.

Probeer toch te weten te komen of het kind al dan niet in een ziekenhuis geboren is, anders neemt men aan van wel omdat thuisbevalling nog zeldzaam is (geboren in een ziekenhuis = cijfer '0' op de vierde positie).

Als men niet weet of het kind al dan niet met een keizersnede geboren is, is dit gelijk aan cijfer '0' op de vijfde positie, 'geen vermelding van keizersnede' (enkel mogelijk voor cijfer '0' op de vierde positie).

Dus in dit geval wordt de geboorte diagnose M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH = V3900 (levendgeborene, niet nader omschreven (NNO), in ziekenhuis geboren, geen vermelding van keizersnede).

3. Welke ICD-9-CM code voor de geverifieerde opnamediagnose in bestand STAYHOSP en de hoofddiagnose in bestand DIAGNOSE van het eerste specialisme?

Dezelfde code als die van dit veld M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH in PATBIRTH dient ook gebruikt te worden als hoofddiagnose van het eerste specialisme van het verblijf van de geboorte (veld 8 CODE_DIAGNOSE in het bestand DIAGNOSE (M1)) en de geverifieerde opnamediagnose (veld 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM in het bestand STAYHOSP binnen het domein van de administratieve gegevens).

Een code uit de reeks V30-V39 mag niet gebruikt worden als geverifieerde opnamediagnose in het bestand STAYHOSP of als hoofddiagnose in het bestand DIAGNOSE als het over een verblijf gaat verschillend van het verblijf van de geboorte (dit kan een heropname zijn in het ziekenhuis waar de pasgeborenen ook geboren is of een opname in een ander ziekenhuis). In dit geval dient hier de echte diagnose (reden van opname) worden vermeld en NIET een V3-code.

4. Voorbeelden met ICD-9-CM

1. Baby wordt geboren in ziekenhuis A: geboorteverblijf

- Het veld 8 CODE_DIAGNOSE van het bestand DIAGNOSE gecombineerd met veld 6 TYPE_DIAGNOSE = P (hoofddiagnose), geeft de hoofddiagnose aan voor het geboorteverblijf. Voorbeeld: #V3000# (= levend geboren éénling, geboren in een ziekenhuis, geen vermelding van keizersnede).
- In dit geval vinden we dezelfde diagnose terug in veld 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (ICD-9-CM code van de geboorte) in het bestand PATBIRTH (vb. #V3000#).
- Ook veld 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (geverifieerde opnamediagnose) van het bestand STAYHOSP heeft dezelfde diagnose (vb. V3000).
- In veld 6 M4_PLACE_BIRTH (geboorteplaats) van het bestand PATBIRTH dient #1# ingevuld te worden, wat betekent dat de baby in dit ziekenhuis is geboren.

2. Baby wordt geboren in ziekenhuis A: heropname in ziekenhuis A

Indien de registratie (=ontslag) van deze heropname van een baby niet ouder dan 28 dagen binnen hetzelfde semester valt als de registratie (=ontslag) van het geboorteverblijf, dan dient **geen nieuw record** aangemaakt te worden. De gegevens bevinden zich dan al in het bestand **PATBIRTH** voor dit semester.

Indien het verblijf van de heropname eindigt in het volgende semester, dan dienen **EXACT DEZELFDE GEBOORTEGEGEVENS** als in het semester van het geboorteverblijf in het bestand **PATBIRTH** opnieuw doorgestuurd te worden.

- Het veld 8 CODE_DIAGNOSE in het bestand DIAGNOSE gecombineerd met veld 6 TYPE_DIAGNOSE = P (hoofddiagnose), geeft nu de reden van opname in specialisme en niet een V3-code. Voorbeeld: #7746# (= niet gespecificeerde foetale en neonatale geelzucht).
- In dit geval is deze diagnose verschillend van de diagnose in veld 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (ICD-9-CM code van de geboorte) in het bestand PATBIRTH die wel een V3-code is, zoals #V3000# in het vorig voorbeeld.
- Het veld 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (geverifieerde opnamediagnose) van het bestand STAYHOSP moet ook de reden van opname in het ziekenhuis bevatten en niet een V3-code.
- In veld 6 M4_PLACE_BIRTH (geboorteplaats) in het bestand PATBIRTH dient #1# ingevuld te worden, wat betekent dat de baby in dit ziekenhuis is geboren.

3. Baby wordt geboren in ziekenhuis A: opname in ziekenhuis B

Voor de opname in ziekenhuis B van een baby niet ouder dan 28 dagen, bevat het bestand **PATBIRTH** van ziekenhuis B exact dezelfde geboortegegevens als in het ziekenhuis A van de geboorte, **BEHALVE** wat betreft de verwijzing naar de moeder M4_PATNUM_MAMA en naar de baby PATNUM.

Dezelfde regels gelden nadien bij een eventuele heropname in ziekenhuis B.

- Het veld 8 CODE_DIAGNOSE in het bestand DIAGNOSE gecombineerd met veld 6 TYPE_DIAGNOSE = P (hoofddiagnose), geeft de reden van opname in specialisme en niet een V3-code. Voorbeeld: #7746# (=niet gespecificeerde foetale en neonatale geelzucht).
- Ook in dit geval is deze diagnose verschillend van de diagnose in veld 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (ICD-9-CM code van de geboorte) in het bestand

PATBIRTH die wel een V3-code is, zoals #V3000# in vorig voorbeeld (ook al is de baby geboren in een ander ziekenhuis: de '0' op de vierde plaats betekent 'geboren in een ziekenhuis', en niet noodzakelijk in dit ziekenhuis).

- Het veld 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (geverifieerde opnamediagnose) van het bestand STAYHOSP moet ook de reden van opname in het ziekenhuis bevatten en niet een V3-code.
- In veld 6 M4_PLACE_BIRTH (geboorteplaats) in het bestand PATBIRTH dient nu #2# ingevuld te worden, wat betekent dat de baby in een ander ziekenhuis is geboren.
- Het veld 5 M4_PATNUM_MAMA (anoniem patiëntnummer van de moeder) in het bestand PATBIRTH moet blanco blijven als het nummer niet gekend is in het ziekenhuis, wat betekent dat de moeder nooit eerder is opgenomen in het ziekenhuis.

4. Baby wordt thuis geboren: opname in een ziekenhuis om een andere reden dan de geboorte

Dezelfde regels gelden als bij een eventuele heropname in dit ziekenhuis.

- Het veld 8 CODE_DIAGNOSE van het bestand DIAGNOSE gecombineerd met veld 6 TYPE_DIAGNOSE = P (hoofddiagnose), geeft de reden van opname in specialisme en niet een V3-code. Voorbeeld: #7746# (= niet gespecificeerde foetale en neonatale geelzucht).
- Ook in dit geval is deze diagnose verschillend van de diagnose in veld 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (ICD-9-CM code van de geboorte) in het bestand PATBIRTH die wel een V3-code is. Voorbeeld: #V302# (enkelvoudige levend geborene, geboren buiten een ziekenhuis en niet opgenomen).

Opmerkingen:

- De '2' op de vierde positie wijst erop dat de baby wel degelijk buiten een ziekenhuis geboren is en niet opgenomen werd. Als hij binnen de 29 dagen na de geboorte opgenomen wordt, dan moeten ook de gegevens voor het bestand PATBIRTH meegegeven te worden. Men dient dan in het bestand PATBIRTH een geboortecode te kiezen met een '2' op de vierde positie. Deze code kan **alleen** in het bestand PATBIRTH voorkomen en **niet** in het bestand DIAGNOSE of in het bestand STAYHOSP.
- Indien de baby net vóór de opname van de moeder in het ziekenhuis geboren wordt, dan spreken we wel over het verblijf van de geboorte (zie het eerste voorbeeld hierboven), met zowel in het bestand PATBIRTH als in het bestand DIAGNOSE bijvoorbeeld de geboortecode #V301# (enkelvoudige levend geborene, geboren vóór opname in het ziekenhuis). De '1' op de vierde positie wijst erop dat de baby net vóór de opname in het ziekenhuis geboren is.
- Het veld 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (geverifieerde opnamediagnose) van het bestand STAYHOSP moet ook de reden van opname in het ziekenhuis bevatten en niet een V3-code.
- In veld 6 M4_PLACE_BIRTH (geboorteplaats) van het bestand PATBIRTH dient hier #3# ingevuld te worden, wat betekent dat de baby niet in een ziekenhuis is geboren. Voor dit geval registreert men code #3# zowel tot en met MZG 2012 als vanaf MZG 2013.
- Het veld 5 M4_PATNUM_MAMA (anoniem patiëntnummer van de moeder) in het bestand PATBIRTH moet blanco blijven indien het nummer niet gekend is in het ziekenhuis, dit betekent dat de moeder nooit eerder is opgenomen in het ziekenhuis.

5. Baby wordt buiten een ziekenhuis geboren: opname in een ziekenhuis omwille van de geboorte

Indien de baby buiten een ziekenhuis geboren wordt net vóór zijn opname en die van de moeder in het ziekenhuis, dan spreken we over het geboorteverblijf (zie voorbeeld 1 hierboven).

- Het veld 8 CODE_DIAGNOSE van het bestand DIAGNOSE gecombineerd met veld 6 TYPE_DIAGNOSE = P (hoofddiagnose), geeft de hoofddiagnose voor het geboorteverblijf aan. Voorbeeld: #V301# (enkelvoudige levend geborene, geboren juist vóór opname in het ziekenhuis). De '1' op de vierde positie wijst erop dat de baby net vóór de opname in het ziekenhuis is geboren.
- In dit geval vinden we dezelfde diagnose terug in veld 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (ICD-9-CM code van de geboorte) in het bestand PATBIRTH. Voorbeeld: #V301#.
- Ook veld 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (geverifieerde opnamediagnose) van het bestand STAYHOSP heeft dezelfde diagnose. Voorbeeld: #V301#.
- In veld 6 M4_PLACE_BIRTH (geboorteplaats) van het bestand PATBIRTH dient tot en met MZG 2012 #1# ingevuld te worden, wat betekent dat de baby in dit ziekenhuis is geboren. Vanaf MZG 2013 dient hier #4# ingevuld te worden.

2) M4 CODE DIAGNOSE BIRTH MET ICD-10-BE VANAF MZG 2015

Verplicht veld

Minimale lengte: 3 karakters

Maximale lengte: 7 karakters

Voorbeeld: #Z3800#

5. *Diagnosecode van een geboorte (ICD-10-BE)*

Vanaf MZG 2015/1 wordt enkel het ICD-10-BE codeersysteem gebruikt.

Tabel 4-5: Toegelaten waarden voor M4 CODE DIAGNOSE BIRTH: diagnosecode van geboorte, vanaf MZG 2015

Voor een doodgeborene moet de ICD-10-BE code #P95# gebruikt worden.

CODE	OMSCHRIJVING
P95	Doodgeboorte

Voor een levend geboren baby is dit een code uit categorie Z38:

CODE	OMSCHRIJVING
Z3800	enkelvoudig levend geboren zuigeling, geboren in ziekenhuis, via een vaginale bevalling
Z3801	enkelvoudig levend geboren zuigeling, geboren in ziekenhuis, via een keizersnede
Z381	enkelvoudig levend geboren zuigeling, geboren buiten ziekenhuis
Z382	enkelvoudig levend geboren zuigeling, plaats van de geboorte niet gespecificeerd
Z3830	levend geboren zuigeling van een tweeling, geboren in ziekenhuis, via een vaginale bevalling
Z3831	levend geboren zuigeling van een tweeling, geboren in ziekenhuis, via een keizersnede
Z384	levend geboren zuigeling van een tweeling, geboren buiten ziekenhuis
Z385	levend geboren zuigeling van een tweeling, plaats van de geboorte niet gespecificeerd
Z3861	levend geboren zuigeling van een drieling, geboren in ziekenhuis, via een vaginale bevalling
Z3862	levend geboren zuigeling van een drieling, geboren in ziekenhuis, via een keizersnede
Z3863	levend geboren zuigeling van een vierling, geboren in ziekenhuis, via een vaginale bevalling
Z3864	levend geboren zuigeling van een vierling, geboren in ziekenhuis, via een keizersnede
Z3865	levend geboren zuigeling van een vijfing, geboren in ziekenhuis, via een vaginale bevalling
Z3866	levend geboren zuigeling van een vijfing, geboren in ziekenhuis, via een keizersnede
Z3868	levend geboren zuigeling van een andere meerling, geboren in ziekenhuis, via een vaginale bevalling

CODE	OMSCHRIJVING
Z3869	levend geboren zuigeling van een andere meerling, geboren in ziekenhuis, via een keizersnede
Z387	levend geboren zuigeling van een andere meerling, geboren buiten ziekenhuis
Z388	levend geboren zuigeling van een andere meerling, plaats van de geboorte niet gespecificeerd

6. Wat doen als men de geboortegegevens niet kent? (ICD-10-BE)

Indien men niet weet of het over een éénling, tweeling of meerling gaat, dan verwijst de index naar de code #Z382# (code bij verstek via index: 'Newborn'), #Z3800# (code bij verstek via index: 'Newborn, born in hospital'), #Z3801# (code bij verstek via index: 'Newborn, born in hospital, by cesarean') of #Z381# (code bij verstek via index: 'Newborn, born outside hospital'). Opmerking: ook voor de code volgorde van de geboorte veld 9 M4_CODE_ORDER_BIRTH dient dan de waarde #9# (= niet gespecificeerd) ingevuld te worden.

Indien men niet weet of het kind al dan niet in een ziekenhuis geboren is, wordt de code #Z382#, #Z385# of #Z388# gebruikt.

Als men niet weet of het kind al dan niet met een keizersnede geboren is, dan verwijst de index bij verstek naar de code voor een vaginale bevalling.

7. Welke ICD-10-BE code voor de geverifieerde opnamediagnose in bestand STAYHOSP en de hoofddiagnose in bestand DIAGNOSE van het eerste specialisme?

Dezelfde code als die van dit veld M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH in PATBIRTH dient ook gebruikt te worden als hoofddiagnose van het eerste specialisme van het verblijf van de geboorte (veld 8 CODE_DIAGNOSE in het bestand DIAGNOSE (M1)) en de geverifieerde opnamediagnose (veld 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM in het bestand STAYHOSP binnen het domein van de administratieve gegevens).

Een code uit categorie Z38 mag niet gebruikt worden als geverifieerde opnamediagnose in het bestand STAYHOSP of als hoofddiagnose in het bestand DIAGNOSE als het over een verblijf gaat verschillend van het verblijf van de geboorte (dit kan een heropname zijn in het ziekenhuis waar de pasgeborene ook geboren is of een opname in een ander ziekenhuis). In dit geval dient hier de echte diagnose (reden van opname) te worden vermeld en NIET een code uit categorie Z38.

8. Voorbeelden met ICD-10-BE

1. Baby wordt geboren in ziekenhuis A: geboorteverblijf

- Het veld 8 CODE_DIAGNOSE van het bestand DIAGNOSE gecombineerd met veld 6 TYPE_DIAGNOSE = P (hoofddiagnose), geeft de hoofddiagnose aan voor het geboorteverblijf. Voorbeeld: #Z3800# (= enkelvoudig levend geboren zuigeling, geboren in ziekenhuis, via een vaginale bevalling).
- In dit geval vinden we dezelfde diagnose terug in veld 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (ICD-10-BE code van de geboorte) in het bestand PATBIRTH (vb. # Z3800#).
- Ook veld 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (geverifieerde opnamediagnose) van het bestand STAYHOSP heeft dezelfde diagnose.
- In veld 6 M4_PLACE_BIRTH (geboorteplaats) van het bestand PATBIRTH dient #1# ingevuld te worden, wat betekent dat de baby in dit ziekenhuis is geboren.

2. Baby wordt geboren in ziekenhuis A: heropname in ziekenhuis A

Indien de registratie (=ontslag) van deze heropname van een baby niet ouder dan 28 dagen binnen hetzelfde semester valt als de registratie (=ontslag) van het geboorteverblijf, dan dient **geen nieuw record** aangemaakt te worden. De gegevens bevinden zich dan al in het bestand **PATBIRTH** voor dit semester.

Indien het verblijf van de heropname eindigt in het volgende semester, dan dienen **EXACT DEZELFDE GEBOORTEGEGEVENS** als in het semester van het geboorteverblijf in het bestand **PATBIRTH** opnieuw doorgestuurd te worden.

- Het veld 8 CODE_DIAGNOSE in het bestand DIAGNOSE gecombineerd met veld 6 TYPE_DIAGNOSE = P (hoofddiagnose), geeft nu de reden van opname in specialisme en niet een code uit categorie Z38. Voorbeeld: #P599# (= niet gespecificeerde neonatale geelzucht).
- In dit geval is deze diagnose verschillend van de diagnose in veld 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (ICD-10-BE code van de geboorte) in het bestand PATBIRTH die wel een code uit categorie Z38 is, zoals #Z3800# in het vorig voorbeeld.
- Het veld 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (geverifieerde opnamediagnose) van het bestand STAYHOSP moet ook de reden van opname in het ziekenhuis bevatten en niet een code uit categorie Z38.
- In veld 6 M4_PLACE_BIRTH (geboorteplaats) in het bestand PATBIRTH dient #1# ingevuld te worden, wat betekent dat de baby in dit ziekenhuis is geboren.

3. Baby wordt geboren in ziekenhuis A: opname in ziekenhuis B

Voor de opname in ziekenhuis B van een baby niet ouder dan 28 dagen, bevat het bestand **PATBIRTH** van ziekenhuis B exact dezelfde geboortegegevens als in het ziekenhuis A van de geboorte, **BEHALVE** wat betreft de verwijzing naar de moeder M4_PATNUM_MAMA en naar de baby PATNUM.

Dezelfde regels gelden nadien bij een eventuele heropname in ziekenhuis B.

- Het veld 8 CODE_DIAGNOSE in het bestand DIAGNOSE gecombineerd met veld 6 TYPE_DIAGNOSE = P (hoofddiagnose), geeft de reden van opname in specialisme en niet een code uit categorie Z38. Voorbeeld: #P599# (=niet gespecificeerde neonatale geelzucht).
- Ook in dit geval is deze diagnose verschillend van de diagnose in veld 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (ICD-10-BE code van de geboorte) in het bestand PATBIRTH die wel een code uit categorie Z38 is, zoals #Z3800# in vorig voorbeeld (ook al is de baby geboren in een ander ziekenhuis).
- Het veld 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (geverifieerde opnamediagnose) van het bestand STAYHOSP moet ook de reden van opname in het ziekenhuis bevatten en niet een code uit categorie Z38.
- In veld 6 M4_PLACE_BIRTH (geboorteplaats) in het bestand PATBIRTH dient nu #2# ingevuld te worden, wat betekent dat de baby in een ander ziekenhuis is geboren.
- Het veld 5 M4_PATNUM_MAMA (anoniem patiëntnummer van de moeder) in het bestand PATBIRTH moet blanco blijven als het nummer niet gekend is in het ziekenhuis, wat betekent dat de moeder nooit eerder is opgenomen in het ziekenhuis.

4. Baby wordt thuis geboren: opname in een ziekenhuis om een andere reden dan de geboorte

Dezelfde regels gelden als bij een eventuele heropname in dit ziekenhuis.

- Het veld 8 CODE_DIAGNOSE van het bestand DIAGNOSE gecombineerd met veld 6 TYPE_DIAGNOSE = P (hoofddiagnose), geeft de reden van opname in specialisme en niet een code uit categorie Z38. Voorbeeld: #P599# (= niet gespecificeerde neonatale geelzucht).
- Ook in dit geval is deze diagnose verschillend van de diagnose in veld 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (ICD-10-BE code van de geboorte) in het bestand PATBIRTH die wel een code uit categorie Z38 is. Voorbeeld: #Z381# (enkelvoudig levend geboren zuigeling, geboren buiten ziekenhuis).

Opmerking:

Z381 uit het voorbeeld wijst erop dat de enkelvoudig levend geboren zuigeling wel degelijk buiten een ziekenhuis geboren is. Als hij binnen de 29 dagen na de geboorte opgenomen wordt, dan moeten ook de gegevens voor het bestand PATBIRTH meegegeven te worden. Deze code kan **alleen** in het bestand PATBIRTH voorkomen en **niet** in het bestand DIAGNOSE of in het bestand STAYHOSP.

- Het veld 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (geverifieerde opnamediagnose) van het bestand STAYHOSP moet ook de reden van opname in het ziekenhuis bevatten en niet een code uit categorie Z38.
- In veld 6 M4_PLACE_BIRTH (geboorteplaats) van het bestand PATBIRTH dient hier #3# ingevuld te worden, wat betekent dat de baby niet in een ziekenhuis is geboren. Voor dit geval registreert men code #3# zowel tot en met MZG 2012 als vanaf MZG 2013.
- Het veld 5 M4_PATNUM_MAMA (anoniem patiëntnummer van de moeder) in het bestand PATBIRTH moet blanco blijven indien het nummer niet gekend is in het ziekenhuis, dit betekent dat de moeder nooit eerder is opgenomen in het ziekenhuis.

5. Baby wordt buiten een ziekenhuis geboren: opname in een ziekenhuis omwille van de geboorte

Indien de baby buiten een ziekenhuis geboren wordt net vóór zijn opname en die van de moeder in het ziekenhuis, dan spreken we over het geboorteverblijf (zie voorbeeld 1 hierboven).

- Het veld 8 CODE_DIAGNOSE van het bestand DIAGNOSE gecombineerd met veld 6 TYPE_DIAGNOSE = P (hoofddiagnose), geeft de hoofddiagnose voor het geboorteverblijf aan. Voorbeeld: #Z381# (enkelvoudig levend geboren zuigeling, geboren buiten ziekenhuis). Z381 uit het voorbeeld wijst erop dat de enkelvoudig levend geboren zuigeling buiten een ziekenhuis geboren is.
- In dit geval vinden we dezelfde diagnose terug in veld 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (ICD-10-BE code van de geboorte) in het bestand PATBIRTH. Voorbeeld: #Z381#.
- Ook veld 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (geverifieerde opnamediagnose) van het bestand STAYHOSP heeft dezelfde diagnose. Voorbeeld: #Z381#.
- In veld 6 M4_PLACE_BIRTH (geboorteplaats) van het bestand PATBIRTH dient tot en met MZG 2012 #1# ingevuld te worden, wat betekent dat de baby in dit ziekenhuis is geboren. Vanaf MZG 2013 dient hier #4# ingevuld te worden.

3) **ANDERE VARIABELEN MET BETREKKING TOT HET GEBOORTEVERBLIJF**

Bij het registreren van het geboorteverblijf dienen de volgende variabelen van het bestand STAYHOSP zoals hieronder aangeduid, ingevuld worden:

Veld 16	Code heropname → 2
Veld 18	Indicator leeftijd → A
Veld 23	Plaats vóór opname → 8
Veld 24	Type opname → 8
Veld 25	Verwezen door → 8

En bij de registratie van een doodgeboren pasgeborene:

Veld 26	Bestemming → 8
Veld 27	Type ontslag → 3 of 4

M4 / Veld 9 ⇒ M4_CODE_ORDER_BIRTH: code volgorde geboorte

Verplicht veld

Vast formaat: 1 cijfer

Tabel 4-6: Toegelaten waarden voor M4 CODE ORDER BIRTH: code volgorde geboorte

CODE	OMSCHRIJVING
0	Geboorte van een éénling
1	Eerste geborene van een meerling
2	Tweede geborene van een meerling
3	Derde geborene van een meerling
4	Vierde geborene van een meerling
5	Vijfde geborene van een meerling
6	Zesde geborene van een meerling
7	Zevende geborene van een meerling
8	Vanaf de achtste geborene van een meerling
9	Niet gespecificeerd

M4 / Veld 10 ⇒ M4_HOUR_BIRTH: uur van geboorte

Optioneel veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Toegelaten waarden: van #0# tot en met #23# (NIET #24#)

Het uur van geboorte wordt weergegeven in 2 cijfers. Er wordt dus geen rekening gehouden met de minuten. Er dient afgerond te worden tot op het uur:

- van 1 tot 30 minuten naar het uur,
- vanaf 31 minuten naar het volgend uur, **behalve voor geboortes na 23 uur die worden niet naar de volgende dag doorgeschoven maar blijven op 23 uur.**

M4 / Veld 11 ⇒ M4_WEIGHT_BIRTH: geboortegewicht

Optioneel veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 4 cijfers

Voorbeeld: #2500#

Het geboortegewicht wordt weergegeven in **GRAM**. Er mogen geen decimalen gebruikt worden.

M4 / Veld 12 ⇒ M4_APGAR_1_MIN: apgarscore na 1 minuut

Optioneel veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Toegelaten waarden: van #0# tot en met #10#

De apgarscore is een score die de algemene toestand van de pasgeborene weergeeft en wordt vastgesteld op 1 en 5 minuten na de geboorte. In het geval van een pasgeborene, doodgeboren, zal dit veld en het volgende veld de waarde #0# bevatten.

M4 / Veld 13 ⇒ M4_APGAR_5_MIN: apgarscore na 5 minuten

Optioneel veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Toegelaten waarden: van #0# tot en met #10#

M4 / Veld 14 ⇒ M4_NUMBER_WEEK_PREG: aantal weken zwangerschap

Optioneel veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Voorbeeld: meestal tussen #22# en #42#

M4 / Veld 15 ⇒ M4_NUMBER_DAY_BEFORE_BIRTH: verblijfsduur van de moeder voor de bevalling

Optioneel veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 3 cijfers

Voorbeeld: #2#

De verblijfsduur in dagen van de moeder vóór de bevalling wordt berekend als: de datum van de bevalling **min** de opnamedatum van de moeder in ziekenhuis.

Voorbeeld: De moeder werd opgenomen op 25 mei 2015 en de baby wordt geboren op 26 mei, dus M4_NUMBER_DAY_BEFORE_BIRTH = 1 (26 mei - 25 mei).

M4 / Veld 16 ⇒ M4_SECTIO_Y_N: werd er bij de moeder reeds vroeger een sectio uitgevoerd

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 4-7: Toegelaten waarden voor M4 SECTIO Y N: werd er bij de moeder reeds vroeger een sectio uitgevoerd

CODE	OMSCHRIJVING
Y	Er werd reeds eerder een sectio uitgevoerd bij een vorige bevalling (deze bevalling wordt buiten beschouwing gelaten).
N	Er werd nog nooit eerder een sectio uitgevoerd.
U	Onbekend

Hiervoor wordt gekeken naar alle vorige bevallingen van de moeder. Er wordt geen rekening gehouden met een eventuele sectio bij de huidige bevalling.
Gaaf het over een eerste bevalling, dan is de waarde standaard #N#.

M4 / Veld 17 ⇒ M4_PERIDURAL_Y_N: werd er voor deze bevalling bij de moeder peridurale verdoving gebruikt

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 4-8: Toegelaten waarden voor M4 PERIDURAL Y N: werd er voor deze bevalling bij de moeder peridurale verdoving gebruikt

CODE	OMSCHRIJVING
Y	Er werd <u>wel</u> een peridurale verdoving gebruikt.
N	Er werd <u>geen</u> peridurale verdoving gebruikt.
U	Onbekend

M4 / Veld 18 ⇒ M4_INDUCED_Y_N: werd deze bevalling geïnduceerd

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 4-9: Toegelaten waarden voor M4 INDUCED Y N: werd deze bevalling geïnduceerd

CODE	OMSCHRIJVING
Y	De bevalling werd <u>wel</u> geïnduceerd
N	De bevalling werd <u>niet</u> geïnduceerd
U	Onbekend

Onder inductie moet men verstaan alle handelingen met de intentie de bevalling in te leiden. Enkel de handelingen gesteld voordat de bevalling spontaan begonnen is komen in aanmerking. Het gaat dus niet over een activatie of stimulatie van de arbeid die reeds spontaan op gang gekomen is. Het gaat dus niet over het breken van de vliezen nadat de arbeid reeds spontaan begonnen is.

4.5. VOORBEELDEN VAN EEN REGISTRATIE

Voorbeelden van een registratie van het bestand 001-Z-3.0-S-PATBIRTH-2015-1.TXT:

001#2015#1#SB203569#STAY21448#1#B#Z3830#1#23#2105#7#7#31#1#N#Y#Y#

001#2015#1#SB204532#STAY21448#1#B#Z3830#2#23#2090#6#7#31#1#N#Y#Y#

5. TESTRESU (M5): Resultaten onderzoeken

5.1. NAAM

XXX-Z-VERS-M-TESTRESU-YYYY-P.TXT

Voorbeeld:

001-Z-3.0-M-TESTRESU-2015-1.TXT

5.2. INHOUD

In dit bestand worden de resultaten van labo uitslagen en dergelijke vermeld. Vanaf 1 januari 2008 werd er in overleg met de cardiologen gestart met het registreren van één type resultaat.

Art 12, 4° Resultaten van bepaalde medische onderzoeken

a) voor de patiënten met een acuut myocardi infarct, de elevatie van het ST-segment (STEMI).

Dit betekent dat er enkel in dat ziekenhuis een record dient aangemaakt te worden voor patiënten waarbij de diagnose myocardi infarct voor de eerste keer vastgesteld is en waarbij er een elevatie van het ST-segment geprotocolleerd is. De datum dat deze elevatie voor het eerst tijdens het huidige verblijf geprotocolleerd werd, dient vermeld te worden. Indien deze patiënt met een gekend infarct naar een ander ziekenhuis doorverwezen wordt (bv. voor behandeling), dan moet dit tweede ziekenhuis deze verhoging niet registreren, tenzij deze patiënt hier in dit tweede ziekenhuis een nieuw hartinfarct doet.

De bestanden binnen het domein van de medische gegevens hoeven voor de voorlopige registratie van niet-beëindigde verblijven waarbij de verpleegkundige gegevens reeds dienen doorgestuurd te worden (A2_HOSPTYPE_FAC = N) nog geen gegevens/records te bevatten.

Vanaf 2015/1 dient dit bestand niet meer ingevuld te worden. De diagnosecodes in ICD-10-BE in het bestand DIAGNOSE zullen toelaten deze informatie af te leiden.

5.3. INDELING

Dit bestand kan voorlopig per ziekenhuisverblijf geen of één record bevatten.

De **foreign key** van dit bestand dient terug gevonden te worden in het bestand STAYHOSP (A2). Dit wil zeggen dat de combinatie van de waarden CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR en STAYNUM en ook moet voorkomen in STAYHOSP (zie punt 0. Linken tussen de bestanden).

Tabel 5-1: Recordtekening van TESTRESU (M5): Resultaten onderzoeken

Kolom C1	M : Verplicht veld	O : Optioneel veld
Kolom C2	F : Fixed/vaste lengte	V : Variabele lengte
Kolom C3	C : Karakter veld	N : Numeriek veld ND2 : Numeriek veld, 2 decimalen na het punt

Kolom C1: Indien een verplicht veld niet is ingevuld, krijgt men de foutmelding TECHNISCHE CONTROLES: MANDATORY FIELDS NOK.

Kolom C2 en C3: Indien de lengte of het type van het veld niet juist is, krijgt men de foutmelding TECHNISCHE CONTROLES: DATA TYPES - DATA FORMATS NOK.

In onderstaande tabel staan de **sleutelvelden** (*primary keys*) van het bestand **schuin en rood**. Sleutelvelden zijn variabelen waarvan de combinatie het record binnen een bepaald bestand uniek maakt, d.w.z. elke combinatie van deze velden mag binnen het bestand slechts één keer voorkomen. Dit wordt gecontroleerd tijdens de technische controles bij het opladen van de bestanden in Portahealth. Bij fouten stopt het opladen met de vermelding TECHNISCHE CONTROLES: PRIMARY KEYS NOK. Dit wil dan zeggen dat ofwel één van de sleutelvelden leeg is of dat er dubbels voorkomen.

Rood en schuin = sleutelvelden

Veldnr	Veldnaam	Omschrijving	C1	C2	C3	Lengte	Foreign Key
Veld 1	CODE_AGR	Erkeningsnummer van het ziekenhuis	M	F	C	3	A2
#							
Veld 2	YEAR_REGISTR	Registratiejaar	M	F	N	4	A2
#							
Veld 3	PERIOD_REGISTR	Registratieperiode	M	V	N	1-2	A2
#							
Veld 4	STAYNUM	Verblijfsnummer	M	V	C	1-15	A2
#							
Veld 5	M5_TYPE_TEST	Type onderzoek	M	F	C	4	
#							
Veld 6	M5_YEAR_TEST	Jaar van uitvoering van de test	M	F	N	4	
#							
Veld 7	M5_MONTH_TEST	Maand van uitvoering van de test	M	V	N	1-2	
#							
Veld 8	M5_DAY_TEST	Dag van uitvoering van de test	M	V	N	1-2	
#							
Veld 9	M5_ORDER_TEST_1_DAY	Volgorde van uitvoering voor eenzelfde onderzoek op dezelfde dag	M	V	N	1-2	
#							
Veld 10	M5_RESULT_TEST	Resultaat	M	V	C	1-10	
#							

5.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN

De pijlen → geven de hiërarchie aan tussen de bestanden, de linken gebeuren op basis van foreign keys, zie punt 0. Linken tussen de bestanden.

De velden die in de verschillende bestanden voorkomen, worden beschreven in het eerste bestand in de hiërarchie. Voor de velden CODE_AGR, YEAR_REGISTR en PERIOD_REGISTR is dit dus het bestand HOSPITAL (S1).

M5 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkeningsnummer van het ziekenhuis

S1 → A1 → A2 → M5 - sleutelveld

M5 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar

S1 → A1 → A2 → M5 - sleutelveld

M5 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode

S1 → A1 → A2 → M5 - sleutelveld

M5 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: verblijfsnummer

A2 → M5 - sleutelveld

M5 / Veld 5 ⇒ M5_TYPE_TEST: type onderzoek

M5 - sleutelveld

Vast formaat: 4 karakters

Tabel 5-2: Toegelaten waarden voor M5_TYPE_TEST: type onderzoek

CODE	OMSCHRIJVING
C001	EKG

M5 / Veld 6 ⇒ M5_YEAR_TEST: jaar van uitvoering van het onderzoek

M5 - sleutelveld

Vast formaat: 4 karakters

Voorbeeld: #2015#

M5 / Veld 7 ⇒ M5_MONTH_TEST: maand van uitvoering van het onderzoek

M5 - sleutelveld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Toegelaten waarden: van #1# tot en met #12#

M5 / Veld 8 ⇒ M5_DAY_TEST: dag in de maand van uitvoering van het onderzoek

M5 - sleutelveld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Toegelaten waarden: van #1# tot en met #31#

M5 / Veld 9 ⇒ M5_ORDER_TEST_1_DAY: volgorde van uitvoering voor eenzelfde onderzoek op dezelfde dag

M5 - sleutelveld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Toegelaten waarden: van #1# tot en met #99#

Het gaat om de volgorde van uitvoeren binnen 1 dag voor 1 onderzoek: de volgorde begint voor elk verschillend onderzoek binnen 1 dag met #1#.

Voor de elevatie van het ST-segment is de waarde van dit veld STEEDS #1#.

M5 / Veld 10 ⇒ M5_RESULT_TEST: resultaat

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 karakter

Maximale lengte: 10 karakters

Toegelaten waarde: voorlopig enkel #Y#

Tabel 5-3: Toegelaten waarden voor M5_RESULT_TEST: resultaat

Veld 5: M5_TYPE_TEST	Veld 10: M5_RESULT_TEST	OMSCHRIJVING
C001	Y	Verhoogd ST-segment

5.5. VOORBEELD VAN EEN REGISTRATIE

Voorbeeld van een registratie van het bestand 001-Z-3.0-S-TESTRESU-2015-1.TXT:

001#2015#1#STAY252324#C001#2015#6#23#1#Y#

6. URGADMIN (M6): Gegevens over de opname via spoed

6.1. NAAM

XXX-Z-VERS-M-URGADMIN-YYYY-P.TXT

Voorbeeld:

001-Z-3.0-M-URGADMIN-2015-1.TXT

6.2. INHOUD

In dit bestand worden de gegevens opgevraagd die specifiek zijn voor een contact met de dienst spoedgevallen.

We vragen informatie over de reden van de spoedopname (die geen diagnose is), de eventuele rol van de patiënt in een ongeval, de follow-up die voorzien wordt, de behandeling die op spoed reeds gegeven werd en het eventuele letseltype waarmee de patiënt zich op spoed aanbiedt. De reden en de rol worden voor alle passages op de spoed gevraagd, de andere informatie enkel voor de ambulante spoed.

Er moeten enkel gegevens ingevuld worden als de patiënt bij het begin van zijn verblijf via de dienst spoedgevallen opgenomen wordt.

De bestanden binnen het domein van de medische gegevens hoeven voor de voorlopige registratie van niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden (A2_HOSPTYPE_FAC = N) nog geen gegevens/records te bevatten.

6.3. INDELING

Dit bestand kan per ziekenhuisverblijf geen, één of meerdere records bevatten.

De **foreign key** van dit bestand dient terug gevonden te worden in het bestand STAYSPEC (A3). Dit wil zeggen dat de combinatie van de waarden CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, STAYNUM en ORDER_SPEC ook moet voorkomen in STAYSPEC (zie punt 0. Linken tussen de bestanden).

Tabel 6-1: Recordtekening van URGADMIN (M6): Gegevens over de opname via spoed

Kolom C1	M : Verplicht veld	O : Optioneel veld
Kolom C2	F : Fixed/vaste lengte	V : Variabele lengte
Kolom C3	C : Karakter veld	N : Numeriek veld
		ND2 : Numeriek veld, 2 decimalen na het punt

Kolom C1: Indien een verplicht veld niet is ingevuld, krijgt men de foutmelding TECHNISCHE CONTROLES: MANDATORY FIELDS NOK.

Kolom C2 en C3: Indien de lengte of het type van het veld niet juist is, krijgt men de foutmelding TECHNISCHE CONTROLES: DATA TYPES - DATA FORMATS NOK.

In onderstaande tabel staan de **sleutelvelden** (*primary keys*) van het bestand **schuin en rood**. Sleutelvelden zijn variabelen waarvan de combinatie het record binnen een bepaald bestand uniek maakt, d.w.z. elke combinatie van deze velden mag binnen het bestand slechts één keer voorkomen. Dit wordt gecontroleerd tijdens de technische controles bij het opladen van de bestanden in Portahealth. Bij fouten stopt het opladen met de vermelding TECHNISCHE

CONTROLES: PRIMARY KEYS NOK. Dit wil dan zeggen dat ofwel één van de sleutelvelden leeg is of dat er dubbels voorkomen.

Rood en schuin = sleutelvelden

Veldnr	Veldnaam	Omschrijving	C1	C2	C3	Lengte	Foreign Key
<i>Veld 1</i>	<i>CODE_AGR</i>	<i>Erkenningsnummer van het ziekenhuis</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>3</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Veld 2</i>	<i>YEAR_REGISTR</i>	<i>Registratiejaar</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>N</i>	<i>4</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Veld 3</i>	<i>PERIOD_REGISTR</i>	<i>Registratieperiode</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Veld 4</i>	<i>STAYNUM</i>	<i>Verblijfsnummer</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>C</i>	<i>1-15</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Veld 5</i>	<i>ORDER_SPEC</i>	<i>Volgnummer specialisme</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Veld 6</i>	<i>M6_TYPE_INFO_URG</i>	<i>Code info spoed</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>1</i>	
#							
<i>Veld 7</i>	<i>M6_CODE_INFO_URG</i>	<i>Reden spoedopname / rol in ongeval/ follow up / behandeling / letseltype</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>1</i>	
#							

6.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN

De pijlen → geven de hiërarchie aan tussen de bestanden, de linken gebeuren op basis van foreign keys, zie punt 0. Linken tussen de bestanden.

De velden die in de verschillende bestanden voorkomen, worden beschreven in het eerste bestand in de hiërarchie. Voor de velden CODE_AGR, YEAR_REGISTR en PERIOD_REGISTR is dit dus het bestand HOSPITAL (S1).

M6 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis

S1 → A1 → A2 → A3 → M6 - sleutelveld

M6 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar

S1 → A1 → A2 → A3 → M6 - sleutelveld

M6 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode

S1 → A1 → A2 → A3 → M6 - sleutelveld

M6 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: verblijfsnummer

A2 → A3 → M6 - sleutelveld

M6 / Veld 5 ⇒ ORDER_SPEC: volgnummer specialisme

A3 → M6 – sleutelveld

In het bestand URGADMIN moet ORDER_SPEC steeds gelijk zijn aan 1. In dit bestand moeten immers enkel die verblijven geregistreerd worden waarbij de patiënt via de dienst spoedgevallen opgenomen werd.

M6 / Veld 6 ⇒ M6_TYPE_INFO_URG: code info spoed

M6 - sleutelveld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 6-2: Toegelaten waarden voor M6 TYPE INFO URG: code info spoed

CODE	OMSCHRIJVING	SITUATIE
R	Reden van het contact met spoed	Alle passages op de dienst spoedgevallen
O	Rol in het verkeersongeval	Alle passages op de dienst spoedgevallen als het om een verkeersongeval gaat
F	De eventuele follow-up na het contact met spoed	Enkel ambulante spoed (A2_HOSPTYPE_FAC = U)
T	De behandeling op spoed	Enkel ambulante spoed (A2_HOSPTYPE_FAC = U) als er een behandeling geweest is
L	Het letseltype	Enkel ambulante spoed (A2_HOSPTYPE_FAC = U) als er een letsel is

Opmerking: Een verblijf kan één tot meerdere van bovenstaande codes toegewezen krijgen. Al naar gelang toegewezen codes krijgt men dan een aantal rijen in URGADMIN (zie tabel 6-8).

M6 / Veld 7 ⇒ M6_CODE_INFO_URG: reden spoedopname / rol in ongeval / follow-up/ behandeling / letseltype

M6 - sleutelveld

Vast formaat: 1 karakter

De code van dit veld hangt af van de waarde van veld 6 M6_TYPE_INFO_URG. Hieronder worden de mogelijke codes voor veld 7 M6_CODE_INFO_URG gegeven voor elke code van veld 6 M6_TYPE_INFO_URG.

1) **WANNEER M6 TYPE INFO URG = R: 'REDEN VAN HET CONTACT MET SPOED'**

Verplicht voor alle passages op de dienst spoedgevallen.

Slechts één reden aangeven! Hierbij dient men het rijtje van boven naar onder af te gaan en het eerste te nemen dat overeenkomt met de reden voor het contact met de spoed.

Tabel 6-3: Toegelaten waarden voor M6 CODE INFO URG bij veld 6 = R 'reden van het contact met spoed'

CODE	OMSCHRIJVING
C	Controle
B	Bevalling
F	Zelfmoordpoging
O	CO-intoxicatie
A	Andere intoxicatie
T	Ongeval / Trauma
G	Acute respiratoire infectie die vermoedelijk met griep of het coronavirus verbonden is (toepasbaar vanaf 1 september 2009)
Z	Somatische Ziekte
S	Sociale, mentale of psychische redenen

Enkele verduidelijkingen:

- Onder controle verstaan we o.a. patiënten die voor een controle (gips, RX, controle-echo tijdens zwangerschap...) moet terugkomen, maar dit kan om de een of andere reden niet tijdens de gewone consultatie. Met de patiënt werd dan afgesproken om zich hiervoor dan buiten die uren op spoed aan te melden zodat die voorziene controle dan kan gebeuren. Een burger die omwille

van een administratieve aanhouding een medisch onderzoek moet ondergaan (begeleid door de politie) behoort hier ook onder.

- Zwangere vrouwen die zich aanmelden voor een bevalling, maar dit blijkt uiteindelijk loos alarm te zijn, worden toch gecodeerd onder de code B
- Patiënten met symptomen van COVID-19 worden ook gecodeerd onder code G

2) WANNEER M6 TYPE INFO URG = O: 'ROL IN HET VERKEERSONGEVAL'

Verplicht voor alle passages op de dienst spoedgevallen als het om een verkeersongeval gaat. Maximum één rol aangeven!

Tabel 6-4: Toegelaten waarden voor M6 CODE INFO URG bij veld 6 = O 'Rol in het verkeersongeval'

CODE	OMSCHRIJVING
A	Voetganger
B	Fietser
C	Bestuurder voertuig (auto of zwaarder)
D	Passagier voertuig (auto of zwaarder)
E	Bestuurder brommer/moto
F	Passagier brommer/moto

3) WANNEER M6 TYPE INFO URG = F: 'DE EVENTUELE FOLLOW-UP NA HET CONTACT MET SPOED'

Verplicht bij A2_HOSPTYPE_FAC = U (ambulante spoed).
Maximum één type follow-up aangeven!

Tabel 6-5: Toegelaten waarden voor M6 CODE INFO URG bij veld 6 = F 'de eventuele follow up na het contact met spoed'

CODE	OMSCHRIJVING
A	Ontslag na behandeling, zonder geplande vervolgbehandeling
B	Ontslag na behandeling, met geplande vervolgbehandeling (huisarts, polikliniek, etc.)
C	Ontslag na onderzoek, zonder behandeling
D	Ontslag zonder onderzoek of behandeling

Onder de term « onderzoek » worden de prestaties verstaan die horen bij de codes #H#, #I#, #J# en #K# van tabel 6-6 en onder de term « behandeling » de prestaties die horen bij de codes #A# tot en met #G# van tabel 6-6. Het klinisch onderzoek uitgevoerd door de arts is geen technisch onderzoek. Het zit niet vervat in code #K# uit tabel 6-6. Een klinisch onderzoek wordt bovendien a priori beschouwd als een integraal deel van het contact met spoed. Enkel het klinisch onderzoek van de patiënt uitgevoerd door de arts volstaat op zich dus niet om de code #C# uit tabel 6-5 te registreren bij veld M6_CODE_INFO_URG.

Wanneer een patiënt geen technisch onderzoek ondergaat, maar er later wel een aanpak gepland wordt, dan heeft die informatie i.v.m. de aanpak voorrang op niveau van de registratie en wordt code #B# uit tabel 6-5 geregistreerd in veld M6_CODE_INFO.

Voorbeeld 1: Een patiënt wordt opgenomen in de spoedgevallendienst waar een contusie wordt gediagnosticeerd, maar er worden geen bijkomende onderzoeken verricht en geen behandeling toegepast. Hierbij wordt M6_CODE_INFO_URG gelijk aan #D# geregistreerd.

Voorbeeld 2: Een patiënt wordt opgenomen in de spoedgevallendienst en de arts diagnosticeert een mentale aandoening. Hij voert geen onderzoek uit en past geen

behandeling toe maar geeft de patiënt een afspraak bij een specialist. Hierbij wordt M6_CODE_INFO_URG gelijk aan #B# aangezien een afspraak bij specialist beschouwd wordt als een “bijkomende geplande behandeling”.

4) WANNEER M6 TYPE INFO URG = T: ‘DE BEHANDELING OP SPOED’

Verplicht bij A2_HOSPTYPE_FAC = U (ambulante spoed) als er een behandeling gegeven is. Meerdere behandelingen mogen geregistreerd worden.

Monitoring: Onder monitoring verstaan we de onderzoeken die op regelmatige basis worden herhaald of als het onderzoek langer duurt. EEG en ECG is geen monitoring. Een foetale controle kan wel als monitoring beschouwd worden.

De codes #G# ‘Andere behandeling’ en #K# ‘Andere technische onderzoeken’ mogen slechts gebruikt worden als er enkel een behandeling of onderzoek gebeurde die niet in de lijst voorkomt.

Het klinisch onderzoek uitgevoerd door de arts is geen technisch onderzoek. Dit wordt dus niet omvat door de waarde #K# in tabel 6-6.

Tabel 6-6: Toegelaten waarden voor M6 CODE INFO URG bij veld 6 = T ‘de behandeling op spoed’

CODE	OMSCHRIJVING
A	Behandeling van acute intoxicatie
B	Wondverzorging
C	Hechting
D	Gips
E	Medicatie IV
F	Andere medicatie
G	Andere behandeling
H	Bloedafname
I	Diagnostische RX
J	Monitoring
K	Andere technische onderzoeken

5) WANNEER M6 TYPE INFO URG = L: ‘HET LETSELTYPE’

Verplicht bij A2_HOSPTYPE_FAC = U (ambulante spoed) als er een letsel is. Er mogen meerdere letseltypes geregistreerd worden.

Tabel 6-7: Toegelaten waarden voor M6 CODE INFO URG bij veld 6 = L ‘het letseltype’

CODE	OMSCHRIJVING
A	Intoxicatie
B	Brandwonden
C	Open wonde
D	Fractuur
E	Luxatie, ontwrichting
F	Verstuiking, verzwikking
G	Kneuzing/Schaafwonde/Verplettering

OVERZICHT VAN DE REGISTRATIE IN URGADMIN

De gegevens dienen enkel geregistreerd te worden voor het specialisme spoedgevallen. Dit is normaal het eerste specialisme van het verblijf, dus met CODE_SPEC = URGxxxx en ORDER_SPEC = 1.

Tabel 6-8: Overzicht van de registratie in URGADMIN

CODE VELD 6	OMSCHRIJVING	SITUATIE	AANTAL RECORDS
R	Reden van het contact met spoed	Alle passages op de dienst spoedgevallen	Eén
O	Rol in het eventuele verkeersongeval	Alle passages op de dienst spoedgevallen als het om een ongeval gaat	Geen of één
F	De eventuele follow-up na het contact met spoed	Enkel ambulante spoed (A2_HOSPTYPE_FAC = U)	Geen of één
T	De behandeling op spoed	Enkel ambulante spoed (A2_HOSPTYPE_FAC = U) als er een behandeling geweest is	Geen, één of meerdere
L	Het eventuele letseltype	Enkel ambulante spoed (A2_HOSPTYPE_FAC = U) als er een letsel is	Geen, één of meerdere

6.5. VOORBEELDEN VAN EEN REGISTRATIE

Voorbeeld van records van een patiënt voor het bestand 001-Z-3.0-S-URGADMIN-2015-1.TXT:

001#2015#1#STAY004424#1#R#T#
001#2015#1#STAY004424#1#O#B#
001#2015#1#STAY004424#1#F#A#
001#2015#1#STAY004424#1#T#B#
001#2015#1#STAY004424#1#T#C#
001#2015#1#STAY004424#1#L#C#
001#2015#1#STAY004424#1#L#G#

7. Bijkomende informatie

7.1. ICD-9-CM CODEERHANDLEIDING

De ICD-9-CM-codeerrichtlijnen kunt u terugvinden in de specifieke handleidingen die te vinden zijn op de website van de FOD:

www.health.belgium.be: Gezondheid → Organisatie van de gezondheidszorg → Registratiesystemen → Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) → Richtlijnen → Bijkomende richtlijnen voor de ICD-9-CM-classificatie

7.2. ICD-10-BE HANDBOEK

De ICD-10-BE-codeerrichtlijnen kunt u terugvinden in de specifieke handleidingen die te vinden zijn op de website van de FOD:

www.health.belgium.be: Gezondheid → Organisatie van de gezondheidszorg → Registratiesystemen → ICD-10-BE → Publicaties → 2. Codeerrichtlijnen

7.3. REFERENTIEBESTANDEN MEDISCHE GEGEVENS

De referentiebestanden van domein 5 medische gegevens bevinden zich ook op de website van de FOD:

www.health.belgium.be: Gezondheid → Organisatie van de gezondheidszorg → Registratiesystemen → Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) → Richtlijnen → Referentiebestanden → Domein 5: medische gegevens.

7.4. BIJKOMENDE HOOFDSTUKKEN

De bijkomende hoofdstukken bevinden zich op de website van de FOD Volksgezondheid onder de registratierichtlijnen van de 6 domeinen:

www.health.belgium.be: Gezondheid → Organisatie van de gezondheidszorg → Registratiesystemen → Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) → Richtlijnen → Bijkomende informatie.

- Bijkomende informatie over bedindexen, verpleegeenheden en zorgperioden.
- Bijkomende informatie over niet-beëindigde verblijven:
De voorlopige registratie van niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden.
- Bijkomende informatie over daghospitalisaties.
- Bijkomende informatie over daghospitalisatie omgezet in klassieke hospitalisatie.
- Bijkomende informatie over diagnoses en grouper.
- Bijkomende informatie over de griep (geregistreerd tot en met 1 september MZG 2010).
- Bijkomende informatie over POA Aanwezig bij opname.