

Domein 3

Administratieve gegevens

Inhoud

0. LINKEN TUSSEN DE BESTANDEN VAN DE ADMINISTRATIEVE GEGEVENS.....	5
1. PATHOSPI (A1): GEGEVENS OVER DE PATIËNT	8
1.1. NAAM	8
1.2. INHOUD.....	8
1.3. INDELING	8
1.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN	9
A1 / Veld 1 ⇒ <i>CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis</i>	9
A1 / Veld 2 ⇒ <i>YEAR_REGISTR: registratiejaar</i>	9
A1 / Veld 3 ⇒ <i>PERIOD_REGISTR: registratieperiode</i>	9
A1 / Veld 4 ⇒ <i>PATNUM: anoniem patiëntnummer</i>	9
A1 / Veld 5 ⇒ <i>A1_YEAR_BIRTH: geboortejaar</i>	10
2. STAYHOSP (A2): GEGEVENS OVER HET VERBLIJF	11
2.1. NAAM	11
2.2. INHOUD.....	11
2.3. INDELING	11
2.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN	14
A2 / Veld 1 ⇒ <i>CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis</i>	14
A2 / Veld 2 ⇒ <i>YEAR_REGISTR: registratiejaar</i>	14
A2 / Veld 3 ⇒ <i>PERIOD_REGISTR: registratieperiode</i>	14
A2 / Veld 4 ⇒ <i>STAYNUM: verblijfsnummer</i>	14
A2 / Veld 5 ⇒ <i>A2_YEAR_HOSP_IN: jaar van opname in het ziekenhuis</i>	15
A2 / Veld 6 ⇒ <i>A2_MONTH_HOSP_IN: maand van opname in het ziekenhuis</i>	15
A2 / Veld 7 ⇒ <i>A2_DAY_HOSP_IN: dag in de maand van opname in het ziekenhuis</i>	15
A2 / Veld 8 ⇒ <i>A2_YEAR_HOSP_OUT: jaar van ontslag uit het ziekenhuis</i>	18
A2 / Veld 9 ⇒ <i>A2_MONTH_HOSP_OUT: maand van ontslag uit het ziekenhuis</i>	18
A2 / Veld 10 ⇒ <i>A2_DAY_HOSP_OUT: dag in de maand van ontslag uit het ziekenhuis</i>	18
A2 / Veld 11 ⇒ <i>A2_HOUR_HOSP_OUT: uur van ontslag uit het ziekenhuis</i>	18
A2 / Veld 12 ⇒ <i>A2_MIN_HOSP_OUT: minuten van ontslag uit het ziekenhuis</i>	18
A2 / Veld 13 ⇒ <i>A2_HOSPTYPE_CAT: categorie ziekenhuisverblijf</i>	19
1) VOLLEDIG PSYCHIATRISCH VERBLIJF (P).....	19
2) GERIATRISCH DAGHOSPITAAL (G).....	20
3) ONCOLOGISCH DAGHOSPITAAL (O)	20
4) PEDIATRISCH DAGHOSPITAAL (E).....	21
A2 / Veld 14 ⇒ <i>A2_HOSPTYPE_FAC: type ziekenhuisverblijf (gebaseerd op de facturatie)</i>	21
1) KLASSIEKE HOSPITALISATIE (H)	22
2) LANGDURIG VERBLIJF (F, M, L).....	22
3) VOORLOPIGE REGISTRATIE VAN DE NIET-BEËINDIGDE VERBLIJVEN WAARVOOR REEDS VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS DIENEN DOORGESTUURD TE WORDEN (N)	23
4) CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE (C)	23
5) NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE (D).....	23
6) AMBULANTE SPOED (U).....	24
A2 / Veld 15 ⇒ <i>A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC: totaal aantal volledig te factureren ligdagen (tot einde registratieperiode) voor het ziekenhuisverblijf</i>	24
A2 / Veld 16 ⇒ <i>A2_CODE_READMISSION: code heropname</i>	25
A2 / Veld 17 ⇒ <i>A2_CODE_SEX: geslacht</i>	25
A2 / Veld 18 ⇒ <i>A2_CODE_INDIC_AGE: indicator leeftijd</i>	26
A2 / Veld 19 ⇒ <i>A2_CODE_ZIP: postcode België</i>	27

Administratieve gegevens

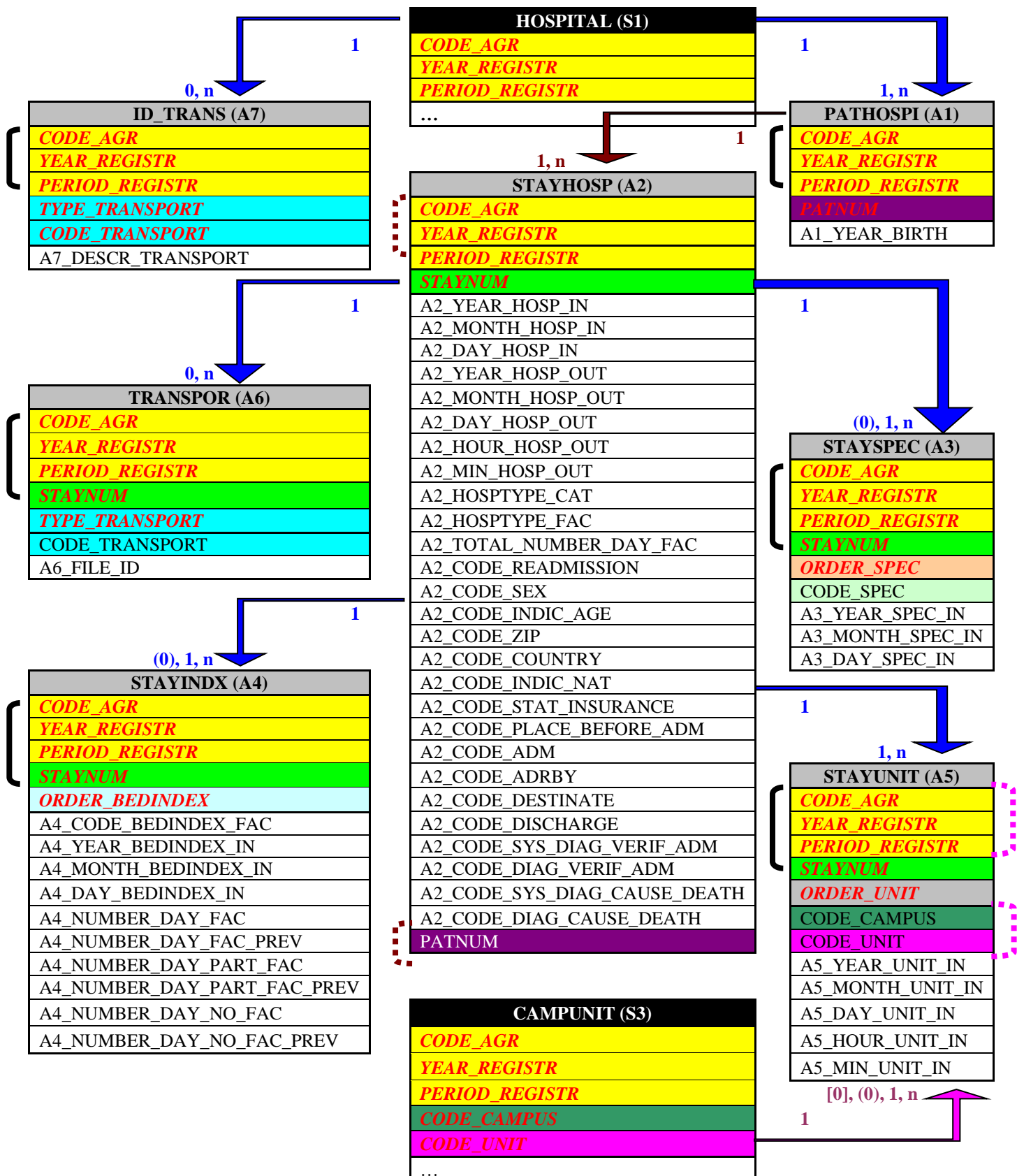
<i>A2 / Veld 20 ⇒ A2_CODE_COUNTRY: landcode</i>	27
1) LANDCODE TOT EN MET MZG 2010	27
2) LANDCODE VANAF MZG 2011	28
<i>A2 / Veld 21 ⇒ A2_CODE_INDIC_NAT: indicator nationaliteit</i>	28
<i>A2 / Veld 22 ⇒ A2_CODE_STAT_INSURANCE: code verzekeringsstatus patiënt gedurende dit verblijf</i>	29
1) CODE VERZEKERINGSSTATUS PATIËNT TOT EN MET MZG 2011	29
2) CODE VERZEKERINGSSTATUS PATIËNT VANAF MZG 2012	30
<i>A2 / Veld 23 ⇒ A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM: plaats vóór opname</i>	31
<i>A2 / Veld 24 ⇒ A2_CODE_ADM: type opname</i>	33
<i>A2 / Veld 25 ⇒ A2_CODE_ADRBY: verwezen door</i>	35
<i>A2 / Veld 26 ⇒ A2_CODE_DESTINATE: bestemming</i>	36
<i>A2 / Veld 27 ⇒ A2_CODE_DISCHARGE: type ontslag</i>	37
<i>A2 / Veld 28 ⇒ A2_CODE_SYS_DIAG_VERIF_ADM: soort codeersysteem voor geverifieerde opnamediagnose</i>	39
<i>A2 / Veld 29 ⇒ A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM: geverifieerde opnamediagnose</i>	39
<i>A2 / Veld 30 ⇒ A2_CODE_SYS_DIAG_CAUSE_DEATH: soort codeersysteem voor doodsoorzaak</i>	41
<i>A2 / Veld 31 ⇒ A2_CODE_DIAG_CAUSE_DEATH: doodsoorzaak</i>	41
<i>A2 / Veld 32 ⇒ PATNUM: anoniem patiëntnummer</i>	42
3. STAYSPEC (A3): GEGEVENS OVER HET VERBLIJF IN SPECIALISME	43
3.1. NAAM	43
3.2. INHOUD	43
3.3. INDELING	43
3.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN	45
<i>A3 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis</i>	45
<i>A3 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar</i>	45
<i>A3 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode</i>	45
<i>A3 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: verblijfsnummer</i>	45
<i>A3 / Veld 5 ⇒ ORDER_SPEC: volgnummer specialisme</i>	45
<i>A3 / Veld 6 ⇒ CODE_SPEC: code specialisme</i>	45
<i>A3 / Veld 7 ⇒ A3_YEAR_SPEC_IN: jaar van opname in het specialisme</i>	47
<i>A3 / Veld 8 ⇒ A3_MONTH_SPEC_IN: maand van opname in het specialisme</i>	47
<i>A3 / Veld 9 ⇒ A3_DAY_SPEC_IN: dag in de maand van opname in het specialisme</i>	47
4. STAYIDX (A4): GEGEVENS OVER HET VERBLIJF IN BEDINDEX	51
4.1. NAAM	51
4.2. INHOUD	51
4.3. INDELING	51
4.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN	53
<i>A4 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis</i>	53
<i>A4 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar</i>	53
<i>A4 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode</i>	53
<i>A4 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: verblijfsnummer</i>	54
<i>A4 / Veld 5 ⇒ ORDER_BEDINDEX: volgnummer bedindex</i>	54
<i>A4 / Veld 6 ⇒ A4_CODE_BEDINDEX_FAC: code bedindex voor de facturatie</i>	54
<i>A4 / Veld 7 ⇒ A4_YEAR_BEDINDEX_IN: jaar van opname in de bedindex</i>	57
<i>A4 / Veld 8 ⇒ A4_MONTH_BEDINDEX_IN: maand van opname in de bedindex</i>	57
<i>A4 / Veld 9 ⇒ A4_DAY_BEDINDEX_IN: dag in de maand van opname in de bedindex</i>	58
<i>A4 / Veld 10 ⇒ A4_NUMBER_DAY_FAC: aantal volledig te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar</i>	58
<i>A4 / Veld 11 ⇒ A4_NUMBER_DAY_FAC_PREV: aantal volledig te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar</i>	60
<i>A4 / Veld 12 ⇒ A4_NUMBER_DAY_PART_FAC: aantal partieel te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar</i>	62
<i>A4 / Veld 13 ⇒ A4_NUMBER_DAY_PART_FAC_PREV: aantal partieel te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar</i>	62
<i>A4 / Veld 14 ⇒ A4_NUMBER_DAY_NO_FAC: aantal niet te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar</i>	62
<i>A4 / Veld 15 ⇒ A4_NUMBER_DAY_NO_FAC_PREV: aantal niet te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar</i>	62

5. STAYUNIT (A5): GEGEVENS OVER HET VERBLIJF IN VERPLEEGEENHEID.....	64
5.1. NAAM	64
5.2. INHOUD	64
5.3. INDELING	64
5.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN	66
A5 / Veld 1 ⇒ <i>CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis</i>	66
A5 / Veld 2 ⇒ <i>YEAR_REGISTR: registratiejaar</i>	66
A5 / Veld 3 ⇒ <i>PERIOD_REGISTR: registratieperiode</i>	66
A5 / Veld 4 ⇒ <i>STAYNUM: verblijfsnummer</i>	66
A5 / Veld 5 ⇒ <i>ORDER_UNIT: volgnummer verpleegeenheid</i>	66
A5 / Veld 6 ⇒ <i>CODE_CAMPUS: code campus</i>	68
A5 / Veld 7 ⇒ <i>CODE_UNIT: code verpleegeenheid</i>	68
A5 / Veld 8 ⇒ <i>A5_YEAR_UNIT_IN: jaar van opname in de verpleegeenheid</i>	68
A5 / Veld 9 ⇒ <i>A5_MONTH_UNIT_IN: maand van opname in de verpleegeenheid</i>	68
A5 / Veld 10 ⇒ <i>A5_DAY_UNIT_IN: dag in de maand van opname in de verpleegeenheid</i>	68
A5 / Veld 11 ⇒ <i>A5_HOUR_UNIT_IN: uur van opname in de verpleegeenheid</i>	68
A5 / Veld 12 ⇒ <i>A5_MIN_UNIT_IN: minuut van opname in de verpleegeenheid</i>	68
6. TRANSPOR (A6): GEGEVENS OVER HET GEBRUIKTE TRANSPORTMIDDEL	70
6.1. NAAM	70
6.2. INHOUD	70
6.3. INDELING	70
6.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN	71
A6 / Veld 1 ⇒ <i>CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis</i>	71
A6 / Veld 2 ⇒ <i>YEAR_REGISTR: registratiejaar</i>	71
A6 / Veld 3 ⇒ <i>PERIOD_REGISTR: registratieperiode</i>	71
A6 / Veld 4 ⇒ <i>STAYNUM: verblijfsnummer</i>	71
A6 / Veld 5 ⇒ <i>TYPE_TRANSPORT: type transportmiddel</i>	71
A6 / Veld 6 ⇒ <i>CODE_TRANSPORT: code transportmiddel</i>	72
A6 / Veld 7 ⇒ <i>A6_FILE_ID: fichenummer</i>	73
7. ID_TRANS (A7): LIJST MET NIET-ERKENDE AMBULANCES.....	76
7.1. NAAM	76
7.2. INHOUD	76
7.3. INDELING	76
7.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN	77
A7 / Veld 1 ⇒ <i>CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis</i>	77
A7 / Veld 2 ⇒ <i>YEAR_REGISTR: registratiejaar</i>	77
A7 / Veld 3 ⇒ <i>PERIOD_REGISTR: registratieperiode</i>	77
A7 / Veld 4 ⇒ <i>TYPE_TRANSPORT: type transportmiddel</i>	77
A7 / Veld 5 ⇒ <i>CODE_TRANSPORT: code transportmiddel</i>	77
A7 / Veld 6 ⇒ <i>A7_DESCR_TRANSPORT: omschrijving</i>	78
8. VOORBEELD VAN EEN REGISTRATIE	80
9. BIJKOMENDE INFORMATIE	81
9.1. ICD CODEERHANDLEIDINGEN	81
9.2. REFERENTIEBESTANDEN MEDISCHE GEGEVENS	81
9.3. LANDCODES	81
9.4. BIJKOMENDE HOOFDSTUKKEN	81
9.5. UITLEGDOCUMENT GLOBALISATIETABELLEN	82

Tabellen

Tabel 1-1: Recordtekening van PATHOSPI (A1): Gegevens over de patiënt	8
Tabel 2-1: Recordtekening van STAYHOSP (A2): Gegevens over het verblijf	12
Tabel 2-2: Toegelaten waarden voor A2_HOSPTYPE_CAT: categorie ziekenhuisverblijf.....	19
Tabel 2-3: Toegelaten waarden voor A2_HOSPTYPE_FAC: type ziekenhuisverblijf (gebaseerd op de facturatie).....	21
Tabel 2-4: Bepaling van A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC: totaal aantal volledig te factureren ligdagen	24
Tabel 2-5: Toegelaten waarden voor A2_CODE_READMISSION: code heropname.....	25
Tabel 2-6: Toegelaten waarden voor A2_CODE_SEX: geslacht.....	25
Tabel 2-7: Toegelaten waarden voor A2_CODE_INDIC_AGE: indicator leeftijd.....	26
Tabel 2-8: Toegelaten waarden voor A2_CODE_INDIC_NAT: indicator nationaliteit.....	28
Tabel 2-9: Toegelaten waarden voor A2_CODE_STAT_INSURANCE: code verzekeringsstatus patiënt gedurende dit verblijf, tot en met MZG2011	29
Tabel 2-10: Toegelaten waarden voor A2_CODE_STAT_INSURANCE: code verzekeringsstatus patiënt gedurende dit verblijf, vanaf MZG2012	30
Tabel 2-11: Toegelaten waarden voor A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM: plaats vóór opname.....	31
Tabel 2-12: Toegelaten waarden voor A2_CODE_ADM: type opname	33
Tabel 2-13: Toegelaten waarden voor A2_CODE_ADRBY: verwezen door.....	35
Tabel 2-14: Toegelaten waarden voor A2_CODE_DESTINATE: bestemming.....	36
Tabel 2-15: Toegelaten waarden voor A2_CODE_DISCHARGE: type ontslag.....	38
Tabel 2-16: Toegelaten waarden voor A2_CODE_SYS_DIAG_VERIF_ADM: soort codeersysteem voor geverifieerde opnamediagnose	39
Tabel 2-17: Toegelaten waarden voor A2_CODE_SYS_DIAG_CAUSE_DEATH: soort codeersysteem voor doodsoorzaak	41
Tabel 3-1: Recordtekening van STAYSPEC (A3): Gegevens over het verblijf in specialisme	44
Tabel 3-2: Toegelaten waarden voor de eerste drie karakters van CODE_SPEC: code specialisme.....	46
Tabel 4-1: Recordtekening van STAYINDX (A4): Gegevens over het verblijf in bedindex	52
Tabel 4-2: Toegelaten waarden voor A4_CODE_BEDINDEX_FAC: code bedindex voor de facturatie (deel 1).....	55
Tabel 4-3: Toegelaten waarden voor A4_CODE_BEDINDEX_FAC: code bedindex voor de facturatie (deel 2).....	57
Tabel 4-4: Bepaling van A4_NUMBER_DAY_FAC: aantal volledig te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar	59
Tabel 4-5: Bepaling van A4_NUMBER_DAY_FAC_PREV: aantal volledig te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar	60
Tabel 5-1: Recordtekening van STAYUNIT (A5): Gegevens over het verblijf in verpleegeenheid	65
Tabel 6-1: Recordtekening van TRANSPOR (A6): Gegevens over het gebruikte transportmiddel	70
Tabel 6-2: Toegelaten waarden voor TYPE_TRANSPORT: type transportmiddel binnen bestand TRANSPOR	72
Tabel 6-3: Specificaties voor CODE_TRANSPORT: code transportmiddel binnen het bestand TRANSPOR	72
Tabel 6-4: CODE_TRANSPORT voor buitenlandse MUG.....	72
Tabel 7-1: Recordtekening van ID_TRANS (A7): Lijst met niet-erkende ambulances.....	76
Tabel 7-2: Toegelaten waarden voor TYPE_TRANSPORT: type transportmiddel binnen bestand ID_TRANS	77

0. Linken tussen de bestanden van de Administratieve gegevens



In bovenstaand schema staan de **leutelvelden** (*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 informatie 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 = versie van de registratie, 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**.

Foreign keys hoeven niet noodzakelijk deel uit te maken van de primary keys van het bestand. In het domein van de administratieve gegevens hebben we hier twee voorbeelden van. De combinatie van de waarden voor **CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR en PATNUM** uit bestand STAYHOSP moeten ook voorkomen in bestand PATHOSPI.

En de combinatie van de waarden **CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, CODE_CAMPUS en CODE_UNIT** uit bestand STAYUNIT moeten ook voorkomen in bestand CAMPUNIT.

In het schema worden de bestanden verbonden met **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.

BA1040701: VOOR ELK ANONIEM PATIENTENNUMMER (PATNUM) IN HET BESTAND PATHOSPI MOET ER MINSTENS 1 RECORD TERUG TE VINDEN ZIJN IN HET BESTAND STAYHOSP.

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 te worden.

BA2000001: VOOR ELK VERBLIJFSNUMMER (STAYNUM) IN HET BESTAND STAYHOSP MOET ER MINSTENS 1 RECORD TERUG TE VINDEN ZIJN IN HET BESTAND STAYSPEC (BEHALVE VOOR A2_HOSPTYPE_FAC = N).

Maar het kan bijvoorbeeld ook te maken hebben met bepaalde types verpleegeenheden.

GS3000007: ELKE COMBINATIE VAN CAMPUS EN VERPLEEGEENHEID IN HET BESTAND CAMPUNIT MOET MINSTENS 1 MAAL TERUG TE VINDEN ZIJN IN HET BESTAND STAYUNIT (BEHALVE MOB)

1 ⇒ **[0]** betekent dat er voor **bepaalde gevallen** geen enkel record in het tweede bestand mag voorkomen.

BA5070801: EEN PATIENT KAN NIET VERBLIJVEN IN EEN VERPLEEGEENHEID MOB (VERPLEEGEENHEID TYPE 2).

1. PATHOSPI (A1): Gegevens over de patiënt

1.1. NAAM

XXX-Z-VERS-A-PATHOSPI-YYYY-P.TXT

Voorbeeld:

001-Z-3.0-A-PATHOSPI-2015-1.TXT

1.2. INHOUD

Dit bestand bevat informatie over de patiënten die in dit ziekenhuis verbleven hebben gedurende de registratieperiode.

Hier worden de gegevens vermeld die constant blijven in de tijd en dus ook voor elke heropname identiek zijn. Op dit ogenblik wordt enkel het geboortejaar van de patiënt opgevraagd.

1.3. INDELING

Elke patiënt waarvoor er een verblijf (of een deel van een langdurig verblijf) tijdens de registratieperiode geregistreerd werd, dient in dit bestand teruggevonden te worden, zelfs al werd het anoniem patiëntnummer in een vorige registratieperiode of -jaar toegekend (aangezien een patiëntnummer voor het leven wordt toegekend).

Concreet wil dit zeggen dat PATHOSPI ook steeds moet worden ingevuld voor de niet-beëindigde verblijven waarvoor verpleegkundige gegevens reeds dienen opgestuurd te worden (A2_HOSPTYPE_FAC = N) en de langdurige verblijven (zowel de eerste, de tussentijdse als de laatste registratie: A2_HOSPTYPE_FAC = F, M, L).

Bij heropname van een patiënt in hetzelfde ziekenhuis voor eenzelfde periode mag geen nieuw record aangemaakt worden in PATHOSPI. Zo zal voor dezelfde registratieperiode het aantal records in het bestand PATHOSPI kleiner zijn dan het totaal aantal ziekenhuisverblijven in het bestand STAYHOSP. Indien het aantal records in het bestand PATHOSPI gelijk is aan het aantal records in bestand STAYHOSP (waar er één record gegenereerd wordt per ziekenhuisverblijf), dan betekent dit ofwel dat er geen enkele patiënt gedurende deze periode heropgenomen werd of dat de regels voor het constant houden van het anoniem patiëntnummer niet gerespecteerd werden.

Voor elk anoniem patiëntnummer in het bestand PATHOSPI moet er minstens één record/verblijf terug te vinden zijn in het bestand STAYHOSP, zo niet krijgt men de foutmelding: BA1040701 VOOR ELKE ANONIEM PATIENTENNUMMER (PATNUM) IN HET BESTAND PATHOSPI MOET ER MINSTENS 1 RECORD TERUG TE VINDEN ZIJN IN HET BESTAND STAYHOSP.

De **foreign key** van dit bestand dient terug gevonden te worden in het bestand HOSPITAL (S1). Dit wil zeggen dat de combinatie van de waarden CODE_AGR, YEAR_REGISTR en PERIOD_REGISTR ook moet voorkomen in het bestand HOSPITAL (zie punt 0. Linken tussen de bestanden).

Tabel 1-1: Recordtekening van PATHOSPI (A1): Gegevens over de patiënt

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 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.

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>S1</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>S1</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>S1</i>
#							
<i>Veld 4</i>	<i>PATNUM</i>	<i>Anoniem patiëntnummer</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>C</i>	<i>1-20</i>	
#							
Veld 5	A1_YEAR_BIRTH	Geboortejaar	M	F	N	4	
#							

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 bestand HOSPITAL (S1).

A1 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis

S1 → A1 - Sleutelveld

A1 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar

S1 → A1 - Sleutelveld

A1 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode

S1 → A1 - Sleutelveld

A1 / Veld 4 ⇒ PATNUM: anoniem patiëntnummer

A1 - Sleutelveld

Minimale lengte: 1 karakter

Maximale lengte: 20 karakters

Specificaties van de karakters:

Administratieve gegevens: PATHOSPI (A1): Gegevens over de patiënt

- hoofdletters en cijfers
- mag NIET blanco zijn
- mag geen spaties bevatten
- mag nooit een '0' (nul) als eerste karakter hebben

Het KB definieert in artikel 11, 1°, b) het anoniem patiëntnummer als

'het registratienummer van de patiënt, dat per ziekenhuis uniek dient te zijn en geen enkel persoonlijk gegeven mag bevatten'.

Het anoniem patiëntnummer moet zo geformuleerd worden dat de anonimiteit van de patiënt volledig gegarandeerd blijft. Het mag geen enkel persoonlijk gegeven bevatten, zoals de geboortedatum.

Het ziekenhuis kent één anoniem patiëntnummer (registratienummer genoemd in het KB) toe aan één bepaalde patiënt **voor heel zijn leven**. Aldus moet ook voor de voorlopige registratie van de niet-beëindigde verblijven (waarvoor reeds de verpleegkundige items dienen geregistreerd te worden) de PATNUM van een patiënt hetzelfde nummer zijn bij de beperkte registratie en bij de definitieve registratie. Ook elke pasgeborene krijgt zijn eigen uniek anoniem patiëntnummer.

Het anoniem patiëntnummer PATNUM wordt gedefinieerd in het bestand PATHOSPI en mag NIET verward worden met het verblijfsnummer STAYNUM dat uniek is per ziekenhuisverblijf en gedefinieerd wordt in het bestand STAYHOSP. Telkens wanneer de patiënt opgenomen wordt in hetzelfde ziekenhuis, behoudt de patiënt zijn eigen anoniem patiëntnummer, maar krijgt bij elke opname een nieuw verblijfsnummer. Er kunnen dus meerdere verblijfsnummers tot eenzelfde patiëntnummer behoren.

De anonieme patiëntnummers worden als nieuw beschouwd voor elk ontslag vanaf 1 januari 2008, dus ook voor de tussentijdse en laatste registraties van een langdurig verblijf mag men uitzonderlijk van nummer veranderen.

A1 / Veld 5 ⇒ A1_YEAR_BIRTH: geboortejaar

Verplicht veld

Vast formaat: 4 cijfers

Voorbeeld: #2001#

Indien men het geboortejaar van een patiënt niet kent, dan dient dit gevraagd te worden aan familie en/of vrienden. Indien dit niet mogelijk zou zijn, dan dient men een schatting te maken van het geboortejaar.

2. STAYHOSP (A2): Gegevens over het verblijf

2.1. NAAM

XXX-Z-VERS-A-STAYHOSP-YYYY-P.TXT

Voorbeeld:

001-Z-3.0-A-STAYHOSP-2015-1.TXT

2.2. INHOUD

STAYHOSP bevat voor elk verblijf van een patiënt in het ziekenhuis juist één record met o.a. de opname- en ontslagdatum en het totaal aantal te factureren ligdagen. De berekende verblijfsduur wordt niet meer gevraagd. Deze wordt berekend op basis van de opname- en de ontslagdatum.

Verder bevat dit bestand administratieve gegevens voor het ziekenhuisverblijf. De gegevens die hier genoteerd worden, gelden bij **opname in het ziekenhuis**.

STAYHOSP bevat dus m.a.w. algemene informatie met betrekking tot het verblijf in het ziekenhuis alsook gegevens van de patiënt die in de tijd (van verblijf tot verblijf) kunnen wijzigen, zoals woonplaats, nationaliteit en geslacht.

Voor de MZG registratie begint een verblijf op het moment dat een patiënt zich in het ziekenhuis aanmeldt en eindigt een verblijf wanneer de patiënt het ziekenhuis verlaat. Het verblijf van een baby geboren in het ziekenhuis begint bij de geboorte (geboortedatum en -uur). De verblijven worden nooit gesplitst omwille van facturatieregels.

Voorbeelden:

- Voor een baby bij de moeder is er geen facturatie op N*. Er is wel facturatie bij overgang van de baby naar NIC. Voor MZG wordt deze hospitalisatie met overgang naar een andere verpleegeenheid beschouwd als één verblijf. Indien de moeder niet meer verblijft in het ziekenhuis en de baby verblijft op N*, dan rekent men een verpleegdagprijs aan voor de baby op N* van nul euro, en het blijft hetzelfde verblijf. Meer informatie is te vinden in veld 10 A4_NUMBER_DAY_FAC en veld 11 A4_NUMBER_DAY_FAC_PREV van het bestand STAYINDEX.
- Bij het ontslag van de moeder uit het ziekenhuis (terwijl de baby blijft) wordt het verblijf van de baby NIET opgesplitst.
- Op de spoedgevallen dienst gebeurt een ambulante facturatie zolang nog niet geweten is dat de patiënt zal opgenomen worden. De RIZIV codes voor gehospitaliseerde patiënten moeten gebruikt worden vanaf het moment dat dit wel geweten is. Ook hier is er voor deze patiënt slechts één MZG registratie, los van het tijdstip van beslissing tot opname.

2.3. INDELING

Voor elk ziekenhuisverblijf (ook voor daghospitalisatie en ambulante spoed en voor de niet-beëindigde verblijven) telt dit bestand juist één record. Dus: x verblijven in een bepaalde registratieperiode = x records in STAYHOSP.

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 ook moet voorkomen in PATHOSPI (zie punt 0. Linken tussen de bestanden).

Tabel 2-1: Recordtekening van STAYHOSP (A2): Gegevens over het verblijf

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 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.

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>A1</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>A1</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>A1</i>
#							
<i>Veld 4</i>	<i>STAYNUM</i>	<i>Verblijfsnummer</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>C</i>	<i>1-15</i>	
#							
Veld 5	A2_YEAR_HOSP_IN	Jaar van opname in het ziekenhuis	M	F	N	4	
#							
Veld 6	A2_MONTH_HOSP_IN	Maand van opname in ziekenhuis	M	V	N	1-2	
#							
Veld 7	A2_DAY_HOSP_IN	Dag in de maand van opname in het ziekenhuis	M	V	N	1-2	
#							
Veld 8	A2_YEAR_HOSP_OUT	Jaar van ontslag uit ziekenhuis	O	F	N	0 of 4	
#							
Veld 9	A2_MONTH_HOSP_OUT	Maand van ontslag uit ziekenhuis	O	V	N	0 of 1-2	
#							
Veld 10	A2_DAY_HOSP_OUT	Dag in de maand van ontslag uit het ziekenhuis	O	V	N	0 of 1-2	
#							
Veld 11	A2_HOUR_HOSP_OUT	Uur van ontslag uit het ziekenhuis	O	V	N	0 of 1-2	
#							
Veld 12	A2_MIN_HOSP_OUT	Minuten van ontslag uit ziekenhuis	O	V	N	0 of 1-2	
#							
Veld 13	A2_HOSP_TYPE_CAT	Categorie ziekenhuisverblijf	M	F	C	1	

Administratieve gegevens: STAYHOSP (A2): Gegevens over het verblijf

Veldnr	Veldnaam	Omschrijving	C1	C2	C3	Lengte	Foreign Key
#							
Veld 14	A2_HOSPTYPE_FAC	Type ziekenhuisverblijf (gebaseerd op facturatie)	M	F	C	1	
#							
Veld 15	A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC	Totaal aantal volledig te factureren ligdagen (tot einde registratieperiode) voor het ziekenhuisverblijf	M	V	N	1-5	
#							
Veld 16	A2_CODE_READMISSION	Code heropname	M	F	C	1	
#							
Veld 17	A2_CODE_SEX	Geslacht	M	F	C	1	
#							
Veld 18	A2_CODE_INDIC_AGE	Indicator leeftijd	M	F	C	1	
#							
Veld 19	A2_CODE_ZIP	Postcode België	M	F	C	4	
#							
Veld 20	A2_CODE_COUNTRY	Landcode	M	V	C	2-3	
#							
Veld 21	A2_CODE_INDIC_NAT	Indicator nationaliteit	M	F	C	2	
#							
Veld 22	A2_CODE_STAT_INSURANCE	Code verzekeringsstatus patiënt gedurende dit verblijf	M	V	C	1 (3 vanaf MZG2012)	
#							
Veld 23	A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM	Plaats vóór opname	M	F	C	1	
#							
Veld 24	A2_CODE_ADM	Type opname	M	F	C	1	
#							
Veld 25	A2_CODE_ADRBY	Verwezen door	M	F	C	1	
#							
Veld 26	A2_CODE_DESTINATE	Bestemming	M	F	C	1	
#							
Veld 27	A2_CODE_DISCHARGE	Type ontslag	M	F	C	1	
#							
Veld 28	A2_CODE_SYS_DIAG_VERIFIED_ADM	Soort codeersysteem voor geverifieerde opnamediagnose	M	F	C	1	
#							
Veld 29	A2_CODE_DIAG_VERIFIED_ADM	Geverifieerde opnamediagnose	M	V	C	3-6 t.e.m. MZG2014 3-7 vanaf MZG2015	
#							
Veld 30	A2_CODE_SYS_DIAG_CAUSE_DEATH	Soort codeersysteem voor doodsoorzaak	M	F	C	1	
#							
Veld 31	A2_CODE_DIAG_CAUSE_DEATH	Doodsoorzaak	O	V	C	0 of 3-6 t.e.m. MZG2014 0 of 3-7 vanaf MZG2015	
#							
Veld 32	PATNUM	Anoniem patiëntnummer	M	V	C	1-20	A1
#							

2.4. BESCHRIJVING VAN DE VELDEN EN TOEGELATEN WAARDEN

Alle richtlijnen zijn ook geldig voor langdurige verblijven (A2_HOSPTYPE_FAC = F, M, L) en de voorlopige registratie van niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen opgestuurd te worden (A2_HOSPTYPE_FAC = N) tenzij dit anders vermeld wordt.

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 bestand HOSPITAL (S1) en voor PATNUM is dit bestand PATHOSP (A1).

A2 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis

S1 → A1 → A2 - Sleutelveld

A2 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar

S1 → A1 → A2 - Sleutelveld

De algemene regel is dat er dient geregistreerd te worden bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis. Het registratiejaar is bijgevolg gelijk aan het jaar van ontslag, behalve voor het eerste en middelste deel van langdurige verblijven en voor de voorlopige registratie van de niet-beëindigde verblijven waarbij reeds de verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden.

Voor de voorlopige registratie van de niet-beëindigde verblijven waarbij reeds de verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden (A2_HOSPTYPE_FAC = N), is dit het jaar van de registratie van de verpleegkundige items. In de definitieve registratie moet dit het jaar van ontslag (A2_HOSPTYPE_FAC = H) of de eerste registratie van een langdurig verblijf zijn (A2_HOSPTYPE_FAC = F).

A2 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode

S1 → A1 → A2 - Sleutelveld

Zie ook opmerkingen bij YEAR_REGISTR hierboven.

A2 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: verblijfsnummer

A2 - Sleutelveld

Minimale lengte: 1 karakter

Maximale lengte: 15 karakters

Specificaties van de karakters:

- mag ENKEL hoofdletters en cijfers bevatten
- mag NIET blanco zijn
- mag geen spaties bevatten
- mag nooit een '0' (nul) als eerste karakter hebben
- mag geen punt (.) of ander karaktersymbool (-, _, ?, etc.) bevatten

Hiervoor zullen we vanaf MZG 2018 controles voorzien.

Het verblijfsnummer is verschillend voor elk ziekenhuisverblijf binnen één registratieperiode. Dit nummer is uniek voor elk verblijf van een patiënt in het ziekenhuis. Dit wil zeggen dat een patiënt bij een heropname in hetzelfde ziekenhuis een ANDER verblijfsnummer krijgt. De code heropname dient dan ingevuld te worden.

Dit nummer blijft hetzelfde voor het volledige verblijf, ook al loopt dit verblijf over meer dan één registratieperiode en wordt het over verschillende registratieperiodes opgesplitst (langdurige verblijven en niet-beëindigde verblijven).

Het verblijfsnummer moet zo geformuleerd worden dat de anonimiteit van de patiënt volledig gegarandeerd blijft. Het mag geen persoonlijke gegevens bevatten zoals bijvoorbeeld de geboortedatum.

Het verblijfsnummer is niet hetzelfde als het anoniem patiëntnummer (zie PATNUM in het bestand PATHOSPI).

Het verband tussen het dossiernummer van het ziekenhuis en het verblijfsnummer moet gedurende minstens 5 jaar teruggevonden kunnen worden.

Elke pasgeborene krijgt zijn eigen verblijfsnummer van bij de geboorte. Het feit dat de moeder al dan niet in het ziekenhuis verblijft of dat ze vroeger of later dan de baby uit het ziekenhuis ontslagen wordt, heeft **GEEN INVLOED** op de registratie van het verblijf van de baby. De baby moet **van bij zijn geboorte een eigen MZG registratie** hebben met een eigen patiëntnummer en een eigen verblijfsnummer. Dit verblijf loopt ononderbroken door tot de baby ontslagen wordt uit het ziekenhuis, wat er ook met de moeder gebeurt.

Ook de ambulante contacten met de spoedgevallendienst krijgen elk een eigen uniek verblijfsnummer.

A2 / Veld 5 ⇒ A2_YEAR_HOSP_IN: jaar van opname in het ziekenhuis

Verplicht veld

Vast formaat: 4 cijfers

Voorbeeld: #2007#

A2 / Veld 6 ⇒ A2_MONTH_HOSP_IN: maand van opname in het ziekenhuis

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Voorbeeld: #7#, #12#

A2 / Veld 7 ⇒ A2_DAY_HOSP_IN: dag in de maand van opname in het ziekenhuis

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Voorbeeld: #1#, #25#

A2_YEAR_HOSP_IN + A2_MONTH_HOSP_IN + A2_DAY_HOSP_IN = datum van opname in het ziekenhuis

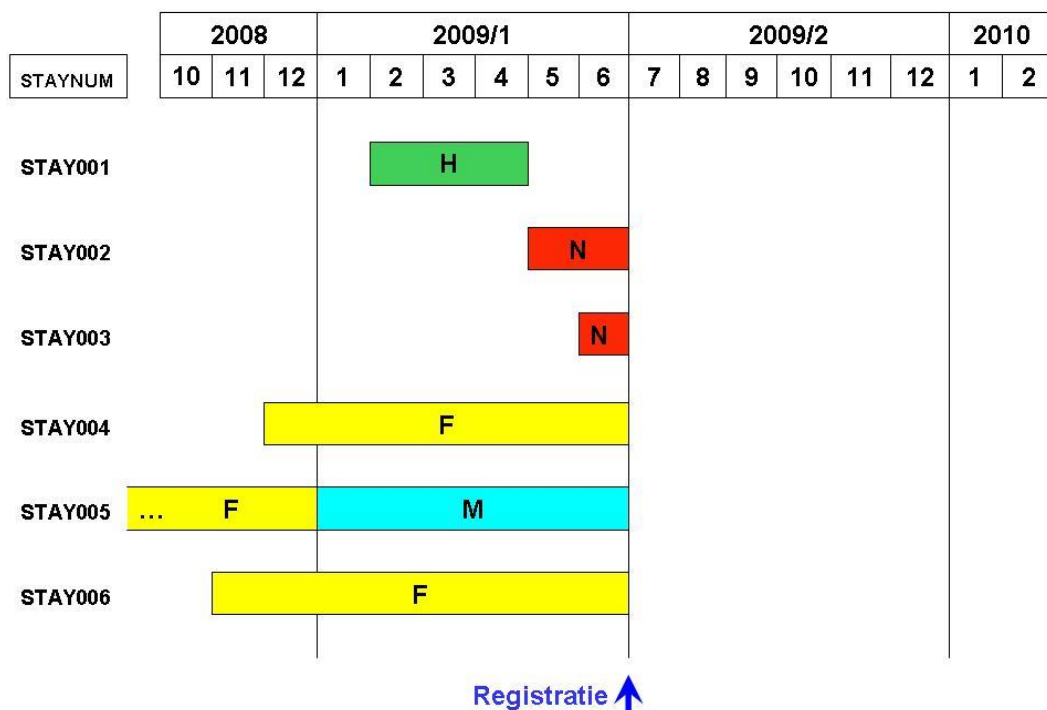
In deze 3 laatste velden wordt de reële datum van opname in het ziekenhuis genoteerd, ook voor de **langdurige verblijven en de niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen opgestuurd te worden.**

Administratieve gegevens: STAYHOSP (A2): Gegevens over het verblijf

- Voor A2_HOSPTYPE_FAC = **N** moet de datum van opname in het ziekenhuis in het huidige registratiesemester liggen.
- Voor A2_HOSPTYPE_FAC = **H** kan de datum van opname in het ziekenhuis in het huidige of vorige registratiesemester liggen.
- Voor A2_HOSPTYPE_FAC = **C, D, U** moet de datum van opname in het ziekenhuis in het huidige registratiesemester liggen of op de laatste dag van het vorige registratiesemester.
- Voor A2_HOSPTYPE_FAC = **F** moet de datum van opname in het ziekenhuis in het vorige registratiesemester liggen.
- Voor A2_HOSPTYPE_FAC = **M, L** moet de datum van opname in het ziekenhuis vóór het vorige registratiesemester liggen.

Hieronder wordt een schematische verduidelijking gegeven voor de verblijven met overnachting in het ziekenhuis. Het betreft steeds dezelfde verblijven (dezelfde STAYNUM voor beide schema's) maar voor twee verschillende registratieperioden. Het eerste schema komt overeen met registraties op het einde van het semester 2009|1 en het tweede schema met het einde van het semester 2009|2.

Schema 1: Registratie 2009/1



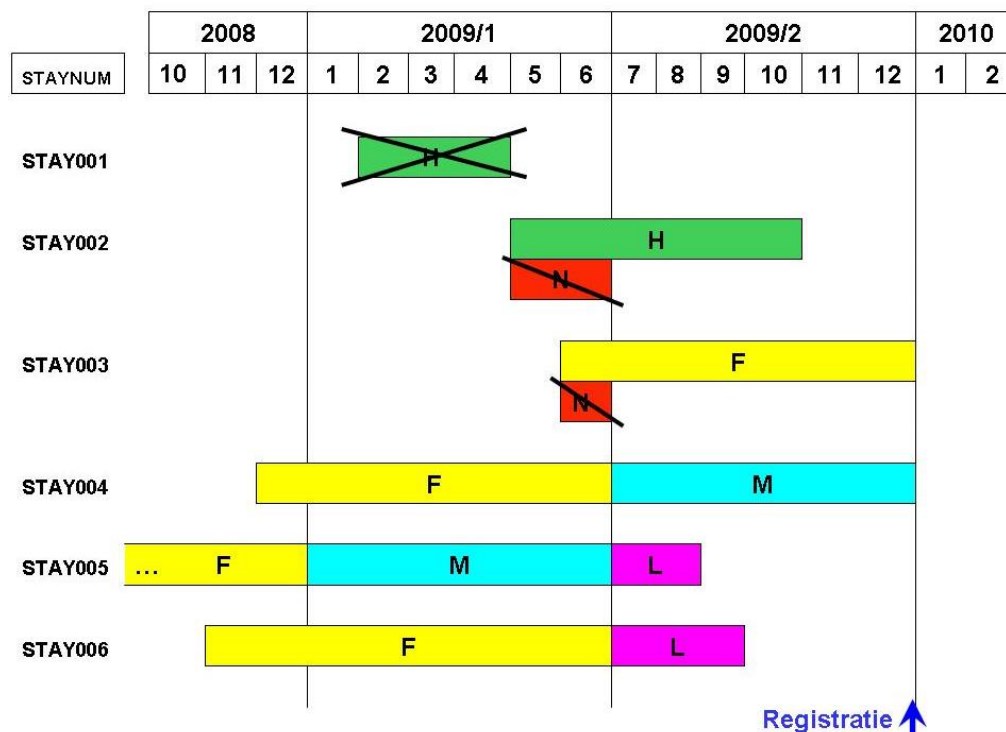
Het ziekenhuisverblijf STAY001 betreft een klassiek verblijf met zowel opname als ontslagdatum in het eerste semester van 2009 (A2_HOSPTYPE_FAC = H). Dit verblijf dient men aldus volledig te registreren in 2009|1.

De verblijven STAY002 en STAY003 worden voor het registratiesemester 2009|1 opgenomen als een voorlopige registratie van niet-beëindigde verblijven waarvoor de verpleegkundige gegevens reeds dienen doorgestuurd te worden (A2_HOSPTYPE_FAC = N). In het document onder punt 9. Bijkomende informatie: 'Bijkomende informatie over niet-beëindigde verblijven' wordt uitvoerig beschreven wat dient geregistreerd te worden voor verblijven met A2_HOSPTYPE_FAC = N. Merk hierbij op dat de opnamedatum van STAY003 in de eerste vijftien dagen van juni 2009 valt, dus moeten de verpleegkundige items worden geregistreerd. Indien een patiënt na 15 juni 2009 wordt opgenomen in het ziekenhuis (en nog niet ontslagen is op 30 juni 2009), dan worden geen

enkele gegevens van deze patiënt geregistreerd voor 2009|1. De opnamedatum van STAY002 is in mei 2009, dus voor dit ziekenhuisverblijf moeten de verpleegkundige items ook geregistreerd worden.

De verblijven STAY004, STAY005 en STAY006 betreffen langdurige verblijven. Voor STAY004 en STAY006 registreert men voor het eerste semester van 2009 de eerste registratie van een langdurig verblijf (A2_HOSPTYPE_FAC = F). Voor STAY005 registreert men voor het eerste semester van 2009 de tussentijdse registratie van een langdurig verblijf (A2_HOSPTYPE_FAC = M).

Schema 2: Registratie 2009/2



Het verblijf van STAY001 dient men voor het tweede semester van 2009 niet meer te registreren (viel volledig onder 2009|1).

Schema 2 toont aan dat de patiënt met verblijfsnummer STAY002 werd ontslagen uit het ziekenhuis in de loop van de maand oktober 2009, bijgevolg wordt dit verblijf voor het registratiesemester 2009|2 opgenomen als een klassiek verblijf (A2_HOSPTYPE_FAC = H). Voor 2009|2 dient men dus een volledige definitieve registratie uit te voeren met uitzondering van de verpleegkundige gegevens (ITEMDIVG) die reeds definitief geregistreerd werden in 2009|1 (met A2_HOSPTYPE_FAC = N). De definitieve gegevens van dit bestand in de registratie van 2009|1 worden dus niet meer opgenomen in de registratie van 2009|2, enkel de nieuwe gegevens van het tweede semester 2009 worden hierin opgenomen.

De patiënt met het verblijf STAY003 werd nog niet ontslagen uit het ziekenhuis op het einde van het registratiesemester 2009|2, bijgevolg wordt dit opgenomen als de eerste registratie van een langdurig verblijf (A2_HOSPTYPE_FAC = F). Voor 2009|2 dient men dus de registratie uit te voeren voor de eerste registratie van een langdurig verblijf (met uitzondering van de verpleegkundige gegevens want voor A2_HOSPTYPE_FAC = N werd het nodige reeds definitief geregistreerd voor 2009|1).

De verblijven STAY004, STAY005 en STAY006 betreffen langdurige verblijven. Voor STAY005 en STAY006 registreert men voor 2009|2 de laatste registratie van een langdurig verblijf (A2_HOSP_TYPE_FAC = L). Voor STAY004 registreert men voor het tweede semester van 2009 de tussentijdse registratie van een langdurig verblijf (A2_HOSP_TYPE_FAC = M).

A2 / Veld 8 ⇒ A2_YEAR_HOSP_OUT: jaar van ontslag uit het ziekenhuis

Optioneel veld
Vast formaat: 0 of 4 cijfers
Voorbeeld: ##, #2008#

A2 / Veld 9 ⇒ A2_MONTH_HOSP_OUT: maand van ontslag uit het ziekenhuis

Optioneel veld
Minimale lengte: 0 cijfer
Maximale lengte: 2 cijfers
Voorbeeld: ##, #1#, #12#

A2 / Veld 10 ⇒ A2_DAY_HOSP_OUT: dag in de maand van ontslag uit het ziekenhuis

Optioneel veld
Minimale lengte: 0 cijfer
Maximale lengte: 2 cijfers
Voorbeeld: ##, #3#, #25#

A2_YEAR_HOSP_OUT + A2_MONTH_HOSP_OUT + A2_DAY_HOSP_OUT = datum van ontslag uit het ziekenhuis

De datum van ontslag uit het ziekenhuis **moet binnen** de registratieperiode vallen behalve voor de **niet-beëindigde verblijven** waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden en voor de eerste registratie en de tussentijdse registraties van een **langdurig verblijf**. Omdat deze patiënten op het einde van de registratieperiode nog niet ontslagen zijn, worden deze velden niet ingevuld (##).

A2 / Veld 11 ⇒ A2_HOUR_HOSP_OUT: uur van ontslag uit het ziekenhuis

Optioneel veld
Minimale lengte: 0 cijfer
Maximale lengte: 2 cijfers
Voorbeeld: ## of #0# tot en met #23# (nooit #24#)

Het reële uur van ontslag wordt ingevuld.

Voor de **niet-beëindigde** verblijven waarvoor er reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden en voor de eerste registratie en de tussentijdse registraties van een **langdurig verblijf** wordt dit veld nog niet ingevuld (##) omdat de patiënt op het einde van de registratieperiode nog niet ontslagen is.

A2 / Veld 12 ⇒ A2_MIN_HOSP_OUT: minuten van ontslag uit het ziekenhuis

Optioneel veld
Minimale lengte: 0 cijfer
Maximale lengte: 2 cijfers
Voorbeeld: ## of #0# tot en met #59# (nooit #60#)
Het reële tijdstip van ontslag wordt genoteerd.

Voor de **niet-beëindigde** verblijven waarvoor er reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden en voor de eerste registratie en de tussentijdse registraties van een **langdurig verblijf** wordt dit veld nog niet ingevuld (##) omdat de patiënt op het einde van de registratieperiode nog niet ontslagen is.

A2 / Veld 13 ⇒ A2_HOSPTYPE_CAT: categorie ziekenhuisverblijf

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter (zie onderstaande tabel)

Deze indeling in categorieën werd tot 31/12/2009 enkel gebruikt om een onderscheid te maken tussen de volledig psychiatrische verblijven (P) en de rest (R). De oorspronkelijke naam was dan ook A2_HOSPTYPE_P_nP. Vanaf 2010|1 zijn de ziekenhuizen verplicht om voor de hospitalisaties zonder overnachting (daghospitaal) een onderscheid te maken tussen P, R, G, O en E.

Tabel 2-2: Toegelaten waarden voor A2_HOSPTYPE_CAT: categorie ziekenhuisverblijf

	CODE	OMSCHRIJVING
Klassieke hospitalisatie (met overnachting)	P	Volledig psychiatrisch verblijf
	R	Alle andere soorten verblijven
Hospitalisatie zonder overnachting	P	Volledig psychiatrisch verblijf
	G	Geriatrisch daghospitaal
	O	Oncologisch daghospitaal
	E	Pediatriesch daghospitaal
	R	Alle andere soorten verblijven (alle andere vormen van niet-chirurgische of chirurgische daghospitalisatie en ambulante spoed)

Voor de voorlopige registratie van de **niet beëindigde** verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen opgestuurd te worden dient men steeds de code R te gebruiken. Bij de definitieve registratie zal men ook de code R moeten gebruiken (Niet P want voor de psychiatrische verblijven moeten geen verpleegkundige items geregistreerd worden dus A2_HOSPTYPE_FAC = N is voor deze verblijven niet van toepassing.

1) VOLLEDIG PSYCHIATRISCH VERBLIJF (P)

De patiënt heeft enkel in een psychiatrische dienst (PAAZ) verbleven of werd in het ziekenhuis opgenomen via de dienst spoedgevallen en van daaruit naar de psychiatrische dienst in het ziekenhuis (PAAZ) getransfereerd. De patiënt heeft verder op geen enkele ander dienst in het ziekenhuis verbleven.

In STAYINDX wordt er alleen maar gefactureerd voor een bedindex A, A1, A2, K, K1, K2, T, T1, T2 of IB.

Uitzondering: De patiënt wordt via de dienst spoedgevallen opgenomen en verblijft daar zo lang dat er tijdens zijn verblijf op de dienst spoedgevallen al een verpleegdagprijs aangerekend kan worden. In dit geval kan er 1 (en slechts 1) verpleegdag aangerekend worden op een andere bedindex dan A, A1, A2, K, K1, K2, T, T1, T2 of IB. De opnamedatum in en ontslagdatum uit deze bedindex moeten gelijk zijn aan respectievelijk de opnamedatum in en ontslagdatum uit de verpleegeenheid spoedgevallen (URG).

In STAYSPEC worden er in principe enkel specialismen AKT geregistreerd of is het eerste specialisme een specialisme URG en zijn alle volgende specialismen een specialisme AKT.

In STAYUNIT worden er in principe enkel verpleegeenheden AKT geregistreerd of is de eerste verpleegeenheid een verpleegeenheid URG en zijn alle volgende verpleegeenheden een verpleegeenheid AKT.

Dit zijn de verblijven waarbij de patiënten enkel gefactureerd werden op A, K of T. Deze patiënten kunnen eventueel ook op de spoedafdeling verbleven hebben.

Er is geen minimum of maximum leeftijd voor patiënten op een K-dienst. Baby's kunnen dus op een K-dienst liggen. Voor patiënten op een A- en T-dienst is de minimumleeftijd 15 jaar. Deze leeftijdsnormen voor A, K en T zijn opgenomen in het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

Voor de verblijven op een psychiatrische dienst (A-, K- of T- bedden) dienen alleen de **administratieve gegevens** doorgestuurd te worden (omwille van MPG).

In veld 8 CODE_DIAGNOSE uit het bestand DIAGNOSE, waar de regel geldt dat er altijd een **hoofddiagnose** moet genoteerd worden, mogen voor deze verblijven de letters #AAAAAA# gebruikt worden in plaats van een ICD-9-CM diagnosecode t.e.m. MZG 2014/2 of een ICD-10-BE code vanaf MZG 2015/1.

Voor de **geverifieerde opnamediagnose** (veld 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM uit het bestand STAYHOSP) moet bij deze verblijven #AAAAAA# ingevuld worden. De DRG wordt 'AAA'. Als de patiënt echter via de dienst spoedgevallen opgenomen werd, dient als geverifieerde opnamediagnose #UUUAAA# ingevuld te worden. Hier krijgt men dan als DRG 'UAA'.

Noch op de dienst spoedgevallen noch op de psychiatrische afdelingen dienen ICD-9-CM of ICD-10-BE codes geregistreerd te worden.

Voor meer informatie omtrent de Grouper, zie punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over diagnosen en grouper*.

2) GERIATRISCH DAGHOSPITAAL (G)

Tot de geriatrische daghospitalisatie behoort iedere daghospitalisatie die gerealiseerd wordt in:

- hetzij het geriatrisch dagziekenhuis zoals omschreven in het contract “Proefproject betreffende de oprichting van de functie geriatrisch dagziekenhuis in het kader van het geriatrisch zorgprogramma”,
- hetzij een erkend dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt, zoals gedefinieerd in het Koninklijk Besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

3) ONCOLOGISCH DAGHOSPITAAL (O)

Hiermee wordt de daghospitalisatie binnen een zorgprogramma voor oncologie bedoeld zoals beschreven in het KB van 21 maart 2003.

Voorwaarden:

- De instelling moet een erkenning hebben voor oncologie.
- De patiënt dient verzorgd te worden door de hiervoor bedoelde equipe.
- De patiënt moet tot de doelgroep van het zorgprogramma behoren.

Alle verblijven die aan deze voorwaarden voldoen, moeten steeds in de MZG geregistreerd worden.

Sinds 1 maart 2017 moet voor een verblijf in het oncologisch daghospitaal in het bestand PROCRIZI – voor zover ze gefactureerd werden – een van de volgende codes toegevoegd worden:

Maxiforfait monotherapie: 767874 – 767885

Maxiforfait combitherapie: 767896 – 767900

Maxiforfait pediatrie monotherapie: 767911 – 767922

Maxiforfait pediatrie combitherapie: 767933 – 767944

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.

4) PEDIATRISCH DAGHOSPITAAL (E)

Hiermee wordt de daghospitalisatie binnen een zorgprogramma voor kinderen bedoeld zoals beschreven in het KB van 13 juli 2006 en het KB van 28 maart 2007.

A2 / Veld 14 ⇒ **A2_HOSPTYPE_FAC: type ziekenhuisverblijf (gebaseerd op de facturatie)**

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 2-3: Toegelaten waarden voor A2_HOSPTYPE_FAC: type ziekenhuisverblijf (gebaseerd op de facturatie)

	CODE	OMSCHRIJVING	
Klassieke hospitalisatie (met overnachting)	H	Klassieke hospitalisatie (Verpleegdagprijsverblijf)	
	F	Langdurige verblijven	Eerste registratie
	M		Tussentijdse registratie
	L		Laatste registratie
	N	Voorlopige registratie van de niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden	
Hospitalisatie zonder overnachting	C	Chirurgische daghospitalisatie	
	D	Niet-chirurgische daghospitalisatie	
	U	Contact met spoedgevallendienst zonder forfait en zonder verpleegdagprijs, enkel ambulante spoed	

Alle combinaties van A2_HOSPTYPE_CAT en A2_HOSPTYPE_FAC kunnen voorkomen ofwel binnen de klassieke hospitalisatie (met overnachting) ofwel binnen de hospitalisatie zonder overnachting.

Voor de definitie van een verblijf met overnachting verwijzen we naar 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*

1) KLASSIEKE HOSPITALISATIE (H)

Algemene regel: Dit zijn de verblijven van patiënten met overnachting, ook van de pasgeborenen en de buitenlandse patiënten.

Ook de verblijven zonder overnachting komen in aanmerking op voorwaarde dat deze aanleiding geven tot facturatie van een verpleegdag.

Voorbeeld:

Patiënt komt binnen in het ziekenhuis om 15:00 en overlijdt aan zijn verwondingen om 19:00 (= geen overnachting). De RIZIV-reglementering inzake facturatie van ligdagen stelt dat dit aanleiding geeft tot het factureren van een verpleegdag, dus betreft een klassieke hospitalisatie.

2) LANGDURIG VERBLIJF (F, M, L)

Men spreekt van een langdurig verblijf als **op het einde van een registratiesemester de patiënt nog niet ontslagen is en reeds minstens zes maanden ononderbroken in het ziekenhuis verblijft.**

Let op: de langdurige verblijven mag men niet verwarren met de niet-beëindigde verblijven waarvoor er reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden. Meer informatie m.b.t. de niet-beëindigde verblijven kan men terugvinden onder punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over niet-beëindigde verblijven.*

De registratie voor een langdurig verblijf wordt opgesplitst (met behoud van hetzelfde verblijfsnummer en hetzelfde anoniem patiëntnummer) zodat de gegevens zo snel mogelijk voor de FOD beschikbaar zijn.

Verschillende delen van een langdurig verblijf:

Eerste registratie (A2_HOSPTYPE_FAC = F):

Als de patiënt op het einde van een registratiesemester nog **niet ontslagen is en reeds minimaal ZES maanden** in het ziekenhuis verblijft, dienen de eerste gegevens opgestuurd te worden. Deze registratie bevat dus gegevens van het huidige en het vorige semester.

Voorbeeld voor registratieperiode 2009|1:

Voor de patiënten die tussen 1/7/2008 en 31/12/2008 opgenomen werden en die op 30/6/2009 nog niet ontslagen zijn, worden de gegevens van bij opname tot het einde van het registratieperiode (voor 2009|1 is dit 30/6/2009) opgestuurd.

Tussentijdse registratie (A2_HOSPTYPE_FAC = M):

Voor elk volgend **volledig** semester dat de patiënt in het ziekenhuis verblijft, dient eveneens een registratie opgemaakt en doorgestuurd te worden. Deze registratie bevat enkel die gegevens die betrekking hebben op het semester van registratie.

Voorbeeld voor registratieperiode 2009|1:

Voor de patiënten die vóór 01/07/2008 opgenomen werden en die op 30/6/2009 nog niet ontslagen werden en voor wie tijdens de registratie 2008|2 reeds een eerste of tussentijdse registratie meegegeven werd, worden voor de registratie 2009|1 de gegevens m.b.t. de periode van 01/01/2009 tot 30/6/2009 doorgestuurd.

Laatste registratie (A2_HOSPTYPE_FAC = L):

Voor het semester waarin de patiënt ontslagen wordt, moeten dan enkel de gegevens van dit laatste semester doorgestuurd worden zonder dat er eerst een samenvatting van het ganse verblijf moet gemaakt worden.

Voorbeeld voor registratieperiode 2009|1:

Voor de patiënten die vóór 01/07/2008 opgenomen werden en ontslagen tijdens het eerste semester van 2009, worden alle relevante gegevens voor de periode van het begin van de registratieperiode (01/01/2009) tot aan het ontslag uit het ziekenhuis opgestuurd.

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

Alle verblijven van patiënten

- die op het einde van de registratieperiode nog niet ontslagen zijn en
- die verbleven hebben op een verpleegeenheid waar er VG-MZG geregistreerd moet worden en
- dit gedurende minstens 1 zorgperiode tijdens een VG-MZG periode (of er nu al dan niet een VG-MZG item geregistreerd werd) en
- die geen langdurig verblijf hebben (het type ziekenhuisverblijf is niet #F#, #M# of #L#).

Voor deze verblijven moet **een beperkte registratie** uitgevoerd worden.

Daarnaast 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 (ITEMDIVG).

Zie ook punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over niet-beëindigde verblijven.*

4) CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE (C)

De functie chirurgische daghospitalisatie wordt beschreven in het KB van 25 november 1997.

Alle daghospitalisatieverblijven met een prestatie uit 'lijst A' (bijlage 3, punt 6 van het KB van 25 april 2002 *betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen*, gewijzigd door bijlage 1 van het KB van 4 juni 2003 tot wijziging van het KB van 25 april 2002 *betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen* en alle eventuele volgende wijzigingen) worden als chirurgische daghospitalisatie beschouwd. De regels voor laagvariabele zorg hebben dus geen invloed op het type ziekenhuisverblijf dat moet geregistreerd worden.

Er is voor deze verblijven sinds 1 juli 2002 een verpleegdagprijs verschuldigd in plaats van een forfait.

5) NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE (D)

Alle verblijven waarbij de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen wordt op dezelfde dag als die waarop hij is opgenomen overeenkomstig het akkoord, zoals bedoeld in artikel 42 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, geldend gedurende de periode van het verblijf.

De functie niet-chirurgische daghospitalisatie wordt beschreven in het KB van 10 februari 2008.

Voor deze verblijven wordt een forfait daghospitalisatie aangerekend.

Meer informatie m.b.t. de daghospitalisatie kan men terugvinden onder punt 9. Bijkomende Informatie: *Bijkomende informatie over daghospitalisaties* (punt 1.1.2. Type ziekenhuisverblijf = #D#: functie niet-chirurgische daghospitalisaties).

6) AMBULANTE SPOED (U)

Ambulante spoed mag enkel gebruikt worden bij een contact met spoedgevallendienst waarbij geen ligdag of dagforfait gefactureerd is.

OPMERKING:

Bij het bepalen van het type ziekenhuisverblijf voor korte verblijven (daghospitalisatie) bestaat de volgende hiërarchie:

- Chirurgische daghospitalisatie (C) heeft steeds voorrang.
- Daarna daghospitalisatie (D) in die diensten waar een dagforfait mag aangerekend worden.
- Het type ambulante spoed (U) mag enkel gebruikt worden bij een contact met spoedgevallendienst waarbij geen ligdag of dagforfait gefactureerd is.

Meer informatie omtrent bovenstaande kunt u vinden in punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over daghospitalisaties*.

A2 / Veld 15 ⇒ A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC: totaal aantal volledig te factureren ligdagen (tot einde registratieperiode) voor het ziekenhuisverblijf

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 5 cijfers

Voorbeeld: #6#

Deze waarde is gelijk aan de totale som **voor heel het verblijf** te beginnen bij de opname in het ziekenhuis tot het ontslag uit het ziekenhuis of tot het einde van de registratieperiode (voor het eerste deel en de tussentijdse delen van langdurige verblijven en voor de voorlopige registratie van de niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden). De partieel te factureren en de niet te factureren ligdagen worden niet meerekend.

Dit betekent dat alle volledig te factureren dagen van de velden 10 en 11 uit het bestand STAYINDEX voor alle bedindexen van hetzelfde ziekenhuisverblijf opgeteld dienen te worden.

Daar voor de tussentijdse en laatste delen van een langdurig verblijf niet alle facturatie gegevens opnieuw mogen worden meegegeven is de som van de bedindexen van de velden 10 en 11 van STAYINDEX voor deze verblijven niet gelijk zijn aan de inhoud van het veld A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC. Verder uitleg hieromtrent kunt u terugvinden bij het bestand STAYINDEX.

Tabel 2-4: Bepaling van A2 TOTAL NUMBER DAY FAC: totaal aantal volledig te factureren ligdagen

A2_HOSPTYPE_FAC	OMSCHRIJVING	A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC
H	Klassieke hospitalisatie	Totaal van opname tot ontslag
F	Langdurig verblijf	Totaal van opname tot einde semester
M		Totaal van opname tot einde semester
L		Totaal van opname tot ontslag
N	Voorlopige registratie voor verpleegkundige gegevens	Nog niet nodig, mag 0 zijn of het totaal van opname tot einde semester

Administratieve gegevens: STAYHOSP (A2): Gegevens over het verblijf

A2_HOSPTYPE_FAC	OMSCHRIJVING	A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC
C	Chirurgische daghospitalisatie	1
D	Daghospitalisatie	0
U	Contact met spoedgevallendienst zonder forfait en zonder verpleegdagprijs, enkel ambulante spoed	0

Voor H, F, M en L mag deze waarde niet nul zijn behalve als het om het geboorteverblijf gaat en de baby enkel bij de moeder op de M- of op een N*-dienst verbleven heeft.

Facturatieregels van het RIZIV voor pasgeborenen:

Als het om het geboorteverblijf gaat en de baby enkel bij de moeder op de M- of op een N*-dienst verbleven heeft, mag geen ligdag aangerekend worden.

Als de moeder het ziekenhuis verlaten heeft en de baby blijft op de dienst N* of de baby wordt heropgenomen in een dienst N* dan wordt een verpleegdag aangerekend met waarde 0 euro.

Voor een geboorteverblijf mag de baby enkel op de NIC of N* verblijven en niet op bijvoorbeeld E of C.

Als moeder en kind heropgenomen worden in een M-dienst en beiden ziek zijn dan mag 2 x een echte ligdagprijs aangerekend worden.

De baby kan heropgenomen worden in zowel een NIC-, E- als C-dienst en er wordt dan een echte verpleegdag aangerekend.

A2 / Veld 16 ⇒ A2_CODE_READMISSION: code heropname

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 2-5: Toegelaten waarden voor A2_CODE_READMISSION: code heropname

CODE	OMSCHRIJVING
0	Onbekend
1	Heropname binnen het jaar na vorig ontslag in hetzelfde ziekenhuis
2	Geen heropname of vorig ontslag uit hetzelfde ziekenhuis meer dan 1 jaar (365 dagen) geleden
M	Tussentijdse registratie van een langdurig verblijf
L	Laatste registratie van een langdurig verblijf

Hier geeft men aan of de patiënt, tot maximaal 1 jaar voor het begin van het huidige ziekenhuisverblijf, reeds eerder uit hetzelfde ziekenhuis ontslagen was.

Alle verblijven in hetzelfde ziekenhuis waarvoor er een registratie binnen het kader van de MZG gebeurd is (zowel **klassieke verblijven** als de **daghospitalisatie** (chirurgische en andere), als de **ambulante spoed**) tellen mee om de heropname te bepalen.

Voor een geboorteverblijf dient men steeds de code #2# te gebruiken.

A2 / Veld 17 ⇒ A2_CODE_SEX: geslacht

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 2-6: Toegelaten waarden voor A2_CODE_SEX: geslacht

CODE	OMSCHRIJVING
0	Onbepaalbaar (deze code mag enkel genoteerd worden wanneer er bij de geboorte onduidelijkheid is over het geslacht van de pasgeborene)

1	Mannelijk
2	Vrouwelijk
3	Veranderd

Het geslacht (code #1# of #2#) wordt weergegeven volgens de gegevens die op de identiteitskaart (of een ander identificatiepapier) van de patiënt vermeld staan.

Opmerking: de waarde 'veranderd' (code #3#) werd ingevoerd om de problemen met geslachtsgebonden aandoeningen bij patiënten die van geslacht veranderd zijn, op te vangen. Als bij geslacht 'veranderd' aangeduid wordt, zullen er geen foutmeldingen verschijnen in het controleprogramma.

Het geslacht van een patiënt wordt geregistreerd bij opname.

A2 / Veld 18 ⇒ A2_CODE_INDIC_AGE: indicator leeftijd

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Toegelaten waarden: zie onderstaande tabel 2-7

In de MZG registratie wordt enkel het geboortjaar van de patiënt geregistreerd. Het is nochtans belangrijk te weten of het al dan niet over een pasgeborene gaat. Daarom wordt voor elk ziekenhuisverblijf een indicator voor de leeftijd **bij opname** opgevraagd.

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)**.

Voorbeelden:

Een patiënt van 28 dagen oud bij opname = pasgeborene.

Een patiënt van 29 dagen oud bij opname is GEEN pasgeborene meer.

Voor een doodgeboren 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 alle pasgeborenen (onafhankelijk van de dienst waarin ze verblijven) worden er bijkomende gegevens opgevraagd. Deze worden beschreven in het bestand PATBIRTH in het domein van de medische gegevens.

De code #1# (pasgeborene, patiënten met een leeftijd bij opname van 28 dagen of minder of geboren tijdens het huidige verblijf) uit MKG bestaat niet meer maar is verder opgesplitst in #A#, #B# en #C#.

Tabel 2-7: Toegelaten waarden voor A2_CODE_INDIC_AGE: indicator leeftijd

CODE	OMSCHRIJVING
A	Pasgeborene, patiënten met een leeftijd bij opname van 0 dagen tot en met 7 dagen of geboren tijdens het huidige verblijf
B	Pasgeborene, patiënten met een leeftijd bij opname van 8 dagen tot en met 14 dagen
C	Pasgeborene, patiënten met een leeftijd bij opname van 15 dagen tot en met 28 dagen
2	Kinderen met een leeftijd bij opname van meer dan 28 dagen maar minder dan 1 jaar
3	Alle overige patiënten (leeftijd bij opname vanaf 1 jaar)

Indien men bij A2_CODE_SEX de code #3# (veranderd) codeert, mag men voor de indicator leeftijd (A2_CODE_INDIC_AGE) enkel de waarde #3# (leeftijd bij opname vanaf 1 jaar) gebruiken.

Indien men bij A2_CODE_SEX de code #0# (onbepaalbaar) codeert, mag men voor de indicator leeftijd (A2_CODE_INDIC_AGE) de waarde #3# (leeftijd bij opname vanaf 1 jaar) niet gebruiken. Men dient dus verplicht te kiezen voor code #A#, #B#, #C# of #2#.

A2 / Veld 19 ⇒ A2_CODE_ZIP: postcode België

Verplicht veld

Vast formaat: 4 karakters

Voorbeeld: #2600#, #0000#

De registratie van dit veld geldt bij opname van de patiënt in het ziekenhuis.

Voor de inwoners van België wordt de postcode van de gemeente waar de patiënt gedomicilieerd is, ingevuld.

Voor personen **zonder vaste woonplaats** omwille van professionele redenen, zoals bijvoorbeeld foorkramers en binnenschippers, moet de postcode van hun **referentiegemeente** opgegeven worden.

Voor **daklozen** en **alle ANDERE personen zonder vaste woonplaats** moet de code #9999# ingevuld worden.

Voor patiënten (Belgen en niet-Belgen) die in het **buitenland** gedomicilieerd zijn, dient dit veld opgevuld te worden met nullen: #0000#.

Soms krijgen bedrijven of organisaties die veel post ontvangen een eigen postcode (vb. VRT = 1043, SHAPE = 7010, etc.). In MKG werden deze postcodes niet opgenomen. Voor MZG geldt volgende regel: indien iemand effectief gedomicilieerd is op deze postcode dan mag men deze administratieve postcodes gebruiken. In andere gevallen zijn deze postcodes niet toegelaten.

Voorbeeld: Als een persoon niet gedomicilieerd is op de postcode van het Europees Parlement, dan mag men deze postcode niet gebruiken, men dient dan de postcode te gebruiken van de stad of gemeente waar deze persoon wel gedomicilieerd is.

Voor de voorlopige registratie van de **niet-beëindigde verblijven** waarvoor men reeds verpleegkundige gegevens dient door te sturen, mag men hier ofwel de reële waarde ingeven ofwel de waarde #0000# wat voor deze verblijven onbekend wil zeggen.

A2 / Veld 20 ⇒ A2_CODE_COUNTRY: landcode

Vanaf MZG 2011 veranderden de landcodes en dus maken we hier een onderscheid tussen de registratie tot en met MZG 2010 en de registratie vanaf MZG 2011.

1) LANDCODE TOT EN MET MZG 2010

Verplicht veld

Vast formaat: 3 karakters

Voorbeeld: #150#

De registratie van dit veld geldt bij opname van de patiënt in het ziekenhuis.

Voor inwoners (Belgen en niet-Belgen) van **België** dient hier de landcode #150# ingevuld te worden. Indien men landcode 150 ingeeft, dan kan men bij A2_CODE_ZIP de waarde #0000# niet ingeven behalve voor de voorlopige registratie van de niet-beëindigde verblijven waarvoor men reeds verpleegkundige gegevens dient door te sturen omdat bij deze verblijven de waarde #0000# gelijk staat met 'onbekend'.

Voor patiënten (Belgen en niet-Belgen) die in het **buitenland** gedomicilieerd zijn, wordt een andere landcode ingevuld. De lijst vindt men terug in het referentiebestand *Landcodes voor het*

veld *A2_CODE_COUNTRY (STAYHOSP)*, die men kan terugvinden op onze website www.health.belgium.be: *Gezondheid → Organisatie van de gezondheidszorg → Registratiesystemen → Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) → Richtlijnen → Referentiebestanden → Domein 3: Administratieve gegevens.*

Voor **daklozen** en alle andere personen **zonder vaste woonplaats** moet de landcode #150# worden ingevuld.

Voor de **niet-beëindigde verblijven** waarvoor men reeds verpleegkundige gegevens dient door te sturen, registreert men ofwel de reële landcode ofwel landcode #150#.

2) LANDCODE VANAF MZG 2011

Verplicht veld

Vast formaat: 2 karakters

Voorbeeld: #BE#

Voor de registraties sinds MZG 2011 moet de code van het land waar de patiënt gedomicilieerd is, voldoen aan de ISO-3166 normen. Deze internationale codes bestaan uit 2 letters in de plaats van de huidige (Belgische) code van 3 cijfers. De lijst vindt men eveneens terug in het referentiebestand *Landcodes voor het veld A2_CODE_COUNTRY (STAYHOSP)*, die men kan terugvinden op onze website www.health.belgium.be: *Gezondheid → Organisatie van de gezondheidszorg → Registratiesystemen → Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) → Richtlijnen → Referentiebestanden → Domein 3: Administratieve gegevens. De lijst van codes uit 2 letters bevindt zich onder de lijst van codes uit 3 cijfers.*

A2 / Veld 21 ⇒ A2_CODE_INDIC_NAT: indicator nationaliteit

Verplicht veld

Vast formaat: 2 karakters

Toegelaten waarden: zie onderstaande tabel 2-8

Tabel 2-8: Toegelaten waarden voor A2 CODE INDIC NAT: indicator nationaliteit

CODE	OMSCHRIJVING
OO	De nationaliteit van de patiënt is niet gekend
BE	De patiënt heeft de Belgische nationaliteit
DE	De patiënt heeft de Duitse nationaliteit
FR	De patiënt heeft de Franse nationaliteit
UK	De patiënt heeft de Britse nationaliteit
LU	De patiënt heeft de Luxemburgse nationaliteit
NL	De patiënt heeft de Nederlandse nationaliteit
EU	De patiënt is geen Belg, geen onderdaan van één van onze buurlanden, maar heeft wel de nationaliteit van één van de andere landen van de Europese Unie
ER	De patiënt heeft de nationaliteit van één van de landen uit Europa die niet tot de Europese Unie behoren
AF	De patiënt heeft de nationaliteit van één van de landen uit Afrika
AM	De patiënt heeft de nationaliteit van één van de landen uit Amerika
AZ	De patiënt heeft de nationaliteit van een van de landen van Azië
OC	De patiënt heeft de nationaliteit van één van de landen uit Oceanië

De registratie van dit veld geldt bij opname van de patiënt in het ziekenhuis.

In dit veld wordt de **nationaliteit** van de patiënt ingevuld, zoals het is aangegeven op zijn/haar identiteitskaart of reispas. Indien een patiënt meerdere nationaliteiten heeft, dan volstaat het één hiervan te registreren.

De nationaliteit mag men niet verwarren met het vorige veld waar het gaat over het land waar de patiënt zijn vaste woonplaats heeft. Het voorbeeld hieronder geeft dit onderscheid aan:

Voorbeeld: Een patiënt heeft zijn vaste woonplaats in Sint Maarten en wordt opgenomen in een Belgisch ziekenhuis. Sint Maarten maakt deel uit van de Nederlandse Antillen en is een zelfstandig land binnen het Koninkrijk der Nederlanden. Hoewel de Nederlandse Antillen op 10 oktober 2010 als land werd opgegeven, bestaat de term 'Nederlandse Antillen' nog als aanduiding van Aruba, Curaçao, Sint Maarten, Bonaire, Sint-Eustatius en Saba die deel uitmaken van het Koninkrijk der Nederlanden. In geval van deze patiënt worden de volgende waarden geregistreerd:

- Veld 20 A2_CODE_COUNTRY = AN
- Veld 21 A2_CODE_INDIC_NAT = NL

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen Belgen, Fransen, Nederlanders, Duitsers, Luxemburgers, Britten, Europeanen uit de andere landen van de Europese Unie, andere Europeanen en onderdanen van een land uit een ander continent.

Voor de voorlopige registratie van de **niet-beëindigde verblijven** waarvoor men reeds verpleegkundige gegevens dient door te sturen, registreert men ofwel de reële nationaliteit ofwel code #OO#, hetgeen voor deze verblijven 'onbekend' betekent.

A2 / Veld 22 ⇒ A2_CODE_STAT_INSURANCE: code verzekeringsstatus patiënt gedurende dit verblijf

Vanaf MZG2012 veranderen de codes van de verzekeringsstatus van de patiënt en dus maken we hier een onderscheid tussen de registratie tot en met MZG2011 en de registratie vanaf MZG2012.

1) CODE VERZEKERINGSSTATUS PATIËNT TOT EN MET MZG 2011

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 2-9: Toegelaten waarden voor A2 CODE STAT INSURANCE: code verzekeringsstatus patiënt gedurende dit verblijf, tot en met MZG2011

CODE	OMSCHRIJVING
A	Niet verzekerd (ook OCMW)
B	Patiënten aangesloten bij Belgische mutualiteit (ook Oorlogsinvaliden, Hulpkas zeevarenden, Arbeidsongevallen, etc.)
C	Internationale verdragen (Europese ziekteverzekeringskaart)
D	Specifieke akkoorden
0 (nul)	Onbekend: Voorlopige waarde, enkel te gebruiken voor A2_HOSPTYPE_FAC = N

De registratie van dit veld geldt bij opname van de patiënt in het ziekenhuis.

Voor pasgeborenen, die nog geen verzekeringsstatus hebben, mag men de verzekeringsstatus van de moeder overnemen.

Code #C# betreft de Europese ziekteverzekeringskaart voor buitenlanders opgenomen in een Belgisch ziekenhuis. Deze kaart toont dat de patiënt in orde is met de ziekteverzekering. Personen kunnen deze kaart gebruiken als ze tijdelijk in het buitenland verblijven. De reden van het verblijf speelt geen rol (vb. vakantie, studies, werk ...).

Code #D# betreft speciale akkoorden tussen landen voor bepaalde ziekten (vb. behandeling van diabetisch patiënten tussen Noord-Frankrijk en de ziekenhuizen van Henegouwen).

2) CODE VERZEKERINGSSTATUS PATIËNT VANAF MZG 2012

Verplicht veld

Vast formaat: 3 karakters (i.p.v. 1 karakter)

Tabel 2-10: Toegelaten waarden voor A2 CODE STAT INSURANCE: code verzekeringsstatus patiënt gedurende dit verblijf, vanaf MZG2012

NIEUWE CODE	OMSCHRIJVING	CATEGORIE VAN PATIËNTEN
001	Landsbond der Christelijke Mutualiteiten	A (De Z-patiënten en de gelijkgestelden) of A'
002	Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen	
003	Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten	
004	Landsbond van Liberale Mutualiteiten	
005	Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	
006	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering	
009	Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS	B (De niet ZIV-patiënten 'art. 110) of B'
200	Nationaal Instituut voor Oorlogsinvaliden, Oud-strijders en Oorlogsslachtoffers	
210	Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden	
220	Dienst voor Overzeese Sociale Zekerheid	
230	O.C.M.W.	C1a
300	Zorgcontracten met buitenlandse zorgactoren gevestigd in een lidstaat van EU/EER of Zwitserland, en zonder dekking voor gezondheidszorg in België	
310	Privé-initiatief van personen die ziektekostenverzekerd zijn in een andere lidstaat van de EU/EER of Zwitserland, en zonder dekking voor gezondheidszorg in België	C1b
320	Personen die ziektekostenverzekerd zijn bij een instelling van internationaal of Europees recht, en zonder dekking voor gezondheidszorg in België	C2
330	Patiënten die ziektekostenverzekerd zijn in een land dat niet behoort tot de EU/EER en Zwitserland en die niet onder een internationale overeenkomst vallen, en zonder dekking voor gezondheidszorg in België	C3
400	Niet-verzekerden	D1
500	Andere	
000	Onbekend: voorlopige waarde, enkel voor A2_HOSPTYPE_FAC = N	

Meer informatie over de categorie van patiënten (laatste kolom van tabel 2-10) is te vinden in het document onder punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over de indeling van alle categorieën van patiënten in de Belgische ziekenhuizen.*

De codes 001 tot en met 009 zullen moeten worden ingevuld voor de categorie A (of A') van de bijgevoegde nota (de ZIV-patiënten en de gelijkgestelden). De codes 200 tot en met 230 betreffen de categorie B (de niet ZIV-patiënten 'artikel 110') (of B'), code 300 correspondeert met categorie C1a, code 310 met categorie C1b, code 320 met categorie C2, code 330 met categorie C3 en code 400 met categorie D1. Code 500 is toegevoegd indien de patiënt niet kan ondergebracht worden onder één van de voornoemde codes.

Het Fonds voor Beroepsziekten, het Fonds voor Arbeidsongevallen en het Speciaal Onderstandsfonds (categorieën A' en B') worden in deze indeling niet vermeld (en dienen dus niet apart opgegeven te worden) vermits regularisatie hiervoor achteraf verloopt via het systeem van de subrogaties. In deze gevallen wordt de code 500 geregistreerd.

De codes 300, 310, 320 en 330 kunnen enkel gebruikt worden voor patiënten die niet bij een Belgische mutualiteit aangesloten zijn. Voor de indeling van de patiënt in deze categorieën is de nationaliteit en het land van domicilie van de patiënt niet belangrijk.

Voorbeelden:

- Een patiënt die in de EU, EER of Zwitserland, maar niet in België, voor zijn geneeskundige zorg verzekerd is (bv. in Nederland), laat zich in een Belgisch ziekenhuis behandelen in het kader van een zorgcontract dat tussen zijn (Nederlandse) zorgverzekeraar en het Belgische ziekenhuis waar hij opgenomen wordt, afgesloten werd. Deze patiënt wordt geregistreerd onder **code 300**.
- Een patiënt (wiens nationaliteit en land van domicilie hier ook niet van belang zijn) heeft een ziektekostenverzekering in de EU, EER of Zwitserland, maar niet in België (bv. in Duitsland). Hij laat zich in een Belgisch ziekenhuis behandelen en betaalt de factuur aan 100 %. Nadien vraagt hij terugbetaling aan zijn ziektekostenverzekeraar in Duitsland (bv. op basis van Richtlijn 2011/24/EU). Deze patiënt wordt geregistreerd onder **code 310**.
- Een patiënt (wiens nationaliteit en land van domicilie opnieuw niet van belang zijn) met een ziekteverzekering via een instelling van internationaal of Europees recht (bv. EU-ambtenaar) wordt geregistreerd onder **code 320**.
- Een patiënt is in Zuid-Afrika tegen ziektekosten verzekerd. De nationaliteit en het land van domicilie van de patiënt zijn ook hier niet relevant. De patiënt beslist om zich in een Belgisch ziekenhuis te laten behandelen. Hij betaalt de factuur aan 100 % en vraagt achteraf terugbetaling volgens de voorwaarden van zijn Zuid-Afrikaanse ziekteverzekering. Deze groep patiënten wordt geregistreerd onder **code 330**.
- Een patiënt die niet in België tegen ziektekosten verzekerd is, laat zich in een Belgisch ziekenhuis behandelen in het kader van een zorgcontract dat tussen een buitenlandse zorgactor (buiten de EU/EER of Zwitserland) en het Belgische ziekenhuis werd afgesloten. Deze groep patiënten wordt geregistreerd onder **code 330**.
- Een patiënt die over een Belgische mutualiteit beschikt, laat op privé initiatief een ingreep of onderzoek uitvoeren. Hij betaalt de factuur zelf en wordt geregistreerd onder **code 500**.

Voor de tussentijdse en laatste registratie van langdurige verblijven (A2_HOSPTYPE_FAC = M of L) moeten de oude codes gebruikt worden tot en met MZG 2011|2. Indien de patiënt nog langer in het ziekenhuis blijft, moeten de nieuwe codes in elk geval gebruikt worden vanaf MZG 2012|1.

De registratie van dit veld geldt bij opname van de patiënt in het ziekenhuis.

Voor pasgeborenen, die nog geen verzekeringsstatus hebben, moet men de verzekeringsstatus van de moeder overnemen.

A2 / Veld 23 ⇒ A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM: plaats vóór opname

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 2-11: Toegelaten waarden voor A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM: plaats vóór opname

CODE	OMSCHRIJVING	
0	Onbekend	Slechts te gebruiken in uitzonderlijke gevallen. Vb. voor A2_HOSPTYPE_FAC = N kan men de reële waarde of #0# gebruiken.
1	Thuis	Overall waar de patiënt autonoom kan handelen, dus ook bijvoorbeeld service flats voor oudere personen, kot voor studenten, ...

Administratieve gegevens: STAYHOSP (A2): Gegevens over het verblijf

CODE	OMSCHRIJVING	
2	Administratieve opname van een langdurig verblijf bij fusie	Enkel voor een tussentijdse of laatste registratie van een langdurig verblijf na fusie waarvoor reeds een registratie in het vorige semester meegestuurd werd, maar <u>met een ander erkenningsnummer</u> (nl. het erkenningsnummer dat vóór de fusie geldig was).
3	Ander ziekenhuis: niet-universitair	
4	Ander ziekenhuis: universitair	
5	Ander ziekenhuis: psychiatrisch	
6	Rust- en verzorgingstehuis (RVT) en bejaardentehuizen	
7	Psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) en beschut wonen	
8	Geboorteverblijf	Geboren in dit ziekenhuis of opname in het ziekenhuis omwille van de geboorte.
9	Andere	Dit kan een andere instelling zijn. Vb. gevangenis, internaat,...
A	Weg van / naar het werk	
B	Op het werk	
C	Weg van / naar de school	
D	In de school (inclusief sport op school)	
E	Verkeer (behalve weg van/naar werk of school)	
F	Tijdens sport (behalve sport op school)	
G	Openbare plaats	
M	Tussentijdse registratie van een langdurig verblijf	Geen nieuwe opname, dus is de plaats vóór opname niet relevant.
L	Laatste registratie van een langdurig verblijf	Geen nieuwe opname, dus is de plaats vóór opname niet relevant.
Z	NIEUW VANAF MZG 2018 Ongepland klassiek verblijf onmiddellijk aansluitend op een verblijf in daghospitalisatie	NIEUW VANAF MZG 2018 De patiënt komt in eerste instantie voor slechts één dag naar het ziekenhuis (chirurgische of niet-chirurgische daghospitalisatie), maar de behandelende arts beslist dat de patiënt voor een langere periode in het ziekenhuis moet blijven (minstens tot de dag na opname in het daghospitaal of zelfs langer). Enkel te gebruiken bij A2_HOSPTYPE_FAC = H, F of N wanneer het verblijf in daghospitaal en het ongepland klassiek verblijf omwille van facturatierechten als 2 verblijven geregistreerd worden.

Hiermee wordt de plaats bedoeld waar de patiënt zich bevond juist voor de opname in **dit** ziekenhuis. Dit is niet per definitie gelijk aan de woonplaats. Dit komt niet noodzakelijk overeen met het officieel domicileadres van de patiënt.

Deze waarden gelden voor alle MZG registraties, ongeacht of de opname al dan niet via spoed gebeurt.

De volgende combinaties zijn mogelijk:

- Voor een baby die in het ziekenhuis geboren wordt, dient zowel voor plaats vóór opname (A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM), type opname (A2_CODE_ADM) als verwezen door (A2_CODE_ADRBY) de code #8# ingevuld te worden.
- Type opname #5# (terugtransfer) kan enkel met plaats vóór opname #3#, #4# of #5# (ander ziekenhuis: niet-universitair, universitair of psychiatrisch).

Als de patiënt bij opname in het ziekenhuis ouder is dan zeven dagen (dus A2_CODE_INDIC_AGE is niet gelijk aan #A#), dan mag in het veld 'plaats voor opname' geen #8# (geboren in dit ziekenhuis) geregistreerd worden.

Voor de **tussentijdse en de laatste registratie van de langdurige verblijven** (A2_HOSPTYPE_FAC = M of L) dient in dit veld #M# respectievelijk #L# ingevuld te worden.

NIEUW vanaf MZG 2018

Als omwille van facturatierechten het verblijf in daghospitaal en het ongepland klassiek verblijf als 2 verblijven geregistreerd worden, dan moet voor het klassiek verblijf (A2_HOSPTYPE_FAC = H, F of N) in de velden 'plaats voor opname', 'type opname' en 'verwezen door' steeds #Z# geregistreerd worden.

A2 / Veld 24 ⇒ A2_CODE_ADM: type opname

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 2-12: Toegelaten waarden voor A2_CODE_ADM: type opname

CODE	OMSCHRIJVING	
0	Onbekend	Slechts te gebruiken in uitzonderlijke gevallen. Vb. voor A2_HOSPTYPE_FAC = N kan men de reële waarde of #0# gebruiken.
3	Geplande opname (*)	De opname in het ziekenhuis was al eerder afgesproken. Er werd dus vooraf gepland wanneer de opname zou gebeuren.
4	Vanuit daghospitalisatie	De patiënt komt in eerste instantie voor slechts één dag in het ziekenhuis (chirurgische en niet-chirurgische daghospitalisatie), maar de behandelende arts beslist dat de patiënt voor een langere periode in het ziekenhuis moet blijven (minstens tot de dag na opname van het verblijf in het daghospitaal of zelfs langer). <u>NIEUW VANAF MZG 2018</u> Enkel te gebruiken bij A2_HOSPTYPE_FAC = H, F of N wanneer het verblijf in daghospitaal en het ongepland klassiek verblijf als 1 verblijf geregistreerd worden.
5	Terugtransfer (*)	Terugkomst van een patiënt van het ziekenhuis waarnaar hij getransfereerd was.
6	Plaatsing (*)	Verplichte opname of plaatsing door rechter, politie, enz.
8	Geboorteverblijf	Geboren in dit ziekenhuis of opname in het ziekenhuis omwille van de geboorte.
A	Dringende opname via spoedgevallendienst zonder betrokkenheid van de dienst 112 of een ambulance.	Patiënt komt binnen met "eigen vervoer" of met de politie of met een arts of met het openbaar vervoer maar zonder een ambulance, zonder betrokkenheid van de dienst 112, en wordt opgenomen via de spoedgevallendienst.
B	Dringende opname via spoedgevallendienst zonder betrokkenheid van de dienst 112 met een ambulance, zonder tussenkomst van een MUG-functie of PIT.	Patiënt komt in het ziekenhuis via ambulance, maar zonder een MUG of PIT, de dienst 112 was niet betrokken. Er werd <u>geen</u> MUG-fiche of PIT-fiche opgemaakt.
C	Dringende opname via spoedgevallendienst met betrokkenheid van de dienst 112 met een ambulance, zonder tussenkomst van een MUG-functie of PIT.	Patiënt komt in het ziekenhuis via een ambulance, maar zonder een MUG of PIT, de dienst 112 was wel betrokken. Er werd <u>geen</u> MUG-fiche of PIT-fiche opgemaakt.
D	Dringende opname via spoedgevallendienst met een ambulance en met de begeleiding van de erkende MUG-functie en/of PIT van de ziekenhuiscampus (eventueel associatie) of als deze MUG-functie de patiënt ter plaatse verzorgd heeft.	Patiënt komt in het ziekenhuis via een ambulance en erkende MUG-functie en/of PIT van de ziekenhuiscampus (eventueel associatie) heeft de patiënt verzorgd, de dienst 112 was dus betrokken. Er is bovendien een MUG-fiche en/of PIT-fiche opgemaakt.

Administratieve gegevens: STAYHOSP (A2): Gegevens over het verblijf

CODE	OMSCHRIJVING	
E	Dringende opname via spoedgevallendienst met een ambulance en met de begeleiding van een andere erkende MUG-functie en/of PIT dan die van de ziekenhuiscampus (eventueel associatie) of als deze MUG-functie en/of PIT de patiënt ter plaatse verzorgd heeft	Patiënt komt in het ziekenhuis via een ambulance én een andere MUG-functie en/of PIT dan die van de ziekenhuiscampus (eventueel associatie) heeft de patiënt verzorgd, de dienst 112 was dus betrokken. Er is bovendien een MUG-fiche en/of PIT-fiche opgemaakt.
G	Dringende opname zonder passage via de dienst spoedgevallen.	Deze code mag enkel gebruikt worden voor patiënten die dringend in het ziekenhuis opgenomen worden MAAR die niet ingeschreven worden via de balie van de dienst spoedgevallen. Vb. opname voor een bevalling zonder passage via de dienst spoedgevallen.
M	Tussentijdse registratie van een langdurig verblijf	Geen nieuwe opname, dus is het type opname niet relevant.
L	Laatste registratie van een langdurig verblijf	Geen nieuwe opname, dus is het type opname niet relevant.
Z	NIEUW VANAF MZG 2018 Ongepland klassiek verblijf onmiddellijk aansluitend op een verblijf in daghospitalisatie	NIEUW VANAF MZG 2018 De patiënt komt in eerste instantie voor slechts één dag naar het ziekenhuis (chirurgische of niet-chirurgische daghospitalisatie), maar de behandelende arts beslist dat de patiënt voor een langere periode in het ziekenhuis moet blijven (minstens tot de dag na opname in het daghospitaal of zelfs langer). Enkel te gebruiken bij A2_HOSPTYPE_FAC = H, F of N wanneer het verblijf in daghospitaal en het ongepland klassiek verblijf omwille van facturatierechten als 2 verblijven geregistreerd worden.

(*) #3#, #5# en #6# zijn **onafhankelijk** van het feit of de patiënt al dan niet ingeschreven werd aan de balie van de dienst spoedgevallen. Bij de inschrijving via de balie van de dienst spoedgevallen moet voor het specialisme een code gebruikt worden die met 'URG' begint (zie CODE_SPEC van het bestand STAYSPEC bij de administratieve gegevens).

De codes #A# tot en met #E# kunnen enkel gebruikt worden als de patiënt in het ziekenhuis via de balie van de dienst spoedgevallen ingeschreven wordt EN als de opname niet gepland is bij aankomst op de dienst spoedgevallen (bij aankomst op de dienst spoedgevallen weet noch de arts noch de patiënt of er een opname zal volgen). Voor deze opnames dient een specialisme 'URG' gecodeerd te worden.

Voor dringende opnames die NIET via de dienst spoedgevallen opgenomen worden, mag enkel de code #G# gebruikt worden. Er mag dan geen enkele code specialisme (CODE_SPEC) beginnen met 'URG'.

De volgende combinaties zijn mogelijk:

- Voor een baby die in het ziekenhuis geboren wordt, dient zowel voor 'plaats vóór opname' als 'type opname' en 'verwezen door' de code #8# ingevuld te worden.
- Als de patiënt bij opname in het ziekenhuis ouder is dan 7 dagen (dus A2_CODE_INDIC_AGE is niet gelijk aan #A#), dan mag in het veld 'type opname' niet #8# (geboren in dit ziekenhuis) geregistreerd worden.
- Type opname #5# (terugtransfer) kan enkel met plaats vóór opname #3#, #4# of #5# (ander ziekenhuis: niet-universitair, universitair en psychiatrisch).

Voor **de tussentijdse en de laatste registratie van de langdurige verblijven** dient in dit veld #M# respectievelijk #L# ingevuld te worden.

Voor de langdurige verblijven zijn volgende combinaties mogelijk:

- plaats vóór opname #2# (administratieve opname van een langdurig verblijf bij fusie) met type opname #M# of #L#.
- indien de plaats vóór opname #M# of #L# is, dan is ook het ‘type opname’ en ‘verwezen door’ (zie volgende paragraaf) #M# of #L#.

NIEUW vanaf MZG 2018

Als omwille van facturatierechten het verblijf in daghospitaal en het ongepland klassiek verblijf als 2 verblijven geregistreerd worden, dan moet voor het klassiek verblijf (A2_HOSPTYPE_FAC = H, F of N) in de velden ‘plaats voor opname’, ‘type opname’ en ‘verwezen door’ steeds #Z# geregistreerd worden.

A2 / Veld 25 ⇒ A2_CODE_ADRBY: verwezen door

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 2-13: Toegelaten waarden voor A2_CODE_ADRBY: verwezen door

CODE	OMSCHRIJVING	
0	Onbekend	Slechts te gebruiken in uitzonderlijke gevallen. Vb. voor A2_HOSPTYPE_FAC = N kan men de reële waarde of #0# gebruiken.
1	Op eigen initiatief	De persoon in kwestie besluit zelf om opgenomen te worden in een ziekenhuis of wordt ertoe aangezet door iemand uit zijn directe omgeving.
3	Arts-specialist, vanuit eigen ziekenhuis	De patiënt dient na een consultatie, voor verdere onderzoeken of een ingreep, in het ziekenhuis opgenomen te worden.
4	Arts-specialist, buiten het ziekenhuis	Idem als hierboven maar de arts-specialist is niet verbonden aan het ziekenhuis.
5	Verzekeringsorganisme	Een verzekeringsorganisme vraagt om medisch advies (waarvoor opname noodzakelijk is) om het dossier verder te verwerken of af te handelen.
6	Externen	Voorbeelden: - de patiënt heeft geen inspraak of weet van de opname in een ziekenhuis. Vb. bij een ongeval kan een patiënt bewusteloos zijn zodat iemand anders in zijn plaats beslist wat er met hem gebeurt. - opname opgelegd door officiële instanties (politie, justitie, ...). - voorbijganger aanwezig op het moment van een malaise (zelfs als deze voorbijganger een arts is).
8	Geboorteverblijf	Geboren in dit ziekenhuis of opname in het ziekenhuis omwille van de geboorte.
A	Eigen huisarts met verwijsbrief	
B	Eigen huisarts, na telefonische of mondelinge afspraak	
C	Huisarts van wacht met verwijsbrief	
D	Huisarts van wacht, na telefonische of mondelinge afspraak	
M	Tussentijdse registratie van een langdurig verblijf	Geen nieuwe opname, dus is de code ‘verwezen door’ niet relevant.
L	Laatste registratie van een langdurig verblijf	Geen nieuwe opname, dus is de code ‘verwezen door’ niet relevant.
Z	NIEUW VANAF MZG 2018	NIEUW VANAF MZG 2018 De patiënt komt in eerste instantie voor slechts één dag naar het ziekenhuis (chirurgische of niet-chirurgische

Administratieve gegevens: STAYHOSP (A2): Gegevens over het verblijf

CODE	OMSCHRIJVING	
	Ongepland klassiek verblijf onmiddellijk aansluitend op een verblijf in daghospitalisatie	daghospitalisatie), maar de behandelende arts beslist dat de patiënt voor een langere periode in het ziekenhuis moet blijven (minstens tot de dag na opname in het daghospitaal of zelfs langer). Enkel te gebruiken bij A2_HOSPTYPE_FAC = H, F of N wanneer het verblijf in daghospitaal en het ongepland klassiek verblijf omwille van facturatierechten als 2 verblijven geregistreerd worden.

Voor de **tussentijdse en de laatste registratie van alle langdurige verblijven** dient in dit veld #M# respectievelijk #L# ingevuld te worden.

Als de huisarts van wacht ook de huisarts van de patiënt is, dan moet de voorkeur gegeven worden aan de codes #A# en #B#.

Voor een baby die in het ziekenhuis geboren wordt, dient zowel voor 'plaats vóór opname' als 'type opname' en 'verwezen door' de code #8# ingevuld te worden.

Als de patiënt bij opname in het ziekenhuis ouder is dan 7 dagen (dus A2_CODE_INDIC_AGE is niet gelijk aan #A#), dan mag in het veld 'verwezen door' niet #8# (geboren in dit ziekenhuis) geregistreerd worden.

NIEUW vanaf MZG 2018

Als omwille van facturatierechten het verblijf in daghospitaal en het ongepland klassiek verblijf als 2 verblijven geregistreerd worden, dan moet voor het klassiek verblijf (A2_HOSPTYPE_FAC = H, F of N) in de velden 'plaats voor opname', 'type opname' en 'verwezen door' steeds #Z# geregistreerd worden.

A2 / Veld 26 ⇒ A2_CODE_DESTINATE: bestemming

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 2-14: Toegelaten waarden voor A2_CODE_DESTINATE: bestemming

CODE	OMSCHRIJVING	
0	Onbekend	Slechts te gebruiken in uitzonderlijke gevallen. Vb. voor A2_HOSPTYPE_FAC = N moet men #0# gebruiken.
1	Thuis	Overal waar de patiënt autonoom kan handelen, dus ook bijvoorbeeld: service flats voor oudere personen, kot voor studenten, ...
2	Administratief ontslag van een langdurig verblijf bij fusie	Enkel voor een eerste of een tussentijdse registratie van een langdurig verblijf op een campus die in de volgende registratieperiode onder <u>een ander erkenningsnummer</u> zal registreren (door een fusie).
3	Ander ziekenhuis: niet-universitair	
4	Ander ziekenhuis: universitair	
5	Ander ziekenhuis: psychiatrisch	
6	Rust- en verzorgingstehuis (RVT) en bejaardentehuizen	
7	Psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) en beschut wonen	
8	Overleden	
9	Andere	Dit kan een andere instelling zijn. Vb. gevangenis, internaat, ...
A	Transfer naar een andere dienst binnen het eigen ziekenhuis	Dit gaat enkel over patiënten die niet op de dienst spoedgevallen blijven en voor enkele uren (voor

Administratieve gegevens: STAYHOSP (A2): Gegevens over het verblijf

CODE	OMSCHRIJVING	
		observatie) naar een andere dienst in het eigen ziekenhuis gaan zonder dat dit aanleiding geeft tot een type ziekenhuisverblijf H, F, M, L, N, C of D (enkel mogelijk voor type ziekenhuisverblijf U). Deze code mag enkel gebruikt worden bij type ontslag (A2_CODE_DISCHARGE) = #9#.
F	Eerste registratie van een langdurig verblijf	Geen echt ontslag, dus is de bestemming niet relevant.
M	Tussentijdse registratie van een langdurig verblijf	Geen echt ontslag, dus is de bestemming niet relevant.
Z	NIEUW VANAF MZG 2018 Ongepland klassiek verblijf onmiddellijk aansluitend op een verblijf in daghospitalisatie	NIEUW VANAF MZG 2018 De patiënt komt in eerste instantie voor slechts één dag naar het ziekenhuis (chirurgische of niet-chirurgische daghospitalisatie) maar de behandelende arts beslist dat de patiënt voor een langere periode in het ziekenhuis moet blijven (minstens tot de dag na opname in het daghospitaal of zelfs langer). Enkel te gebruiken bij A2_HOSPTYPE_FAC = C of D wanneer het verblijf in daghospitaal en het ongepland klassiek verblijf omwille van facturatierechten als 2 verblijven geregistreerd worden.

Voor de eerste en tussentijdse registraties van alle langdurige verblijven moet in dit veld #F# of #2# respectievelijk #M# of #2# ingevuld te worden.

De ‘plaats vóór opname’ en de ‘bestemming na ontslag’ zijn gelijkaardig zodat men duidelijk ziet waar de patiënt vandaan komt en waar die naartoe gaat bij ontslag. Als een patiënt naar dezelfde plaats terugkeert als de plaats vóór opname, dan moet men hier hetzelfde registreren in de velden A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM en A2_CODE_DESTINATION. Voor beide velden komt de waarde niet noodzakelijk overeen met het officieel domicilieadres van de patiënt.

Uitzonderingen:

- Plaats vóór opname #8# (geboren in ziekenhuis): een pasgeborene heeft een aparte code opname nodig, maar wordt als een gewone patiënt ontslagen.
- Code bestemming #8# wordt gebruikt voor de patiënten overleden in het ziekenhuis.

Indien men waarde #8#, overleden, opgeeft dan zal men als type ontslag enkel kunnen kiezen voor de waarde #3# (overleden met autopsie) of #4# (overleden zonder autopsie).

Indien men waarde #A# (transfer naar een andere dienst binnen het ziekenhuis) ingeeft, dan kan men bij type ontslag enkel de waarde #9# (doorverwezen voor observatie naar een andere dienst binnen het eigen ziekenhuis) opgeven.

Voor type ziekenhuisverblijf A2_HOSPTYPE_FAC = C, D, F, M, N of U mag de waarde #8# (overleden) niet gebruikt worden.

NIEUW vanaf MZG 2018

Als omwille van facturatierechten het verblijf in daghospitaal en het ongepland klassiek verblijf als 2 verblijven geregistreerd worden, dan moet voor het verblijf in daghospitaal (A2_HOSPTYPE_FAC = C of D) in de velden ‘bestemming’ en ‘type ontslag’ steeds #Z# geregistreerd worden.

A2 / Veld 27 ⇒ A2_CODE_DISCHARGE: type ontslag

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 2-15: Toegelaten waarden voor A2 CODE DISCHARGE: type ontslag

CODE	OMSCHRIJVING	
0	Onbekend	Slechts te gebruiken in uitzonderlijke gevallen. Vb. voor A2_HOSPTYPE_FAC = N moet men #0# gebruiken.
1	Op medisch advies	De behandelende arts geeft toestemming om het ziekenhuis te verlaten (enkel te gebruiken als geen enkele van de onderstaande mogelijkheden van toepassing is).
2	Ontslag tegen medisch advies	De patiënt verlaat het ziekenhuis op eigen risico.
3	Overleden met autopsie	
4	Overleden zonder autopsie	
5	Doorverwezen naar een andere instelling voor gespecialiseerde verzorging, ingreep, diagnosestelling, onderzoek, observatie enz. BEHALVE revalidatie	Vb. naar NIC, brandwondencentra, hartcentra, enz.
6	Door- of terugverwezen naar een andere instelling voor revalidatie of nazorg	Vb. naar Sp, G, N*, enz.
7	Doorverwezen naar een ander ziekenhuis wegens plaatsgebrek	
8	Doorverwezen naar een ander ziekenhuis (financiële redenen)	
9	Doorverwezen voor observatie naar een andere dienst binnen het eigen ziekenhuis	Dit gaat enkel over patiënten die niet op de dienst spoedgevallen blijven en voor enkele uren (voor observatie) naar een andere dienst in het eigen ziekenhuis gaan zonder dat dit aanleiding geeft tot een type ziekenhuisverblijf H, F, M, L, N, C of D (enkel mogelijk voor type ziekenhuisverblijf U). Deze code mag enkel gebruikt worden bij bestemming #A#.
D	Ontslag na daghospitalisatie (voor uitbestede procedure) naar het ziekenhuis waar de patiënt gehospitaliseerd is	Enkel voor daghospitalisatie. Na procedure met code uitbestede M2_CODE_PLACE_INTERV=#3# (procedure uitgevoerd in het ziekenhuis voor een patiënt verblijvend in een ander ziekenhuis).
F	Eerste registratie van een langdurig verblijf	Geen echt ontslag, dus is het type ontslag niet relevant.
M	Tussentijdse registratie van een langdurig verblijf	Geen echt ontslag, dus is het type ontslag niet relevant.
Z	NIEUW VANAF MZG 2018 Ongepland klassiek verblijf onmiddellijk aansluitend op een verblijf in daghospitalisatie	NIEUW VANAF MZG 2018 De patiënt komt in eerste instantie voor slechts één dag naar het ziekenhuis (chirurgische of niet-chirurgische daghospitalisatie) maar de behandelende arts beslist dat de patiënt voor een langere periode in het ziekenhuis moet blijven (minstens tot de dag na opname in het daghospitaal of zelfs langer). Enkel te gebruiken bij A2_HOSPTYPE_FAC = C of D wanneer het verblijf in daghospitaal en het ongepland klassiek verblijf omwille van facturatierechten als 2 verblijven geregistreerd worden.

Voor de eerste en tussentijdse registraties van alle langdurige verblijven dient in dit veld #F# respectievelijk #M# ingevuld te worden.

Voor type ziekenhuisverblijf A2_HOSPTYPE_FAC = C, D, F, M, N of U mag het ontslag type A2_CODE_DISCHARGE niet #3# (overleden met autopsie) of #4# (overleden zonder autopsie) zijn.

Indien men de waarde #3# (overleden met autopsie) of #4# (overleden zonder autopsie) noteert, dan mag men voor A2_CODE_DESTINATE enkel de waarde #8# (overleden) coderen.

Indien men voor bestemming de waarde #A# (transfer naar een andere dienst binnen het ziekenhuis) ingeeft, kan men bij type ontslag enkel waarde #9# (doorverwezen voor observatie naar een andere dienst binnen het eigen ziekenhuis) opgeven.

NIEUW vanaf MZG 2018

Als omwille van facturatierechten het verblijf in daghospitaal en het ongepland klassiek verblijf als 2 verblijven geregistreerd worden, dan moet voor het verblijf in daghospitaal (A2_HOSPTYPE_FAC = C of D) in de velden ‘bestemming’ en ‘type ontslag’ steeds #Z# geregistreerd worden.

A2 / Veld 28 ⇒ A2_CODE_SYS_DIAG_VERIF_ADM: soort codeersysteem voor geverifieerde opnamediagnose

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 2-16: Toegelaten waarden voor A2_CODE_SYS_DIAG_VERIF_ADM: soort codeersysteem voor geverifieerde opnamediagnose

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; en ook International Classification of Diseases, 10th Revision, Procedure Coding System). Voor alle verblijven wordt hier vanaf MZG 2015/1 dus enkel de waarde #B# ingevuld.

A2 / Veld 29 ⇒ A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM: geverifieerde opnamediagnose

Verplicht veld

Minimale lengte: 3 karakters

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

7 karakters vanaf MZG 2015 (merk op: de codes van het type #UUUUUU# blijven 6 karakters behouden)

Voorbeeld: #I200#

De geverifieerde opnamediagnose voor het ziekenhuisverblijf wordt ook gevraagd naast de hoofd- en de nevend diagnoses per specialisme (bestand DIAGNOSE dat gekoppeld is aan het bestand STAYSPEC).

De geverifieerde opnamediagnose wordt gedefinieerd als de aandoening die **na onderzoek** aangeduid werd als de hoofdoorzaak voor de opname van de patiënt in het ziekenhuis. De woorden ‘na onderzoek’ in de definitie zijn belangrijk. Het is dus niet de pure opnamediagnose, maar veeleer de diagnose die na een intensief diagnostisch onderzoek of zelfs na een heelkundige ingreep de oorzaak van de opname blijkt te zijn. Dit wil ook zeggen dat aandoeningen die optreden tijdens het verblijf in het ziekenhuis (bijvoorbeeld een val uit het ziekenhuisbed met heupfractuur) niet als geverifieerde opnamediagnose mogen opgegeven worden.

De geverifieerde opnamediagnose wordt gebruikt door de grouper voor het bepalen van de APR-DRG (Diagnosis Related Group) voor het volledige verblijf.

Er kan ook een APR-DRG voor een deel van het verblijf berekend worden (bijvoorbeeld indien de patiënt eerst verbleven heeft in een psychiatrisch specialisme of bij delen van een langdurig verblijf).

In de meeste gevallen is de geverifieerde opnamediagnose een geldige ICD-9-CM code t.e.m. MZG 2014 en ICD-10-BE code vanaf MZG 2015, en identiek aan de hoofddiagnose van het eerste specialisme. Voor alle verblijven moet de geverifieerde opnamediagnose, voor zover het om een geldige ICD-9-CM of ICD-10-BE code gaat, ook in het bestand DIAGNOSE bij CODE_DIAGNOSE geregistreerd worden.

Uitzonderingen:

In punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over diagnoses en grouper* vindt men een uitgebreide tabel waarbij alle mogelijke combinaties worden weergegeven. Hieronder worden samenvattende regels gegeven:

- 1) Voor de geverifieerde opnamediagnose van het middelste of laatste deel van een langdurig verblijf wordt de geverifieerde opnamediagnose van het eerste deel van het langdurig verblijf herhaald.
- 2) De geverifieerde opnamediagnose voor een ziekenhuisverblijf met A2_HOSPTYPE_FAC = U moet altijd #UUUUUU# zijn.
- 3) Voor een ziekenhuisverblijf met A2_HOSPTYPE_FAC = D en A2_HOSPTYPE_CAT = R en met een miniforfait of zonder forfait, moet de geverifieerde opnamediagnose steeds #MMMMMM# zijn (ook wanneer het enig specialisme URG is, of het eerste specialisme URG is, of het eerste specialisme AKT is, of wanneer het eerste specialisme URG en het tweede specialisme AKT is). Zie punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over daghospitalisaties, sectie 1.5.2.*
- 4) Als het eerste specialisme AKT is moet de geverifieerde opnamediagnose #AAAAAA# zijn, los van het feit of het al dan niet over een volledig psychiatrisch verblijf gaat. Indien het geen volledig psychiatrisch verblijf is, wordt een APR-DRG berekend voor het niet-psychiatrische deel van het verblijf.
- 5) Indien het eerste specialisme URG is en het tweede AKT, dan moet de geverifieerde opnamediagnose #UUUAAA# zijn.
- 6) In de andere gevallen, waarbij het eerste specialisme gelijk is aan URG, moet een geldige ICD-9-CM t.e.m. MZG 2014 en ICD-10-BE vanaf MZG 2015 gecodeerd worden als geverifieerde opnamediagnose. Deze kan gelijk zijn aan de hoofddiagnose van het eerste specialisme of deze van het tweede specialisme, maar dit is niet noodzakelijk zo. Het gaat hier over de aandoening die **na onderzoek** aangeduid werd als de hoofdoorzaak voor de opname van de patiënt die via de spoedgevallendienst in het ziekenhuis opgenomen werd.
- 7) De waarde #DDDDDD# moet gebruikt worden bij het type ziekenhuisverblijf A2_HOSPTYPE_FAC = N. Zie punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over niet-beëindigde verblijven, sectie 3.3.2.*
- 8) Voor de verblijven in daghospitalisatie die worden omgezet in klassieke hospitalisatie moet “de voornaamste oorzaak van de opname van de patiënt in het ziekenhuis” worden begrepen als “de voornaamste oorzaak van de opname van de patiënt in het ziekenhuis in klassieke hospitalisatie”. Dus in dit geval zal de geverifieerde opnamediagnose gelijk zijn aan de hoofddiagnose van het 2^{de} specialisme, namelijk het eerste specialisme van de klassieke

hospitalisatie. Zie punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over daghospitalisatie omgezet in klassieke hospitalisatie.*

A2 / Veld 30 ⇒ A2_CODE_SYS_DIAG_CAUSE_DEATH: soort codeersysteem voor doodsoorzaak

Verplicht veld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 2-17: Toegelaten waarden voor A2_CODE_SYS_DIAG_CAUSE_DEATH: soort codeersysteem voor doodsoorzaak

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; en ook International Classification of Diseases, 10th Revision, Procedure Coding System). Voor alle verblijven wordt hier vanaf MZG 2015/1 dus enkel de waarde #B# ingevuld.

Hoewel de doodsoorzaak A2_CODE_DIAG_CAUSE_DEATH (veld 31) niet meer hoeft geregistreerd te worden vanaf MZG 2015, dient A2_CODE_SYS_DIAG_CAUSE_DEATH nog steeds de waarde #B# te bevatten, omdat dit een verplicht in te vullen veld is (technische redenen).

A2 / Veld 31 ⇒ A2_CODE_DIAG_CAUSE_DEATH: doodsoorzaak

Optioneel veld

Minimale lengte: 3 karakters

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

7 karakters vanaf MZG 2015

Voorbeeld: #I200#

Tot en met MZG 2014 was het verplicht de doodsoorzaak te registreren voor patiënten die overlijden in het ziekenhuis. In het kader van de Administratieve Vereenvoudiging (only once – principe) moet vanaf MZG 2015, en tot nader bericht, de doodsoorzaak (A2_CODE_DIAG_CAUSE_DEATH) niet langer geregistreerd worden (zie rondzendbrief DM / OMZ_CIR / n. 09_15).

Voor patiënten die overlijden in het ziekenhuis moet (t.e.m. MZG 2014) / mag (vanaf MZG 2015) de doodsoorzaak vermeld worden. Voor alle andere patiënten blijft dit veld leeg (##). De doodsoorzaak wordt enkel ingevuld tijdens de registratieperiode waarin de patiënt overleden is.

Als te coderen doodsoorzaak wordt de oorspronkelijke doodsoorzaak, die op het overlijdenscertificaat werd ingevuld, weerhouden.

Bijgevolg past het om:

- in geval van een **natuurlijke dood**, de ziekte die het begin vormde van een reeks morbide gebeurtenissen die rechtstreeks tot de dood leidden, te coderen aan de hand van de codes uit de **ICD-9-CM classificatie** t.e.m. MZG 2014 of de **ICD-10-BE classificatie** vanaf MZG 2015.

- in geval van een **niet-natuurlijke doodsoorzaak** (ongeval, zelfmoord, doodslag, gebeurtenissen waarvan de intentie niet kan worden bepaald): de omstandigheden van het ongeval of het geweld, dat het fatale letsel veroorzaakte, te coderen aan de hand van de **‘E’-codes** uit de ICD-9-CM classificatie t.e.m. MZG 2014 en van de **‘V’, ‘W’, ‘X’** en **‘Y’-codes** uit de ICD-10-BE classificatie vanaf MZG 2015.

Hierbij gelden dezelfde richtlijnen als voor het invullen van het overlijdenscertificaat.

Bij euthanasie moet men de regel voor een natuurlijke dood volgen, namelijk de ziekte coderen die het begin vormde van een reeks morbide gebeurtenissen die rechtstreeks tot de dood leidde.

Opmerking:

- Als deze informatie niet in het medisch dossier terug te vinden is, mag voorlopig #ZZZZZZ# gebruikt worden.
- Voor A2_HOSPTYPE_CAT = P mag ook #ZZZZZZ# gebruikt worden.
- Voor A2_HOSPTYPE_FAC = N dient men veld A2_CODE_DIAG_CAUSE_DEATH blanco (## = niets invullen, dus ook geen spatie) te laten.

De diagnose die wordt weergegeven als doodsoorzaak in dit veld moet niet noodzakelijk worden opgenomen in het bestand DIAGNOSE (maar meestal zal dit echter wel het geval zijn).

De doodsoorzaak wordt niet meegenomen voor de berekening van de DRG.

A2 / Veld 32 ⇒ PATNUM: anoniem patiëntnummer

A1 → A2

Het patiëntnummer wordt in PATHOSPI gedefinieerd. In STAYHOSP mogen geen patiënten geregistreerd worden die niet in PATHOSPI voorkomen.

3. STAYSPEC (A3): Gegevens over het verblijf in specialisme

3.1. NAAM

XXX-Z-VERS-A-STAYSPEC-YYYY-P.TXT

Voorbeeld:

001-Z-3.0-A-STAYSPEC-2015-1.TXT

3.2. INHOUD

De diagnoses en procedures (gecodeerd in ICD-9-CM codes t.e.m. MZG 2014 en ICD-10-BE codes vanaf MZG 2015) worden per specialisme geregistreerd in de bestanden DIAGNOSE en PROCEDUR in het domein van de medische gegevens.

Men mag het ‘verblijf in specialisme’ niet verwarren met het ‘verblijf in bedindexen’ of met het ‘verblijf in een verpleegeenheid’. Met ‘verblijf in bedindexen’ wordt de facturatie bedoeld. Met ‘verblijf in een verpleegeenheid’ wordt de verpleegeenheid bedoeld waar de patiënt echt verbleven heeft en een bed/plaats ingenomen heeft. Met ‘verblijf in specialisme’ wordt eerder verwezen naar de specialist die verantwoordelijk is voor de diagnose en behandeling van de patiënt.

Het ziekenhuis is niet volledig vrij in het bepalen van de codes voor zijn specialismen (zie A3/Veld 6 \Rightarrow CODE_SPEC: code specialisme).

De volgende specialismen moeten apart geregistreerd worden: de A-, K- en T-diensten, de Sp-diensten, de functie voor intensieve zorg, de brandwondencentra en de dienst spoedgevallen.

Met een apart specialisme wordt bedoeld dat er voor deze specifieke delen van een verblijf de hoofd- en nevendiagnose en de procedures apart opgegeven worden in ICD-9-CM t.e.m. MZG 2014 en ICD-10-BE vanaf MZG 2015.

De berekende verblijfsduur wordt niet meer gevraagd. Deze wordt berekend op basis van de opname- en de ontslagdatum. In STAYSPEC vinden we enkel de datum van opname in het specialisme. De ontslagdatum vindt men als volgt:

- De ontslagdatum uit een specialisme is gelijk aan de opnamedatum van het volgende specialisme.
- Voor het laatste specialisme is de ontslagdatum gelijk aan de ontslagdatum uit het ziekenhuis (terug te vinden in het bestand STAYHOSP).

3.3. INDELING

Dit bestand bevat juist één record voor elk verblijf in een specialisme. Voor elk ziekenhuisverblijf telt dit bestand minstens één record en het volgnummer #1# moet altijd voorkomen behalve voor A2_HOSPTYPE_FAC = N.

Bij de voorlopige registratie van niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden, moeten nog geen diagnoses en ingrepen doorgestuurd worden en dient het verblijf in specialisme nog niet bepaald te worden. Zie punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over niet-beëindigde verblijven*.

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 ook moet voorkomen in STAYHOSP (zie punt 0. Linken tussen de bestanden).

Tabel 3-1: Recordtekening van STAYSPEC (A3): Gegevens over het verblijf in specialisme

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 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.

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	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	ORDER_SPEC	Volgnummer specialisme	M	V	N	1-2	
#							
Veld 6	CODE_SPEC	Code specialisme	M	V	C	4-10	
#							
Veld 7	A3_YEAR_SPEC_IN	Jaar van opname in het specialisme	M	F	N	4	
#							
Veld 8	A3_MONTH_SPEC_IN	Maand van opname in het specialisme	M	V	N	1-2	
#							
Veld 9	A3_DAY_SPEC_IN	Dag in de maand van opname in het specialisme	M	V	N	1-2	
#							

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 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 bestand HOSPITAL (S1), voor STAYNUM is dit bestand STAYHOSP (A2).

A3 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis

S1 → A1 → A2 → A3 - Sleutelveld

A3 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar

S1 → A1 → A2 → A3 - Sleutelveld

A3 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode

S1 → A1 → A2 → A3 - Sleutelveld

A3 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: verblijfsnummer

A2 → A3 - Sleutelveld

A3 / Veld 5 ⇒ ORDER_SPEC: volgnummer specialisme

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

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

Indien de patiënt binnen hetzelfde ziekenhuisverblijf in verschillende specialismen verbleven heeft, wordt met dit cijfer de chronologische volgorde aangeduid.

Indien de patiënt maar in één specialisme verbleven heeft, wordt hier de waarde #1# ingevuld.

Voor een baby geboren in het ziekenhuis wordt de waarde #1# toegekend aan het specialisme waarin het geboren wordt, waarbij de dag van opname in dit specialisme gelijk is aan de geboortedatum.

Bij een **tussentijdse of een laatste registratie van een langdurig verblijf** is het volgnummer van het specialisme waar de patiënt verblijft bij het begin van de registratieperiode gelijk aan #1#.

Voor een code specialisme dat begint met 'URG' is het volgnummer specialisme slechts in uitzonderlijke gevallen verschillend van #1#.

A3 / Veld 6 ⇒ CODE_SPEC: code specialisme

Verplicht veld

Minimale lengte: 4 karakters

Maximale lengte: 10 karakters

Voorbeeld: #SPE12256#

Deze code bestaat uit 2 delen. Voor het eerste deel (3 karakters) dienen verplicht de onderstaande codes gebruikt te worden (zie tabel 3-2). De andere 7 karakters zijn vrij door het ziekenhuis te bepalen.

Tabel 3-2: Toegelaten waarden voor de eerste drie karakters van CODE SPEC: code specialisme

CODE	OMSCHRIJVING
AKT	Psychiatrie (A-, K-, T-diensten)
SPE	Gespecialiseerde dienst (Sp-diensten)
INT	Functie 'intensieve zorg'
BRU	Brandwondencentrum
URG	Gespecialiseerde spoedgevallendienst of eerste opvang
DIV	Alle andere specialismen

De volgende specialismen moeten bij naam genoemd worden:

- de verblijven voor psychiatrie binnen de AKT-diensten (A-, K-, T-bedden) dienen steeds als een apart specialisme (**AKT**) aangeduid te worden, vermits voor deze verblijven de verplichting geldt van de MPG registratie.
- daar de Sp-diensten 'speciale diensten' zijn binnen het ziekenhuis, wordt er ook gevraagd deze in een apart specialisme (**SPE**) onder te brengen.
- met het KB van 27 april 1998 '*houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden*' kunnen ook deze functies als een apart specialisme gecodeerd worden. Vanaf het moment dat een ziekenhuis erkend is voor deze functie, dienen de verblijven in deze functie als een apart specialisme (**INT**) geregistreerd te worden. Ook voor verblijven langer dan 1 dag op (nog) niet erkende intensieve diensten of in een coronary care unit wordt aangeraden deze in een apart specialisme onder te brengen.
- gezien de specifieke regelingen voor brandwondencentra (**BRU**) wordt een verblijf in een erkend bed voor brandwonden ook in een apart specialisme ondergebracht.
- alle inschrijvingen via de balie van de dienst spoedgevallen (**URG**) (ambulant en met opname) (zelfs als de patiënt er slechts een beperkte tijd is) worden als een apart specialisme geregistreerd.
- **DIV** = alle andere specialismen.

De patiënten voor daghospitalisatie kunnen in elk specialisme verblijven. De meest voorkomende code voor een eenheid specifiek voor daghospitalisatie begint met DIV (3 eerste karakters).

Voor een fictieve eenheid DAYMIX moet men steeds DIV + code voor de campus invullen.

De opnamedatum in en de ontslagdatum uit het specialisme DIV + code campus (bestand STAYSPEC) moet samenvallen met de opnamedatum in en de ontslagdatum uit de fictieve verpleegeenheid DAYMIX (bestand STAYUNIT).

Voorbeelden van een registratie – fictief ziekenhuis 001 met campus 1234

1) Een kort verblijf met slechts 1 specialisme

STAYHOSP

001#2017#2#STAY1#2017#1#7#2017#1#7#16#25#R#D#0#2#2#3#3000#BE#BE#001#1#3#3#1#1#B#S06331A#B##PAT1#

STAYSPEC

001#2017#2#STAY1#1#DIV1234#2017#1#7#

STAYUNIT

001#2017#2#STAY1#1#1234#DAYMIX1234#2017#1#7#8#10#

2) Een gepland kort verblijf omgezet in een onverwacht klassiek verblijf - correct

STAYHOSP

001#2017#2#STAY2#2017#1#7#2017#1#12#16#25#R#H#5#2#2#3#3000#BE#BE#001#1#4#3#1#1#B#S06331A#B##PAT2#

STAYSPEC

001#2017#2#STAY2#1#DIV1234#2017#1#7#

001#2017#2#STAY2#2#DIV210#2017#1#7#

STAYUNIT

001#2017#2#STAY2#1#1234# DAYMIX1234#2017#1#7#8#10#

001#2017#2#STAY2#2#1234# DIV220#2017#1#7#16#10#

3) Een gepland verblijf omgezet in een onverwacht klassiek verblijf - foutief

STAYHOSP

001#2017#2#STAY3#2017#1#7#2017#1#12#16#25#R#H#5#2#2#3#3000#BE#BE#001#1#4#3#1#1#B#S06331A#B##PAT3#

STAYSPEC

001#2017#2#STAY3#1#DIV1234#2017#1#7#

001#2017#2#STAY3#2#DIV210#**2017#1#8#**

STAYUNIT

001#2017#2#STAY3#1#1234# DAYMIX1234#2017#1#7#8#10#

001#2017#2#STAY3#2#1234#DIV220#**2017#1#7#**16#10#

A3 / Veld 7 ⇒ A3_YEAR_SPEC_IN: jaar van opname in het specialisme

Verplicht veld

Vast formaat: 4 cijfers

Voorbeeld: #2007#

A3 / Veld 8 ⇒ A3_MONTH_SPEC_IN: maand van opname in het specialisme

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Voorbeeld: #7#, #12#

A3 / Veld 9 ⇒ A3_DAY_SPEC_IN: dag in de maand van opname in het specialisme

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Voorbeeld: #1#, #25#

A3_YEAR_SPEC_IN + A3_MONTH_SPEC_IN + A3_DAY_SPEC_IN = datum van opname in een specialisme

In deze 3 velden wordt de reële datum van opname in het specialisme genoteerd, ook voor de **langdurige verblijven en de voorlopige registratie van niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen opgestuurd te worden.**

De datums van opname in de verschillende specialismen dienen mekaar op te volgen volgens hun volgnummer (ORDER_SPEC).

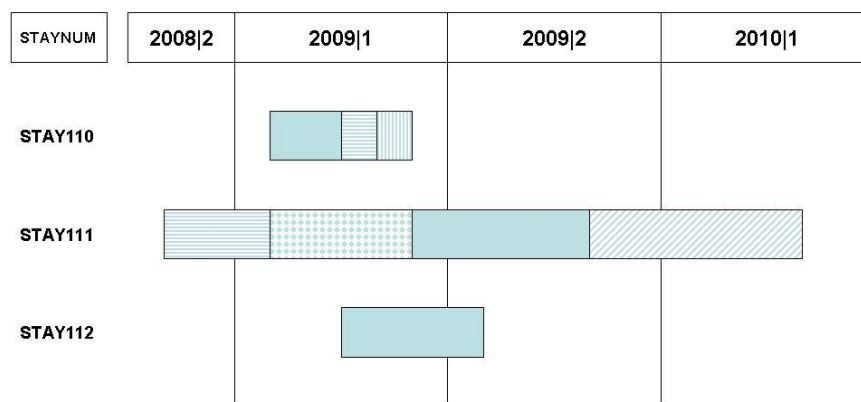
De datum van opname in het eerste specialisme is gelijk aan de datum van opname in het ziekenhuis behalve voor de middelste en de laatste registratie van langdurige verblijven waar de datum van opname in het eerste specialisme gelijk of groter moet zijn dan de opnamedatum in het ziekenhuis maar wel nog vóór het begin van het semester (of in uitzonderlijke gevallen net samen met het begin van het semester). Het begin van een semester is gelijk aan 1 januari 00:00u of 1 juli 00:00u.

De datum van opname in het tweede specialisme valt voor de middelste en de laatste registratie van langdurige verblijven na de eerste dag van het semester of op de eerste dag als de patiënt die dag nog van specialisme verandert.

De datum van opname in het laatste specialisme valt gelijk of vóór de datum van ontslag uit het ziekenhuis voor de beëindigde verblijven, en valt gelijk of vóór het einde van het semester voor tussentijdse of voorlopige registraties. De datum van opname in het laatste specialisme is gelijk aan de datum van ontslag uit het ziekenhuis als de patiënt op de laatste dag nog van specialisme verandert.

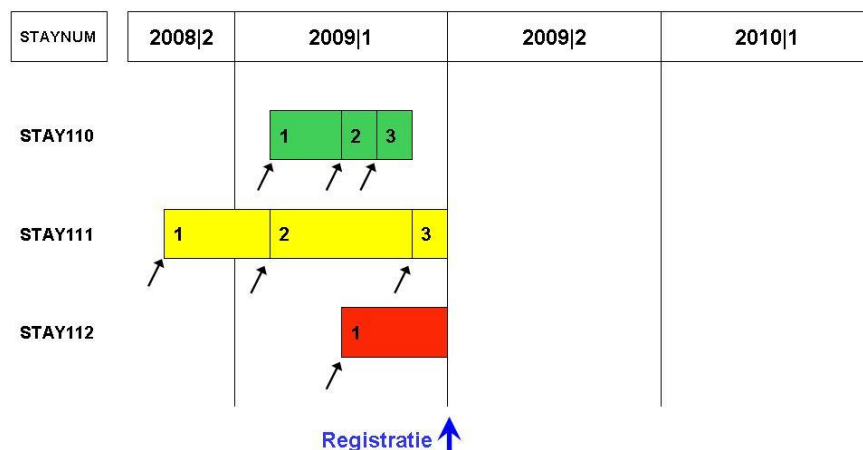
Dit wordt in de volgende schema's uitgebeeld. Het eerste schema toont aan in hoeveel specialismen een patiënt heeft verbleven tijdens zijn verblijf. Zo heeft patiënt met verblijfsnummer STAY110 verbleven in 3 verschillende specialismen, patiënt met verblijfsnummer STAY111 in 4 specialismen en de laatste patiënt met verblijfsnummer STAY112 in slechts 1 specialisme.

Schema 1: Aantal specialismen per verblijf



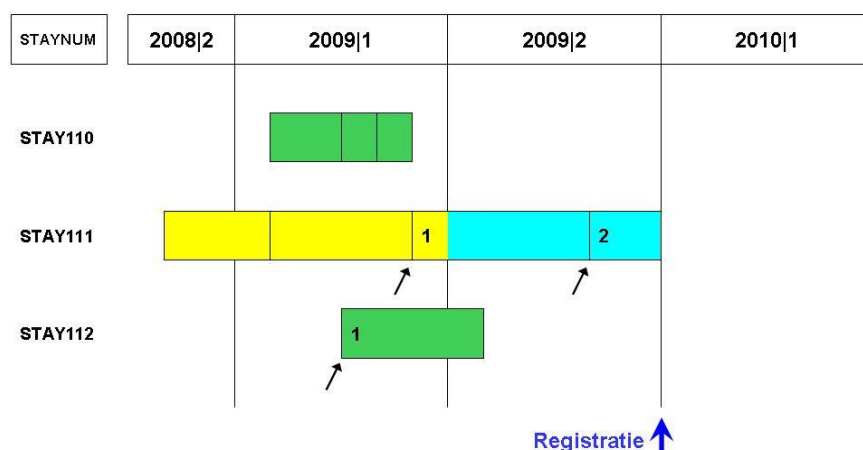
Het schema 2 geeft de resultaten voor het registratiesemester 2009|1. STAY110 is een klassiek verblijf (A2_HOSPTYPE_FAC = H - groen), STAY111 de eerste registratie van een langdurig verblijf (A2_HOSPTYPE_FAC = F - geel) en STAY112 een voorlopige registratie van een niet-beëindigd verblijf waarbij reeds verpleegkundige gegevens dienen geregistreerd te worden (A2_HOSPTYPE_FAC = N - rood). Het volgnummer van de specialismen is genoteerd op het schema (nummering) en het begin van elk specialisme is aangeduid met een pijl.

Schema 2: Het volgnummer en het begin van de specialismen voor registratie 2009/1



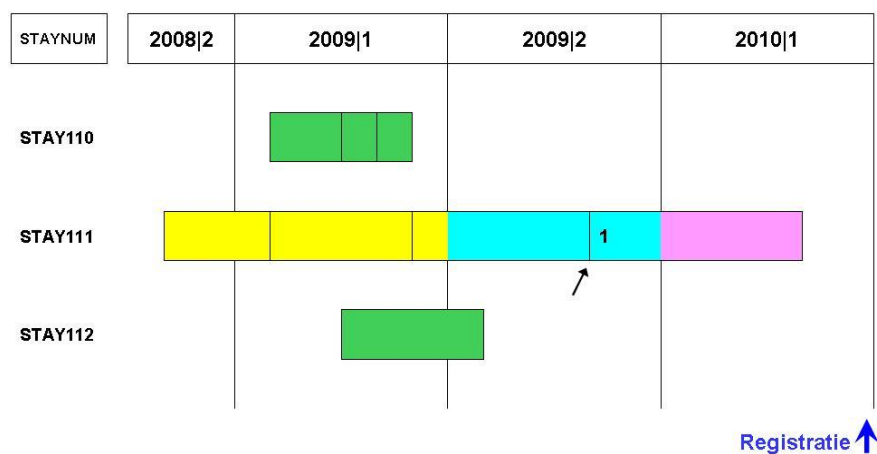
Het derde schema geeft de resultaten voor het registratiesemester 2009|2 voor de verblijven STAY111 en STAY112. Voor STAY111 is het de tussentijdse registratie van een langdurig verblijf (A2_HOSPTYPE_FAC = M - blauw) en voor STAY112 de definitieve registratie (A2_HOSPTYPE_FAC = H - groen). Het volgnummer van het specialisme is genoteerd op het schema (nummering) en het begin van elk specialisme is aangeduid met een pijl.

Schema 3: Het volgnummer en het begin van de specialismen voor registratie 2009|2



Tenslotte geeft schema 4 de resultaten voor de laatste registratie van het langdurig verblijf STAY111 (A2_HOSPTYPE_FAC = L - roos) waarbij het specialisme volgnummer #1# heeft en begint vóór het einde van het semester voor de tussentijdse registratie.

Schema 4: Het volgnummer en het begin van de specialismen voor registratie 2010/1



4. STAYINDEX (A4): Gegevens over het verblijf in bedindex

4.1. NAAM

XXX-Z-VERS-A-STAYINDEX-YYYY-P.TXT

Voorbeeld:

001-Z-3.0-A-STAYINDEX-2015-1.TXT

4.2. INHOUD

In dit bestand worden de ‘te factureren ligdagen’ per bedindex (=dienstcode) weergegeven. Het gaat hier over de bedindex die overeenkomt met de dienst waarop gefactureerd wordt voor het RIZIV en die in grote mate overeenkomt met de kostenplaatsen uit FINHOSTA.

FINHOSTA = Krachtens het KB van 14 december 1987 zijn de zorginstellingen verplicht om hun boekhoudkundige gegevens jaarlijks over te maken aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Om deze gegevens te controleren, werd de informaticatoepassing FINHOSTA (inzameling van statistische en financiële gegevens) ontwikkeld. De gegevens worden ingevoerd aan de hand van bestanden die de zorginstellingen zelf aanmaken.

We spreken van te factureren ligdagen omdat niet de datum van facturatie belangrijk is maar wel de periode dat de patiënt effectief in het ziekenhuis aanwezig was.

Men mag het begrip ‘verblijf in bedindex’ niet verwarren met ‘verblijf in specialisme’. Bij bedindexen spreken we over facturatie, bij specialisme wordt eerder verwezen naar de specialist die verantwoordelijk is voor de diagnose en behandeling van de patiënt.

Om een duidelijk onderscheid te maken tussen de erkende bedden per bedindex voor de samenstelling van de verpleegeenheden en de bedindexen die overeenkomen met de facturatie voor het RIZIV wordt een verschillende benaming gebruikt voor de twee verschillende doeleinden:

- Voor de aanduiding van de bedsamenstelling van een verpleegeenheid (S4/veld 6: CODE_BEDINDEX in het bestand UNITINDEX).
- Om de dienstcode aan te duiden waarop er voor het RIZIV gefactureerd werd (A4/veld 6: A4_CODE_BEDINDEX_FAC van het bestand STAYINDEX).

De ontslagdatum uit een bedindex is gelijk aan de opnamedatum van de volgende bedindex. Voor de laatste bedindex is de ontslagdatum gelijk aan de ontslagdatum uit het ziekenhuis (STAYHOSP).

4.3. INDELING

Telkens de patiënt van bedindex verandert (lees: telkens er voor het RIZIV op een andere dienstcode gefactureerd mag worden), komt er in dit bestand een record bij.

UITZONDERING:

Voor verblijven met type ziekenhuisverblijf H, F, M of L verschijnt er in het bestand STAYINDEX **geen nieuw record** voor die verblijven in bedindex / dienstcode waarvoor elk van de velden 10 tot 15 gelijk is aan 0 (nul). Dit is vooral het geval wanneer **volgens de richtlijnen van het RIZIV** er op die bedindex / dienstcode geen verpleegdagprijs (volledig of partieel,

Administratieve gegevens: STAYINDEX (A4): Gegevens over het verblijf in bedindex

velden 10 tot 13 van het bestand STAYINDEX) gefactureerd mag worden of de verblijfsduur zo kort is dat er ook in de velden 14 en 15 (niet te factureren dagen) volgens de huidige registratieregels MZG niets geregistreerd kan worden.

Voor alle informatie in verband met de facturatieregels verwijzen we naar de website van het RIZIV (www.riziv.be)

Samengevat, voor alle verblijven met type ziekenhuisverblijf H, F, M of L:	
-	Als er volgens de facturatie richtlijnen van het RIZIV een verpleegdag gefactureerd moet worden: (extra) record in STAYINDEX ;
-	Als er volgens de facturatie richtlijnen van het RIZIV geen verpleegdag gefactureerd mag worden EN de waarde in de velden 14 en 15 volgens de huidige registratieregels MZG ook 0 (nul) moet zijn: GEEN bijkomend record in STAYINDEX .

Voor elk ziekenhuisverblijf telt dit bestand minstens één record en het volgnummer #1# moet altijd voorkomen behalve voor A2_HOSPTYPE_FAC = N.

Bij de voorlopige registratie van niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen doorgestuurd te worden, moet de informatie over de facturatie nog niet doorgestuurd worden en dient het verblijf in bedindex nog niet bepaald te worden. Zie punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over niet-beëindigde verblijven*.

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 ook moet voorkomen in STAYHOSP (zie punt 0. Linken tussen de bestanden).

Tabel 4-1: Recordtekening van STAYINDEX (A4): Gegevens over het verblijf in bedindex

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 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.

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	A2
#							
Veld 2	YEAR_REGISTR	Registratiejaar	M	F	N	4	A2
#							
Veld 3	PERIOD_REGISTR	Registratieperiode	M	V	N	1-2	A2

Administratieve gegevens: STAYINDEX (A4): Gegevens over het verblijf in bedindex

Veldnr	Veldnaam	Omschrijving	C1	C2	C3	Lengte	Foreign Key
#							
Veld 4	STAYNUM	Verblijfsnummer	M	V	C	1-15	A2
#							
Veld 5	ORDER_BEDINDEX	Volgnummer bedindex	M	V	N	1-2	
#							
Veld 6	A4_CODE_BEDINDEX_FAC	Code bedindex voor de facturatie	M	V	C	1-2	
#							
Veld 7	A4_YEAR_BEDINDEX_IN	Jaar van opname in de bedindex	M	F	N	4	
#							
Veld 8	A4_MONTH_BEDINDEX_IN	Maand van opname in de bedindex	M	V	N	1-2	
#							
Veld 9	A4_DAY_BEDINDEX_IN	Dag in de maand van opname in de bedindex	M	V	N	1-2	
#							
Veld 10	A4_NUMBER_DAY_FAC	Aantal volledig te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar	M	V	N	1-5	
#							
Veld 11	A4_NUMBER_DAY_FAC_PREV	Aantal volledig te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar	M	V	N	1-5	
#							
Veld 12	A4_NUMBER_DAY_PART_FAC	Aantal partieel te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar	M	V	N	1-5	
#							
Veld 13	A4_NUMBER_DAY_PART_FAC_PREV	Aantal partieel te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar	M	V	N	1-5	
#							
Veld 14	A4_NUMBER_DAY_NO_FAC	Aantal niet te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar	M	V	N	1-5	
#							
Veld 15	A4_NUMBER_DAY_NO_FAC_PREV	Aantal niet te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar	M	V	N	1-5	
#							

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 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 bestand HOSPITAL (S1) en voor STAYNUM is dit bestand STAYHOSP (A2).

A4 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis

S1 → A1 → A2 → A4 - Sleutelveld

A4 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar

S1 → A1 → A2 → A4 - Sleutelveld

A4 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode

S1 → A1 → A2 → A4 - Sleutelveld

A4 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: verblijfsnummer

A2 → A4 - Sleutelveld

A4 / Veld 5 ⇒ ORDER_BEDINDEX: volgnummer bedindex

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Toegelaten waarde: volgnummer van #1# tot en met #99#

Indien de patiënt binnen hetzelfde ziekenhuisverblijf in verschillende bedindexen verbleven heeft (lees: als er op verschillende dienstcodes voor het RIZIV gefactureerd werd), wordt met dit cijfer de chronologische volgorde aangeduid.

Indien de patiënt maar in één bedindex verbleven heeft, wordt hier de waarde #1# ingevuld.

Voor een baby geboren in het ziekenhuis wordt de waarde #1# toegekend aan de bedindex waarin het geboren wordt, waarbij de dag van opname in deze bedindex gelijk is aan de geboortedatum.

Bij een **tussentijdse of een laatste registratie van een langdurig verblijf** is het volgnummer van de bedindex waar de patiënt bij het begin van het semester verblijft, gelijk aan #1#.

A4 / Veld 6 ⇒ A4_CODE_BEDINDEX_FAC: code bedindex voor de facturatie

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 karakter

Maximale lengte: 2 karakters

Toegelaten waarden: zie tabellen 4-2 en 4-3

Het gaat over de bedindex die overeenkomt met de dienst waarop gefactureerd wordt door het RIZIV en die komt in grote mate overeen met de kostenplaatsen uit FINHOSTA. In STAYINDEX wordt de overeenkomstige bedindex geregistreerd en niet het nummer van de RIZIV dienstcode.

De verblijven in bedindex (bestand STAYINDEX) dienen noch in aantal noch in tijd overeen te komen met de verblijven in de verpleegeenheden (bestand STAYUNIT) of de verblijven in specialisme (STAYSPEC).

Er wordt een nieuw verblijf in bedindex begonnen telkens wanneer de bedindex waarop gefactureerd wordt, verandert.

Het is bijvoorbeeld evident dat men niet op een G kan factureren als het ziekenhuis hiervoor niet erkend is.

In uitzonderlijke gevallen zal het mogelijk zijn om een bedindex te factureren (en dus een verblijf in het bestand STAYINDEX te registreren) die niet in de bedsamenstelling van de verpleegeenheid voorkomt maar waar de patiënt effectief verbleven heeft.

Meer informatie kan men terugvinden in punt 9. Bijkomende informatie *Bijkomende informatie over bedindexen, verpleegeenheden en zorgperioden, sectie 5.*

Onderstaand tabel geeft de mogelijke overeenkomsten weer tussen een verblijf in STAYINDEX (facturatie) en de erkende bedindexen (UNITINDEX).

Tabel 4-2: Toegelaten waarden voor A4 CODE BEDINDEX FAC: code bedindex voor de facturatie (deel 1)

Omschrijving van de erkende bedindexen	Referentie bestand Erkenning	Bestand UNITINDEX Veld 6 CODE_BE DINDEX	Bestand UNITINDEX Veld 8 S4_COST_CENTRE	Bestand STAYINDEX Veld 6 A4_CODE_BE DINDEX_FAC = Facturatie	RIZIV dienstcode
Dienst voor behandeling van TBC					
	B	B	200	B	200
Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling					
Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling, met uitzondering van de bedden toegekend aan de functie 'intensieve zorg', hartchirurgie en deze voor brandwonden.	C	C	210	C	210
Hartchirurgie, deel van de erkende C-bedden	Zorgprog = cardiale pathologie	C	219	C	210
Functie 'intensieve zorg', deel van de erkende C-bedden	Functie= INTZORG	CI	490	I	490
Eenheid voor de behandeling van zware brandwonden, deel van de erkende C-bedden	Med-tech dienst= BRANDW	BR	290	BR	290
Dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling					
Dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling, met uitzondering van de bedden toegekend aan de functie 'intensieve zorg' en deze voor brandwonden.	D	D	220	D	220
Functie 'intensieve zorg', deel van de erkende D-bedden	Functie= INTZORG	DI	490	I	490
Dienst voor gemengde hospitalisatie C+D					
Dienst voor gemengde hospitalisatie C+D, met uitzondering van de bedden toegekend aan de functie 'intensieve zorg'.	CD	CD	280	C of D	210 of 220
Functie 'intensieve zorg', deel van de erkende CD-bedden	Functie= INTZORG	HI	490	I	490
Dienst voor kindergeneeskunde					
Dienst voor kindergeneeskunde, met uitzondering van de bedden toegekend aan wiegendood en aan de functie 'intensieve zorg'.	E	E	230	E	230
Ziekenhuisdienst voor diagnose of preventieve behandeling van wiegendood, deel van de erkende E-bedden	E	E	239	E	230
Functie 'intensieve zorg', deel van de erkende E-bedden	Functie= INTZORG	EI	490	I	490
Dienst voor geriatrie					
	G	G	300	G	300
Dienst voor besmettelijke aandoeningen					
	L	L	250	L	250
Kraamdienst in een algemeen ziekenhuis of kraamkliniek					
Kraamdienst in een algemeen ziekenhuis of kraamkliniek, met uitzondering van de bedden voor hoogrisicozwangerschappen (MIC)	M	M	260	M	260

Administratieve gegevens: STAYINDEX (A4): Gegevens over het verblijf in bedindex

Omschrijving van de erkende bedindexen	Referentie bestand Erkenning	Bestand UNITINDEX Veld 6 CODE_BE INDEX	Bestand UNITINDEX Veld 8 S4_COST_CENTRE	Bestand STAYINDEX Veld 6 A4_CODE_BE INDEX_FAC = Facturatie	RIZIV dienstcode
Dienst voor intensieve observatie van hoogrisicozwangerschappen (MIC), Functie perinatale zorg (deel van de erkende M-bedden)	Functie= PERINAT	MI	263	M	260
Afdeling voor niet-intensieve neonatale zorg (functie)	Enkel als er M bedden erkend zijn	N*	262	N*	190
Dienst voor intensieve neonatale zorg (NIC)	NIC	NI	270	NI	270
Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie van patiënten					
Sp-dienst voor cardio-pulmonaire aandoeningen	S1	S1	310	S1	310
Sp-dienst voor locomotorische aandoeningen	S2	S2	312	S2	312
Sp-dienst voor neurologische aandoeningen	S3	S3	311	S3	311
Sp-dienst voor palliatieve zorg	S4	S4	314	S4	314
Sp-dienst voor chronische polypathologieën	S5	S5	313	S5	313
Sp-dienst voor psychogeriatrische aandoeningen	S6	S6	315	S6	315
Dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling					
Dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling (dag en nacht)	A	A	370	A	370
Dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling voor daghospitalisatie	A1	A1	380	A1	380
Dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling voor nachthospitalisatie	A2	A2	390	A2	390
Dienst neuropsychiatrie voor kinderen					
Dienst neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)	K	K	340	K	340
Dienst neuropsychiatrie voor kinderen voor daghospitalisatie	K1	K1	350	K1	350
Dienst neuropsychiatrie voor kinderen voor nachthospitalisatie	K2	K2	360	K2	360
Psychiatrische dienst voor behandeling					
Dienst neuropsychiatrie voor behandeling (dag en nacht)	T	T	410	T	410
Dienst neuropsychiatrie voor behandeling voor daghospitalisatie	T1	T1	420	T1	420
Dienst neuropsychiatrie voor behandeling voor nachthospitalisatie	T2	T2	430	T2	430
Dienst voor intensieve behandeling van psychiatrische patiënten (gevolgd door de aanduiding van de betrokken doelgroep)					
IB-dienst (SGA*-volwassen)	I1	I1	480	IB	480

* SGA = Sterk Gedragsgestoorde en Agressieve patiënten

Vanaf MZG 2010 mogen geen I bedden meer gebruikt worden voor CODE_BEDINDEX in het bestand UNITINDEX. We aanvaarden dan nog enkel CI, DI, HI of EI.

Men maakt een onderscheid tussen erkende bedden (tabel 4-2) en bijkomende bedindexen (tabel 4-3). Bijkomende bedindexen worden gebruikt voor bedden of plaatsen die in de erkenningsbesluiten niet als dusdanig te vinden zijn.

Tabel 4-3: Toegelaten waarden voor A4 CODE BEDINDEX FAC: code bedindex voor de facturatie (deel 2)

Omschrijving van de bijkomende bedindexen	Referentie bestand Erkenning	Bestand UNITINDEX Veld 6 CODE BEDINDEX	Bestand UNITINDEX Veld 8 S4_COST CENTRE	Bestand STAYINDEX Veld 6 A4_CODE BEDINDEX FAC = Facturatie	RIZIV dienstcode
Klassieke hospitalisatie (met overnachting)					
Arbeidskamer		AR	261	M	260
Verloskamer		OB	261	M	260
Operatiezaal		OP	180	C	210
Recovery		RE	180	C	210
Hospitalisatie zonder overnachting					
Dienst spoedgevallen	Functie= SPOED	U	150	U	Pseudo-dienstcode
Tijdelijke hospitalisatie op spoed		TU	150	U	Pseudo-dienstcode
Dienst voor daghospitalisatie (alle andere types)		Z	552	Z	Pseudo-dienstcode
Chirurgisch daghospitaal	Functie= CHDAG	ZC	320	ZC*	320
Niet-chirurgisch daghospitaal		ZD	550	Z	Pseudo-dienstcode
Geriatrisch daghospitaal – Tot en met MZG 2018		ZG	553	Z	Pseudo-dienstcode
Geriatrisch daghospitaal – Vanaf MZG 2019		ZG	334	Z	Pseudo-dienstcode
Oncologisch daghospitaal		ZO	552, 550	Z	Pseudo-dienstcode
Pediatriisch daghospitaal		ZE	551	Z	Pseudo-dienstcode

Voor ambulante spoedgevallen en de periode op de dienst spoedgevallen vóór opname mag in het bestand STAYINDEX enkel de bedindex #U# gebruikt worden.

Voor daghospitalisatie mag bedindex #Z# gebruikt worden voor de forfaits en de ambulante facturatie.

*** De ligdag voor het chirurgisch daghospitaal mag enkel op #ZC# gefactureerd worden. We aanvaarden #Z# tot en met MZG 2010.**

Voor een verpleegeenheid DAYMIX wordt ook #Z# gebruikt.

Voor de periode dat de patiënt in OUT of TRANS is, wordt er geen apart record in het bestand STAYINDEX geregistreerd.

De verblijven op operatiezaal, recovery en bevallingsafdeling (arbeids- en verloskamer) worden niet apart geregistreerd in het bestand STAYINDEX. Zie punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over bedindexen, verpleegeenheden en zorgperioden, sectie 2.2.*

A4 / Veld 7 ⇒ A4_YEAR_BEDINDEX_IN: jaar van opname in de bedindex

Verplicht veld

Vast formaat: 4 cijfers

Voorbeeld: #2008#

A4 / Veld 8 ⇒ A4_MONTH_BEDINDEX_IN: maand van opname in de bedindex

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer
Maximale lengte: 2 cijfers
Voorbeeld: #7#, #12#

A4 / Veld 9 ⇒ A4_DAY_BEDINDEX_IN: dag in de maand van opname in de bedindex

Verplicht veld
Minimale lengte: 1 cijfer
Maximale lengte: 2 cijfers
Voorbeeld: #1#, #25#

**A4_YEAR_BEDINDEX_IN + A4_MONTH_BEDINDEX_IN + A4_DAY_BEDINDEX_IN
= datum van opname in bedindex**

In deze 3 velden wordt de reële datum van opname (begin van facturatie) in een bedindex/dienstcode genoteerd, ook voor de **langdurige verblijven en de voorlopige registratie van niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen opgestuurd te worden**.

De datums van opname in de verschillende bedindexen dienen mekaar op te volgen volgens hun volgnummer (ORDER_BEDINDEX).

De datum van opname in de eerste bedindex is gelijk aan de datum van opname in het ziekenhuis behalve voor de tussentijdse en de laatste registratie van langdurige verblijven waar de datum van opname in de eerste bedindex gelijk of groter moet zijn dan de opnamedatum in het ziekenhuis maar voor het begin van het semester moet vallen (of in uitzonderlijke gevallen net samen met het begin van het semester). Een semester begint op 1 januari 00:00u of 1 juli 00:00u.

De datum van opname in de tweede bedindex valt voor de tussentijdse en de laatste registratie van langdurige verblijven na het begin van het semester.

De datum van opname in de laatste bedindex valt gelijk of vóór de datum van ontslag uit het ziekenhuis voor de beëindigde verblijven, en valt gelijk of vóór het einde van het semester voor tussentijdse of voorlopige registraties.

Zie ook de schema's bij STAYSPEC na veld 9.

A4 / Veld 10 ⇒ A4_NUMBER_DAY_FAC: aantal volledig te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar

Verplicht veld
Minimale lengte: 1 cijfer
Maximale lengte: 5 cijfers
Toegelaten waarde: van #0# tot en met #366#

Het totaal aantal volledig te factureren ligdagen voor een aaneensluitend verblijf in deze bedindex (eventueel in verschillende verpleegeenheden), voor zover de dagen in het **HUIDIGE registratiejaar** vallen.

Voorbeeld voor het registratiejaar 2008:

- Voor een verblijf van 15 maart 2008 tot 26 maart 2008 in een bepaalde bedindex kan het aantal te factureren ligdagen maximaal 12 dagen zijn.
- Voor een verblijf van 28 december 2007 tot 8 januari 2008 kan het aantal te factureren ligdagen voor het huidige registratiejaar maximaal 8 dagen zijn.

Tabel 4-4: Bepaling van A4 NUMBER DAY FAC: aantal volledig te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar

A2_HOSPTYPE_FAC	OMSCHRIJVING		A4_NUMBER_DAY_FAC
H	Klassieke hospitalisatie		Van het begin van het registratiejaar of het begin van het verblijf in bedindex tot het einde van het verblijf in bedindex.
F	Langdurig verblijf	F	Van het begin van het registratiejaar of het begin van het verblijf in bedindex tot het einde van het verblijf in bedindex of het einde van het registratiesemester.
M		M	Van het begin van de registratiesemester of het begin van het verblijf in bedindex tot het einde van het verblijf in bedindex of het einde van de registratiesemester.
L		L	Van het begin van de registratiesemester of begin van het verblijf in bedindex tot einde van het verblijf in bedindex.
N	Voorlopige registratie voor verpleegkundige gegevens		Nog niet nodig, mag #0# zijn of de correcte waarden tot einde semester, of zelfs helemaal geen record. Opgelet: het zijn echter de gegevens van de definitieve registratie die zullen gebruikt worden.
C	Chirurgische daghospitalisatie		Eén maal = 1 met A4_CODE_BEDINDEX_FAC = ZC (Z wordt nog aangenomen t.e.m. MZG 2010)
D	Daghospitalisatie		Overall = 0
U	Contact met spoedgevallendienst zonder forfait en zonder verpleegdagprijs, enkel ambulante spoed		Overall = 0

Facturatieregels van het RIZIV voor pasgeborenen

Als het om het geboorteverblijf gaat en de baby heeft enkel bij de moeder op de M- of op een N*-dienst verbleven, dan mag er geen ligdag aangerekend worden voor de baby.

Als de moeder het ziekenhuis verlaten heeft en de baby blijft op de dienst N* of de baby wordt heropgenomen in een dienst N*, dan wordt een verpleegdag aangerekend met waarde 0 euro.

Voor een geboorteverblijf mag de baby enkel op de NIC of N* verblijven en niet op bijvoorbeeld E of C.

Als moeder en kind heropgenomen worden in een M-dienst en beiden ziek zijn dan mag 2 x een echte ligdagprijs aangerekend worden.

De baby kan heropgenomen worden in zowel een NIC-, E- als C-dienst en er wordt dan een echte verpleegdag aangerekend.

Voor langdurige verblijven

Als bij de **eerste registratie van een langdurig verblijf** de patiënt nog niet uit de bedindex ontslagen is, dient hier het aantal te factureren dagen tot aan het einde van het huidige registratieperiode ingevuld te worden.

Voor een **tussentijdse registratie van een langdurig verblijf** wordt het aantal te factureren dagen voor een bedindex (waarin de patiënt tijdens een vorige registratieperiode opgenomen werd) geteld vanaf het begin van de registratieperiode. Als de patiënt nog niet uit de bedindex ontslagen is, dient hier het aantal te factureren dagen tot aan het einde van de huidige registratieperiode ingevuld te worden.

Voor het **laatste deel van een langdurig verblijf** wordt het aantal te factureren dagen voor een bedindex (waarin de patiënt tijdens een vorige registratieperiode opgenomen werd) geteld vanaf het begin van de registratieperiode.

Nieuwe facturatieregels voor de dag van ontslag (vanaf MZG 2014)

In bepaalde omstandigheden kan de dag van ontslag gefactureerd worden, maar ontvangt het ziekenhuis hiervoor 0 € (zie omzendbrief VI nr. 2013/467 van 24 december 2013 van het RIZIV).

Voor de MZG verandert er niets aan de wijze van registratie. De dag van ontslag die aan deze RIZIV-richtlijnen voldoet, moet in het veld 10 A4_NUMBER_DAY_FAC (aantal volledig te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar) geregistreerd worden en zeker niet in veld 14 A4_NUMBER_DAY_NO_FAC (aantal niet te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar) of veld 15 A4_NUMBER_DAY_NO_FAC_PREV (aantal niet te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar).

A4 / Veld 11 ⇒ A4_NUMBER_DAY_FAC_PREV: aantal volledig te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 5 cijfers

Toegelaten waarden: van #0# tot maximaal #184#

Het totaal aantal volledig te factureren ligdagen voor een aaneensluitend verblijf in deze bedindex (eventueel in verschillende verpleegeenheden), voor zover de dagen in het **VORIGE registratiejaar** vielen.

Voorbeeld voor het registratiejaar 2008:

- Voor een verblijf van 15 maart 2008 tot 26 maart 2008 zal het aantal te factureren ligdagen 0 dagen zijn.
- Voor een verblijf van 28 december 2007 tot 8 januari 2008 kan het aantal te factureren ligdagen voor de vorige jaren maximaal 4 dagen zijn.

Tabel 4-5: Bepaling van A4 NUMBER DAY FAC PREV: aantal volledig te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar

A2_HOSPTYPE_FAC	OMSCHRIJVING		A4_NUMBER_DAY_FAC_PREV
H	Klassieke hospitalisatie		Van het begin van het verblijf in bedindex tot het einde van het verblijf in bedindex of het einde van het vorige registratiejaar
F	Langdurig verblijf	F	Van het begin van het verblijf in bedindex tot het einde van het verblijf in bedindex of het einde van het vorige registratiejaar
M		M	Steeds = 0
L		L	Steeds = 0
N	Voorlopige registratie voor verpleegkundige gegevens		Nog niet nodig, mag #0# zijn of de correcte waarden tot einde semester, of zelfs helemaal geen record. Opgelet: Het zijn echter de gegevens van de definitieve registratie die zullen gebruikt worden.
C	Chirurgische daghospitalisatie		Zeér uitzonderlijk: Éénmaal = 1 (veld 10 inbegrepen) met A4_CODE_BEDINDEX_FAC = ZC (Z wordt nog aangenomen t.e.m. MZG 2010)
D	Daghospitalisatie		Overall = 0

A2_HOSPTYPE_FAC	OMSCHRIJVING	A4_NUMBER_DAY_FAC_PREV
U	Contact met spoedgevallendienst zonder forfait en zonder verpleegdagprijs, enkel ambulante spoed	Overall = 0

Deze waarde moet #0# zijn voor alle verblijven met opnamedatum binnen het jaar van registratie.

ALGEMENE OPMERKING:

Behalve voor tussentijdse en laatste delen van een langdurig verblijf moet de som van de velden 10 en 11 van dit bestand voor alle bedindexen van het verblijf samen gelijk zijn aan veld 15 van het bestand STAYHOSP, nl. het totaal aantal volledig te factureren ligdagen voor het verblijf.

Voorbeelden

- 1) Geen langdurig verblijf:
Opname 15 maart 2008 en ontslag 26 maart 2008
Veld 10 STAYINDEX: 12 dagen
Veld 11 STAYINDEX: 0 dagen
→ Totaal veld 10 + veld 11 (12 dagen) zal men ook terugvinden in veld 15 van STAYHOSP.
 - 2) Langdurig verblijf:
Opname 29 juni 2008 en ontslag 3 juli 2009
 - A) Eerste registratieperiode (29/06/08 -> 31/12/08):
Veld 10 STAYINDEX: 186 dagen
Veld 11 STAYINDEX: 0 dagen (want geen vorig registratiejaar)
→ Totaal veld10 + veld 11 (186 dagen) zal men terugvinden in veld 15 van STAYHOSP.
 - B) Tussentijdse registratieperiode (01/01/09 -> 30/06/09):
Veld 10 STAYINDEX: 181 dagen
Veld 11 STAYINDEX: 0 dagen (want beginnen tellen vanaf het begin van de registratieperiode)
→ Totaal veld 10 + veld 11 (181 dagen), maar veld 15 STAYHOSP = 367 dagen
 - C) Laatste registratieperiode (01/07/09 -> 03/07/09):
Veld 10 STAYINDEX: 3 dagen
Veld 11 STAYINDEX: 0 dagen (want beginnen tellen vanaf het begin van de registratieperiode)
→ Totaal veld10 + veld 11 (3 dagen), maar veld 15 STAYHOSP = 370 dagen.
- Opmerking: Indien de opnamedatum bijvoorbeeld 2 juni 2008 zou zijn in plaats van 29 juni 2008 dan zou men voor het eerste semester van 2008 een voorlopige registratie moeten doen voor de verpleegkundige gegevens.
- 3) Langdurig verblijf:
Opname 28 december 2008 en ontslag 3 januari 2010
 - A) Eerste registratieperiode (28/12/08 -> 30/06/09):
Veld 10 STAYINDEX: 181 dagen
Veld 11 STAYINDEX: 4 dagen (want in het vorig registratiejaar)
→ Totaal veld 10 + veld 11 (185 dagen) zal men terugvinden in veld 15 van STAYHOSP.

B) Tussentijdse registratieperiode (01/07/09->31/12/09):

Veld 10 STAYINDEX: 184 dagen

Veld 11 STAYINDEX: 0 dagen (want beginnen tellen vanaf begin registratieperiode)

→ Totaal veld 10 + veld 11 (184 dagen), maar veld 15 STAYHOSP = 369 dagen

C) Laatste registratieperiode (01/01/10->03/01/10):

Veld 10 STAYINDEX: 3 dagen

Veld 11 STAYINDEX: 0 dagen (want beginnen tellen vanaf begin registratieperiode)

→ Totaal veld 10 + veld 11 (3 dagen), maar veld 15 STAYHOSP = 372 dagen

A4 / Veld 12 ⇒ A4_NUMBER_DAY_PART_FAC: aantal partieel te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 5 cijfers

Voorbeeld: #19#

Voor de diensten met partiële hospitalisatie (enkel mits erkenning voor dag- en/of nachthospitalisatie in de psychiatrische sector) moet het aantal partieel te factureren ligdagen vermeld worden. In dit veld enkel voor het huidige registratiejaar. Hier gelden dezelfde regels als voor veld 10 van dit bestand.

A4 / Veld 13 ⇒ A4_NUMBER_DAY_PART_FAC_PREV: aantal partieel te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 5 cijfers

Voorbeeld: #9#

Het aantal partieel te factureren ligdagen voor het verblijf in bedindex voor zover ze niet in het huidige registratiejaar vallen. Hier gelden dezelfde regels als voor veld 11 van dit bestand.

A4 / Veld 14 ⇒ A4_NUMBER_DAY_NO_FAC: aantal niet te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 5 cijfers

Voorbeeld: #9#

Het aantal niet te factureren ligdagen voor het verblijf in bedindex voor het huidige registratiejaar.

Voorbeeld: baby bij de moeder of op de N* (= geen facturatie voor een baby die op N* ligt indien de moeder op M ligt), afwezigheid dat aanleiding geeft tot een registratie in een verpleegeenheid OUT.

Hier gelden dezelfde regels als voor veld 10 van dit bestand.

A4 / Veld 15 ⇒ A4_NUMBER_DAY_NO_FAC_PREV: aantal niet te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Administratieve gegevens: STAYINDEX (A4): Gegevens over het verblijf in bedindex

Maximale lengte: 5 cijfers

Voorbeeld: #9#

Het aantal niet te factureren ligdagen voor het verblijf in bedindex in de vorige registratiejaren.

Voorbeeld: baby bij de moeder of op de N* (= geen facturatie voor een baby die op N* ligt indien de moeder op M ligt), afwezigheid dat aanleiding geeft tot een registratie in een verpleegeenheid OUT.

Hier gelden dezelfde regels als voor veld 11 van dit bestand.

Het totaal van de velden 10 tot en met 15 moet overeenkomen met de totale duur van het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis (= datum ontslag – datum opname).

5. STAYUNIT (A5): Gegevens over het verblijf in verpleegeenheid

5.1. NAAM

XXX-Z-VERS-A-STAYUNIT-YYYY-P.TXT

Voorbeeld:

001-Z-3.0-A-STAYUNIT-2015-1.TXT

5.2. INHOUD

In het bestand STAYUNIT worden alle verpleegeenheden geregistreerd waarin een patiënt tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis verbleven heeft en die relevant zijn voor de betrokken registratieperiode (zie ook verder in dit hoofdstuk). Hierbij wordt het volgnummer van de verpleegeenheid genoteerd, evenals het jaar, maand, dag, uur en minuut van opname in elke verpleegeenheid.

De ontslagdatum en -uur uit een verpleegeenheid is gelijk aan de opnamedatum en -uur van de volgende verpleegeenheid. Voor de laatste verpleegeenheid is de ontslagdatum en -uur gelijk aan de ontslagdatum en -uur uit het ziekenhuis.

De verpleegeenheden worden beschreven in het domein met de structuurgegevens en meer specifiek in de hoofdstukken over de bestanden CAMPUNIT en UNITINDX. Meer informatie omtrent de verpleegeenheden kan tevens worden teruggevonden in punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over bedindexen, verpleegeenheden en zorgperioden*.

Verpleegeenheden vormen de basis voor het registreren van de verpleegkundige items en het personeel. De concrete registratie van de verpleegkundige items gebeurt echter per verpleegkundige zorgperiode (een combinatie van het volgnummer van de verpleegeenheid en de observatiedag).

In december 2007 werden een aantal toegevingen gedaan voor die ziekenhuizen die het moeilijk hadden om alle verblijven in verpleegeenheden (en zo ook alle verpleegkundige zorgperioden) afzonderlijk te registreren. Ten laatste vanaf de gegevens van het eerste semester 2010 dienen alle opsplitsingen correct te gebeuren zoals in punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over bedindexen, verpleegeenheden en zorgperioden* beschreven wordt.

5.3. INDELING

Dit bestand bevat juist één record voor elk verblijf in een verpleegeenheid.

Voor elk ziekenhuisverblijf telt dit bestand minstens één record. Het volgnummer '1' komt altijd voor.

Ook voor A2_HOSPTYPE_FAC = N dienen deze gegevens correct ingevuld te worden (zie punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over niet-beëindigde verblijven*).

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 ook moet voorkomen in STAYHOSP (zie punt 0. Linken tussen de bestanden) en dat de combinatie CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, CODE_CAMPUS en CODE_UNIT ook moet voorkomen in CAMPUNIT.

Tabel 5-1: Recordtekening van STAYUNIT (A5): Gegevens over het verblijf in verpleegeenheid

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 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.

Rood en schuin = sleutelvelden

Veldnr	Veldnaam	Omschrijving	C1	C2	C3	Lengte	Foreign Key	Foreign Key
Veld 1	CODE_AGR	Erkenningsnummer van het ziekenhuis	M	F	C	3	A2	S3
#								
Veld 2	YEAR_REGISTR	Registratiejaar	M	F	N	4	A2	S3
#								
Veld 3	PERIOD_REGISTR	Registratieperiode	M	V	N	1-2	A2	S3
#								
Veld 4	STAYNUM	Verblijfsnummer	M	V	C	1-15	A2	
#								
Veld 5	ORDER_UNIT	Volgnummer verpleegeenheid	M	V	N	1-3		
#								
Veld 6	CODE_CAMPUS	Code campus	M	F	C	4		S3
#								
Veld 7	CODE_UNIT	Code verpleegeenheid	M	V	C	4-10		S3
#								
Veld 8	A5_YEAR_UNIT_IN	Jaar van opname in de verpleegeenheid	M	F	N	4		
#								
Veld 9	A5_MONTH_UNIT_IN	Maand van opname in de verpleegeenheid	M	V	N	1-2		
#								
Veld 10	A5_DAY_UNIT_IN	Dag in de maand van opname in de verpleegeenheid	M	V	N	1-2		
#								
Veld 11	A5_HOUR_UNIT_IN	Uur van opname in de verpleegeenheid	M	V	N	1-2		
#								
Veld 12	A5_MIN_UNIT_IN	Minuut van opname in de verpleegeenheid	M	V	N	1-2		
#								

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 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 bestand HOSPITAL (S1) en voor STAYNUM is dit bestand STAYHOSP (A2).

A5 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis

S1 → A1 → A2 → A5 - Sleutelveld

A5 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar

S1 → A1 → A2 → A5 - Sleutelveld

A5 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode

S1 → A1 → A2 → A5 - Sleutelveld

A5 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: verblijfsnummer

A2 → A5 - Sleutelveld

A5 / Veld 5 ⇒ ORDER_UNIT: volgnummer verpleegeenheid

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfers

Maximale lengte: 3 cijfers

Toegelaten waarden: volgnummer van #1# tot en met #999#

De eerste verpleegeenheid van het verblijf van de patiënt krijgt waarde #1# voor ORDER_UNIT. Voor een baby geboren in het ziekenhuis wordt de waarde #1# toegekend aan de verpleegeenheid waarin het geboren wordt (in de meeste gevallen is dit het verloskwartier), waarbij het uur van opname in deze verpleegeenheid gelijk is aan het geboorte-uur.

Indien de patiënt binnen hetzelfde ziekenhuisverblijf in verschillende verpleegeenheden verbleven heeft, wordt met dit cijfer de chronologische volgorde aangeduid. Indien de patiënt maar in één verpleegeenheid verbleven heeft, wordt hier enkel de waarde #1# ingevuld.

Bij een **tussentijdse of een laatste registratie van een langdurig verblijf** is het volgnummer van de verpleegeenheid waar de patiënt bij het begin van het semester verblijft, gelijk aan #1#.

De verpleegkundige zorgperioden worden niet als dusdanig geregistreerd (met een volgnummer zoals de verblijven in specialisme, verpleegeenheid en bedindex) maar worden afgeleid uit de verblijven in verpleegeenheid (ORDER_UNIT) en de observatiedatum in het bestand ITEMDIVG.

In het bestand ITEMDIVG worden de verpleegkundige zorgperioden waarbinnen de verpleegkundige items geregistreerd worden, eenduidig gedefinieerd door de combinatie van het volgnummer van de verpleegeenheid (ORDER_UNIT) en de observatiedatum (YEAR_OBSERV, MONTH_OBSERV, DAY_OBSERV). Tijdens een observatiedag kunnen verschillende verpleegkundige zorgperioden voorkomen.

Vanaf de gegevens van het eerste semester van MZG 2010 dienen de operatiezaal en de recovery apart gedefinieerd te worden d.w.z. dat er ook afzonderlijk personeel aan dient toegekend te worden. Tot en met MZG 2009 stonden we toe om ze samen te definiëren. Voor de ziekenhuizen

waarbij het onmogelijk was om de uren van de passage op het operatiekwartier door te geven werd een tijdelijke oplossing geboden. Deze oplossing bestond erin om de verpleegkundige items van de operatiezaal en recovery in een fictieve eenheid met ORDER_UNIT = 99 te registreren. Voor deze eenheid werd het uur van opname gelijk gesteld aan 00:00. Deze tijdelijke oplossing mocht men gebruiken t.e.m. MZG 2009.



Het onderstaand schema illustreert het verblijf van een patiënt in verpleegeenheid DIV001 die naar de operatiezaal (OP) en de recovery (RE) is gegaan op 5 maart. Hier wordt aangetoond hoe het volgnummer van de verpleegeenheden en de afbakening van de zorgperiodes worden bepaald. Een zorgperiode kan men definiëren aan de hand van de observatiedatum en het volgnummer van een verpleegeenheid. Dit wordt uitvoerig uitgelegd in de richtlijnen van de verpleegkundige gegevens.


Schema 1: Verblijf met een heelkundige ingreep

	4 maart	5 maart	6 maart	7 maart
Verblijf	10:30 STAYNUM xxxxx / PATNUM yyyyyy 15:30			
Verpleegeenheden	DIV001	OP RE	DIV001	
ORDER_UNIT	1	2 3	4	
Zorgperiodes	1	2 3 4 5	6	7
Verpleegk. items	ja	ja nee ja ja	ja	ja

Tot MZG 2010 wordt dan ook toegestaan om de verpleegkundige items pre- en postop samen te registreren als postop. In onderstaand voorbeeld worden de verpleegkundige items die toegekend worden aan de patiënt vóór de operatie (gearceerde oppervlakte) samen geregistreerd met deze van na de operatie in verpleegeenheid DIV001 met volgnummer 4.

Schema 2: Verblijf met heelkundige ingreep opgesplitst in maximum aantal verpleegeenheden, postop en terug naar dezelfde afdeling, verpleegkundige items op verpleegeenheid niet opgesplitst

	4 maart	5 maart	6 maart	7 maart
Verblijf	10:30 STAYNUM xxxxx / PATNUM yyyyyy 15:30			
Verpleegeenheden	DIV001	OP RE	DIV001	
ORDER_UNIT	1	2 3	4	
Zorgperiodes	1	 2 3 4	5	6
Verpleegk. items	ja	 nee ja ja	ja	ja



A5 / Veld 6 ⇒ CODE_CAMPUS: code campus

S2 → S3 → A5

A5 / Veld 7 ⇒ CODE_UNIT: code verpleegeenheid

S2 → S3 → A5

De combinatie CODE_CAMPUS en CODE_UNIT moet in bestand CAMPUNIT gedefinieerd zijn.

Er kan enkel verbleven worden in de verpleegeenheden van het eerste type (met bedden DIV, AKT enz.) en het derde type (fictieve verpleegeenheden DAYMIX, OUT en TRANS). Enkel deze types vinden we terug in het bestand STAYUNIT. Dus niet de mobiele equipes (MOB) want deze zijn enkel gedefinieerd om personeel in onder te brengen.

Voor een beschrijving van het type verpleegeenheden zie punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over bedindexen, verpleegeenheden en zorgperioden.*

A5 / Veld 8 ⇒ A5_YEAR_UNIT_IN: jaar van opname in de verpleegeenheid

Verplicht veld

Vast formaat: 4 cijfers

Voorbeeld: #2007#

A5 / Veld 9 ⇒ A5_MONTH_UNIT_IN: maand van opname in de verpleegeenheid

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Voorbeeld: #7#, #12#

A5 / Veld 10 ⇒ A5_DAY_UNIT_IN: dag in de maand van opname in de verpleegeenheid

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Voorbeeld: #1#, #25#

A5 / Veld 11 ⇒ A5_HOUR_UNIT_IN: uur van opname in de verpleegeenheid

Verplicht veld

Minimale lengte: 0 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Voorbeeld: ## of #0# tot en met #23# (nooit #24#)

A5 / Veld 12 ⇒ A5_MIN_UNIT_IN: minuut van opname in de verpleegeenheid

Verplicht veld

Minimale lengte: 0 cijfer

Maximale lengte: 2 cijfers

Voorbeeld: ## of #0# tot en met #59# (nooit #60#)

**A5_YEAR_UNIT_IN + A5_MONTH_UNIT_IN + A5_DAY_UNIT_IN +
A5_MIN_HOUR_IN + 5_MIN_UNIT_IN = datum/uur van opname in de verpleegeenheid**

Administratieve gegevens: STAYUNIT (A5): Gegevens over het verblijf in verpleegeenheid

In deze 5 velden wordt de reële datum en tijdstip van opname in een verpleegeenheid genoteerd, ook voor de **langdurige verblijven en de voorlopige registratie van niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens dienen opgestuurd te worden**.

De datums/tijdstippen van opname in de verschillende verpleegeenheden dienen mekaar op te volgen volgens hun volgnummer (ORDER_UNIT).

De datum/tijdstip van opname in de eerste verpleegeenheid is gelijk aan de datum/tijdstip van opname in het ziekenhuis behalve voor de tussentijdse en de laatste registratie van langdurige verblijven waar de datum/tijdstip van opname in de eerste verpleegeenheid gelijk of groter moet zijn dan de opnamedatum in het ziekenhuis maar voor het begin van het semester moet vallen (of in uitzonderlijke gevallen net samen met het begin van het semester). Het begin van het semester is gelijk aan 1 januari 00:00u of 1 juli 00:00u.

De datum/tijdstip van opname in de tweede verpleegeenheid valt voor de tussentijdse en de laatste registratie van langdurige verblijven na het begin van het semester.

De datum/tijdstip van opname in de laatste verpleegeenheid valt vóór de datum/tijdstip van ontslag uit het ziekenhuis voor de beëindigde verblijven, en valt gelijk of vóór het einde van het semester voor tussentijdse of voorlopige registraties.

Zie ook schema's bij STAYSPEC na veld 9.

6. TRANSPOR (A6): Gegevens over het gebruikte transportmiddel

6.1. NAAM

XXX-Z-VERS-A-TRANSPOR-YYYY-P.TXT

Voorbeeld:

001-Z-3.0-A-TRANSPOR-2015-1.TXT

6.2. INHOUD

In dit bestand worden de ambulancediensten geregistreerd die instaan voor het transport van de patiënt naar het ziekenhuis en de MUG/PIT die instaan voor de begeleiding van de patiënt naar het ziekenhuis of de eerste behandeling van de patiënt ter plaatse.

Er kunnen zich voor een verblijf meerdere combinaties voordoen, bijvoorbeeld ambulance + MUG, ambulance + PIT en ambulance + MUG + PIT.

In dit bestand staan er voor de tussentijdse en laatste registratie van een langdurig verblijf (A2_HOSPTYPE_FAC M of L) geen gegevens over het transportmiddel (ambulance, MUG) dat gebruikt werd voor het transport naar het ziekenhuis bij opname. Deze informatie mag voor langdurige verblijven enkel geregistreerd worden bij de eerste registratie van een langdurig verblijf (A2_HOSPTYPE_FAC = F).

6.3. INDELING

Dit bestand bevat geen, één of meerdere records voor elk verblijf. Dit bestand kan leeg zijn indien er geen enkel patiënt met een ambulance en/of MUG en/of PIT binnengebracht werd.

Het bestand TRANSPOR dient nog niet ingevuld te worden voor het type ziekenhuisverblijf A2_HOSPTYP_FAC = N. Dit bestand mag echter worden ingevuld voor deze ziekenhuisverblijven op voorwaarde dat de correcte gegevens beschikbaar zijn. Het zijn echter de gegevens van de definitieve registratie die zullen worden gebruikt. Zie punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over niet-beëindigde verblijven.*

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 ook moet voorkomen in STAYHOSP (zie punt 0. Linken tussen de bestanden).

Tabel 6-1: Recordtekening van TRANSPOR (A6): Gegevens over het gebruikte transportmiddel

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 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.

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	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	TYPE_TRANSPORT	Type transportmiddel	M	F	C	1	
#							
Veld 6	CODE_TRANSPORT	Code transportmiddel	M	V	C	3-6	
#							
Veld 7	A6_FILE_ID	Fichenummer	O	V	C	0 of 1-20	
#							

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 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 bestand HOSPITAL (S1) en voor STAYNUM is dit bestand STAYHOSP (A2).

A6 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis

S1 → A1 → A2 → A6 - Sleutelveld

A6 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar

S1 → A1 → A2 → A6 - Sleutelveld

A6 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode

S1 → A1 → A2 → A6 - Sleutelveld

A6 / Veld 4 ⇒ STAYNUM: verblijfsnummer

A2 → A6 - Sleutelveld

A6 / Veld 5 ⇒ TYPE_TRANSPORT: type transportmiddel

A6 – Sleutelveld

Vast formaat: 1 karakter

Tabel 6-2: Toegelaten waarden voor TYPE TRANSPORT: type transportmiddel binnen bestand TRANSPOR

CODE	OMSCHRIJVING
1	MUG
2	Erkende ambulancedienst
3	Niet-erkende ambulancedienst, verbonden aan een ziekenhuis
4	Niet-erkende ambulancedienst, niet verbonden aan een ziekenhuis (privé)
5	PIT (experiment)

Dit veld dient in overeenstemming te zijn met het veld 24 A2_CODE_ADM uit het bestand STAYHOSP.

Buitenlandse ambulancediensten dienen in België geregistreerd te worden als een niet-erkende ambulancedienst, al dan niet verbonden aan een ziekenhuis (code #3# of #4#), omdat ze niet voorkomen in de lijst van erkende ambulancediensten (de dienst 112 van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu). Ze dienen bijgevolg ook geregistreerd te worden in het bestand ID_TRANS.

Buitenlandse MUG-diensten worden als erkende MUG-diensten geregistreerd met TYPE_TRANSPORT = 1.

A6 / Veld 6 ⇒ CODE_TRANSPORT: code transportmiddel

Verplicht veld

Minimale lengte: 3 karakters

Maximale lengte: 6 karakters

De inhoud van dit veld hangt af van de waarde van veld 5 (type transportmiddel).

Tabel 6-3: Specificaties voor CODE_TRANSPORT: code transportmiddel binnen het bestand TRANSPOR

Veld 5 TYPE_TRANSPORT	Veld 6 CODE_TRANSPORT
1	De identificatiecode van de MUG (code = 6 karakters lang)
2	De identificatiecode van de erkende ambulancedienst (code = 3 karakters lang voor opnames tot en met 30/06/2015, 5 karakters lang voor opnames vanaf 1/7/2015)
3	De identificatiecode van de niet-erkende ambulancedienst, verbonden aan een ziekenhuis (code = 6 karakters lang), gedefinieerd in ID_TRANS
4	De identificatiecode van de niet-erkende ambulancedienst, niet verbonden aan een ziekenhuis (privé) (code = 6 karakters lang), gedefinieerd in ID_TRANS
5	De identificatiecode van de PIT (experiment) (code = 6 karakters lang)

Voor de erkende MUG/PIT-diensten en de erkende ambulancediensten, raadpleeg de referentiebestanden. Ook de buitenlandse MUG-diensten kunnen uit de referentiebestanden worden gehaald namelijk:

Tabel 6-4: CODE_TRANSPORT voor buitenlandse MUG

CODE_TRANSPORT	Land
CNT103	DUITSLAND
CNT111	FRANKRIJK
CNT112	VERENIGD KONINKRIJK
CNT113	LUXEMBURG
CNT129	NEDERLAND

Voor de ambulancediensten die niet door de dienst 112 van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu erkend zijn, moet het ziekenhuis een lijst

opstellen en opsturen (zie bestand ID_TRANS). Voor deze niet erkende ambulance diensten kunnen enkel de codes die in bestand ID_TRANS beschreven worden in bestand TRANSPOR gebruikt worden.

A6 / Veld 7 ⇒ A6_FILE_ID: fichenummer

Optioneel veld: Enkel voor TYPE_TRANSPORT = 1 of 5

Minimale lengte: 1 karakter

Maximale lengte: 20 karakters

Specificaties van de karakters: hoofdletters en cijfers

Om de MUG-fiches en PIT-fiches te kunnen linken aan de MZG werd veld A6_FILE_ID ingevoerd. Op het ogenblik dat MUG- of PIT-fiches definitief worden opgeslagen in de MUGREG-applicatie krijgt de MUG-gebruiker de MZG-link te zien. Op ziekenhuisniveau kan de MZG-medewerker vervolgens lijsten downloaden van alle patiënten die werden binnengebracht via eender welke MUG of PIT in het ziekenhuis. Daar kan men de desbetreffende MZG-link terugvinden. Voor meer informatie omtrent de MUG verwijzen wij naar de gebruikershandleiding van de MUG dewelke te vinden is op onze website of naar de helpdesk m.b.t. de MUG, namelijk info.smurmug@gezondheid.belgie.be.

Tot en met 2018/1 kunnen volgende waarde worden ingegeven in veld A6_FILE_ID:

- i. De MZG-link
- ii. Of het MUG/PIT-fichenummer
- iii. Of het woord SMURG

AANGEPAST

De lengte van dit veld werd ook uitgebreid naar 20 karakters om in de toekomst de registratie van de MZG-link uit AMBUREG mogelijk te maken.

VANAF MZG 2018/2 TOT EN MET MZG 2019/2

Vanaf MZG 2018/2 (alle ontslagen vanaf 1 juli 2018) kan u in dit veld bij de registratie van een MUG of een PIT (TYPE_TRANSPORT = 1 of 5) enkel nog de MZG-link registreren. Onderaan deze alinea kan u een oplossing terugvinden voor een aantal veel voorkomende problemen.

Voor een buitenlandse MUG (CODE_TRANSPORT begint met 'CNT') moet hier steeds de waarde 'EXTERNAL' ingevuld worden.

Zoals steeds mogelijk geweest is, kan in het bestand TRANSPOR, indien nodig, voor een zelfde verblijf steeds een MUG, een PIT en een ambulance geregistreerd worden. Het onderscheid wordt immers gemaakt op basis van veld 6 van het bestand TRANSPOR (TYPE_TRANSPORT, type transportmiddel), met de waarde 1 voor een MUG, de waarde 2 voor een erkende ambulancedienst en de waarde 5 voor een PIT.

MZG-link: enkele oplossingen

De meest voorkomende problemen zijn de volgende:

Een niet geregistreerde fiche

Volgens het K.B. van 27 april 2007 moet een MUG de gegevens van een MUG-interventie binnen de zeven dagen na het einde van de interventie ter beschikking gesteld worden. Wanneer een fiche niet geregistreerd werd, wordt er geen MZG-link aangemaakt. Dit zorgt voor een

probleem voor de MZG-registratie in de vorm van een blokkerende fout geeft (severity 1). In dit geval kunt u ons steeds contacteren via de generieke mailbox info.smurmug@health.fgov.be

Een tijdelijke bewaarde fiche

MZG-linken worden soms door de MZG controles geweigerd werden. In elk van die gevallen was de betrokken fiche enkel tijdelijk en dus niet definitief bewaard. Zelfs wanneer een fiche slechts tijdelijk bewaard wordt, wordt er ook een MZG-link gecreëerd en die is beschikbaar. Omdat de FOD de informatie van deze interventie nog niet ontvangen heeft, is deze MZG-link niet in onze databank terug te vinden. Daarom herkennen de controles de MZG-link niet.

U kunt op de volgende 2 manieren controleren of een fiche al dan niet definitief bewaard werd: in het gedownload bestand moet het veld 'INTERVENTION_VALIDATED' ingevuld zijn. Dit veld geeft de datum en het uur weer waarop de fiche definitief gevalideerd werd. Als het veld leeg is, betekent dit dat de fiche slechts tijdelijk bewaard werd.

in het deel 'printen/visualisatie' moet de laatste kolom ('datum van validatie') van de fiche ingevuld zijn. Dan is de fiche definitief bewaard. Is deze kolom leeg, dan betekent dit dat de fiche slechts tijdelijk bewaard werd.

Vergeet vooral niet na te kijken of de fiche definitief bewaard werd wanneer een MZG-link door de MZG controle geweigerd werd.

Een verkeerd ziekenhuis van bestemming

Soms ontbreken de fiches voor de patiënten die door een andere MUG naar het ziekenhuis gebracht werden. Na de analyse van het probleem hebben we moeten vaststellen dat de MUG-functies die de interventie uitgevoerd hadden, een verkeerd ziekenhuis van bestemming ingevuld hadden. Deze fout leidt tot twee problemen:

het ziekenhuis waar de patiënt naartoe gebracht werd, kan de fiche niet downloaden en ontvangt de informatie van de interventie dus niet; het ziekenhuis beschikt dan ook niet over de MZG-link.

In dit geval kunt u ons steeds contacteren via de generieke mailbox info.smurmug@health.fgov.be

VANAF MZG 2020/1 TOT EN MET MZG 2020/2

Vanaf MZG 2020 (alle opnames vanaf 1 januari 2020) kan u in dit veld bij de registratie van een MUG of een PIT (TYPE_TRANSPORT = 1 of 5) enkel de volgende waarden registreren (dit veld mag **niet** leeg blijven):

- i. De MZG-link
- ii. Het woord SMURG

Zoals steeds mogelijk geweest is, kan in het bestand TRANSPOR, indien nodig, voor een zelfde verblijf steeds een MUG, een PIT en een ambulance geregistreerd worden. Het onderscheid wordt immers gemaakt op basis van veld 6 van het bestand TRANSPOR (TYPE_TRANSPORT, type transportmiddel), met de waarde 1 voor een MUG, de waarde 2 voor een erkende ambulancedienst en de waarde 5 voor een PIT.

Voor een **buitenlandse MUG** (CODE_TRANSPORT begint met CNT) veranderen de registratierichtlijnen niet. Omdat voor een buitenlandse MUG geen interventies in de MUGREG- applicatie geregistreerd, bestaat er hiervoor geen MZG-link. Daarom moet er voor deze interventies nog steeds '**EXTERNAL**' ingevuld worden, zoals vanaf MZG 2018/2 het geval is.

NIEUW VANAF MZG 2021 :

Vanaf MZG 2021 kan u in dit veld bij de registratie van een MUG of een PIT (TYPE_TRANSPORT = 1 of 5) enkel de volgende waarden registreren (dit veld mag **niet** leeg blijven):

- Het woord SMURG

Voor een **buitenlandse MUG** (CODE_TRANSPORT begint met CNT) veranderen de registratierichtlijnen niet. Omdat voor een buitenlandse MUG geen interventies in de MUGREG- applicatie geregistreerd, bestaat er hiervoor geen MZG-link. Daarom moet er voor deze interventies nog steeds '**EXTERNAL**' ingevuld worden, zoals vanaf MZG 2018/2 het geval is.

7. ID_TRANS (A7): Lijst met niet-erkende ambulances

7.1. NAAM

XXX-Z-VERS-A-ID_TRANS-YYYY-P.TXT

Voorbeeld:

001-Z-3.0-A-ID_TRANS-2015-1.TXT

7.2. INHOUD

In dit bestand wordt er een omschrijving gegeven van alle niet-erkende ambulancediensten die in het bestand TRANSPOR vermeld staan (indien veld 5 TYPE_TRANSPORT van het bestand TRANSPOR gelijk is aan #3# of #4#). Het ziekenhuis moet namelijk een lijst opstellen van de ambulancediensten die niet door de dienst 112 van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu erkend zijn.

7.3. INDELING

Dit bestand bevat geen, één of meer records voor het ziekenhuis.

Dit bestand kan leeg zijn indien er geen enkel patiënt met een niet erkende ambulance het ziekenhuis binnengebracht werd (enkel indien veld 5 TYPE_TRANSPORT van het bestand TRANSPOR gelijk is aan #1#, #2# of #5#).

Het bestand ID_TRANSPOR dient nog niet ingevuld te worden voor het type ziekenhuisverblijf A2_HOSPTYPE_FAC = N. Zie punt 9. Bijkomende informatie: *Bijkomende informatie over niet-beëindigde verblijven*.

De **foreign key** van dit bestand dient terug gevonden te worden in het bestand HOSPITAL (S1). Dit wil zeggen dat de combinatie van de waarden CODE_AGR, YEAR_REGISTR en PERIOD_REGISTR ook moet voorkomen in HOSPITAL (zie punt 0. Linken tussen de bestanden).

Tabel 7-1: Recordtekening van ID_TRANS (A7): Lijst met niet-erkende ambulances

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 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.

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	SI
#							
Veld 2	YEAR_REGISTR	Registratiejaar	M	F	N	4	SI
#							
Veld 3	PERIOD_REGISTR	Registratieperiode	M	V	N	1-2	SI
#							
Veld 4	TYPE_TRANSPORT	Type transportmiddel	M	F	C	1	
#							
Veld 5	CODE_TRANSPORT	Code transportmiddel	M	V	C	3-6	
#							
Veld 6	A7_DESCR_TRANSPORT	Omschrijving	M	V	C	1-100	
#							

7.4. 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 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 bestand HOSPITAL (S1).

A7 / Veld 1 ⇒ CODE_AGR: erkenningsnummer van het ziekenhuis

S1 → A7 - Sleutelveld

A7 / Veld 2 ⇒ YEAR_REGISTR: registratiejaar

S1 → A7 - Sleutelveld

A7 / Veld 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: registratieperiode

S1 → A7 - Sleutelveld

A7 / Veld 4 ⇒ TYPE_TRANSPORT: type transportmiddel

A7 - Sleutelveld

Vast formaat: 1 karakter

De mogelijke waarden voor dit veld zijn beperkt tot:

Tabel 7-2: Toegelaten waarden voor TYPE_TRANSPORT: type transportmiddel binnen bestand ID_TRANS

CODE	OMSCHRIJVING
3	Niet-erkende ambulancedienst, verbonden aan een ziekenhuis
4	Niet-erkende ambulancedienst, niet verbonden aan een ziekenhuis (privé)

A7 / Veld 5 ⇒ CODE_TRANSPORT: code transportmiddel

A7 - Sleutelveld

Minimale lengte: 3 karakters

Maximale lengte: 6 karakters

Administratieve gegevens: ID_TRANS (A7): Lijst met niet-erkende ambulances

De inhoud van dit veld hangt af van de waarde van veld 4, namelijk enkel wanneer TYPE_TRANSPORT gelijk is aan #3# of #4#.

De te gebruiken code voor CODE_TRANSPORT bestaat uit de volgende elementen:

AGRYXX:

- AGR = het erkenningsnummer van het ziekenhuis dat registreert
- Y = Z voor ambulances verbonden aan een ziekenhuis (eigen of een ander ziekenhuis)
- = P voor privé ambulances (niet verbonden aan een ziekenhuis);
- XX = een willekeurig volgnummer.

Voorbeeld:

Voor het ziekenhuis met erkenningsnummer '999':

- voor ambulances verbonden aan een ander ziekenhuis met erkenningsnummer '666'

CODE_TRANSPORT = #999Z01#

- voor een privé-ambulance:

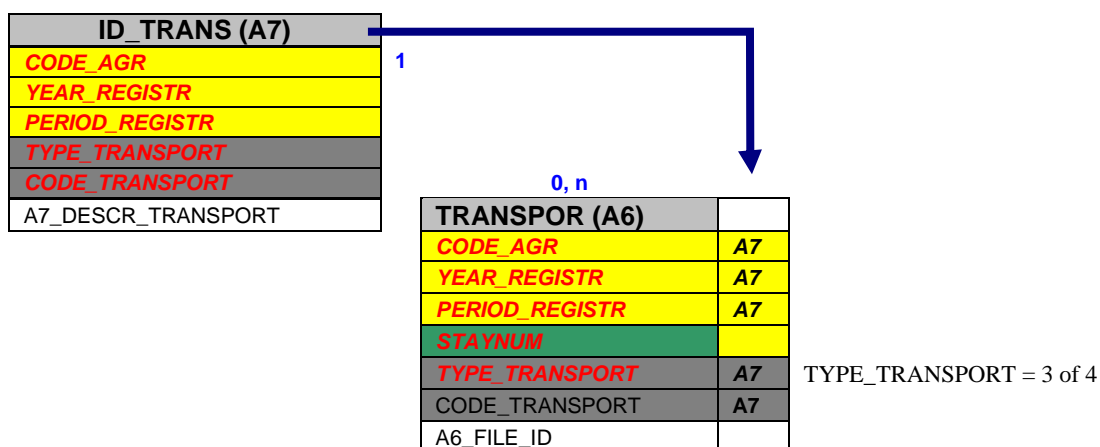
CODE_TRANSPORT = #999P01#

- voor een buitenlandse ambulance volgt met dezelfde regels, bijvoorbeeld hier verbonden aan een ziekenhuis:

CODE_TRANSPORT = #999Z02#

Er wordt één enkel nummer per ziekenhuis of privé dienst gevraagd.

Enkel de codes die in dit bestand ID_TRANS voorkomen mogen in bestand TRANSPOR gebruikt worden bij TYPE_TRANSPORT = 3 of 4.



A7 / Veld 6 ⇒ A7_DESCR_TRANSPORT: omschrijving

Verplicht veld

Minimale lengte: 1 karakter

Maximale lengte: 100 karakters

Specificaties van de karakters:

- Enkel hoofdletters en cijfers
- Eerst het erkenningsnummer van het (ander) ziekenhuis
- Gevolgd door een blanco
- Gevolgd door de gemeente van de ambulancedienst
- Gevolgd door een blanco
- En vervolgens de omschrijving van de ambulancedienst

Administratieve gegevens: ID_TRANS (A7): Lijst met niet-erkende ambulances

- Opmerking: voor een buitenlandse ambulance dient de omschrijving steeds te beginnen met de landcode

Voorbeeld:

Voor het ziekenhuis met erkenningsnummer '999':

- voor ambulances verbonden aan een ander ziekenhuis met erkenningsnummer '666'

CODE_TRANSPORT = #999Z01#

A7_DESCR_TRANSPORT = #666 BRUSSEL ZIEKENHUIS GOEDE HULP#

- voor een privé-ambulance:

CODE_TRANSPORT = #999P01#

**A7_DESCR_TRANSPORT = #BRUSSEL MAATSCHAPPIJ DER SNELLE
AMBULANCES#**

- voor een buitenlandse ambulance (vb. privé-ambulance)

CODE_TRANSPORT = #999P05#

A7_DESCR_TRANSPORT = #FR LILLE ZIEKENHUIS X#

Dit is het enige veld waarin blanco's mogen voorkomen.

Momenteel zijn er nog geen controles op dit veld.

8. Voorbeeld van een registratie

Een Belgische vrouw, geboren in 1979 en wonende te Heverlee, komt op donderdag 2 december 2015 op weg naar het werk in een zwaar verkeersongeluk terecht. Ze heeft zware verwondingen aan haar hoofd (gesloten hersenfractuur met hersenlaceratie en contusie met kort bewustzijnsverlies van minder een half uur) en ribben en wordt met een niet-erkende ambulance onder begeleiding van de erkende MUG-functie U.Z. Leuven Gasthuisberg naar de spoedgevallendienst gebracht van het ziekenhuis met erkenningsnummer 001. De niet-erkende ambulance is verbonden aan het ziekenhuis Brussel Ziekenhuis Goede Hulp met erkenningsnummer 666.

Na enkele uren op de spoedgevallendienst wordt ze opgenomen op een intensieve dienst van hetzelfde ziekenhuis (met erkenningsnummer 001). Ze herstelt goed van de verwondingen en wordt op 17 december 2015 overgebracht naar een C dienst. Hier verandert ze op 20 december 2015 van verpleegeenheid, nog steeds binnen de C dienst. Na volledig herstel mag ze op advies van de arts het ziekenhuis verlaten op 23 december 2015 om 11:30.

Bestand 001-Z-3.0-A-PATHOSPI-2015-2.TXT:

001#2015#2#PAT203569#1979#

Bestand 001-Z-3.0-A-STAYHOSP-2015-2.TXT:

001#2015#2#STAY2035691#2015#12#2#2015#12#23#11#30#R#H#22#2#2#3#3001#BE#BE#0
01#A#D#6#1#1#B#S06331A#B##PAT203569#

Bestand 001-Z-3.0-A-STAYSPEC-2015-2.TXT:

001#2015#2#STAY2035691#1#URG0011#2015#12#2#
001#2015#2#STAY2035691#2#INT1111#2015#12#2#
001#2015#2#STAY2035691#3#DIV3306#2015#12#17#

Bestand 001-Z-3.0-A-STAYINDX-2015-2.TXT:

001#2015#2#STAY2035691#1#U#2015#12#2#0#0#0#0#0#0#
001#2015#2#STAY2035691#2#I#2015#12#2#16#0#0#0#0#0#
001#2015#2#STAY2035691#3#C#2015#12#17#6#0#0#0#0#0#

Bestand 001-Z-3.0-A-STAYUNIT-2015-2.TXT:

001#2015#2#STAY2035691#1#1451#URG01#2015#12#2#9#45#
001#2015#2#STAY2035691#1#1451#INT01#2015#12#2#11#15#
001#2015#2#STAY2035691#1#1451#DIV03#2015#12#17#10#30#
001#2015#2#STAY2035691#1#1451#DIV06#2015#12#20#11#35#

Bestand 001-Z-3.0-A-TRANSPOR-2015-2.TXT:

001#2015#2#STAY2035691#1#501000#SMURG#
001#2015#2#STAY2035691#3#001Z01##

Bestand 001-Z-3.0-A-ID_TRANS-2015-2.TXT:

(op voorwaarde dat het veld 6 TYPE_TRANSPORT van het bestand TRANSPOR gelijk is aan #3# of #4#, hetgeen hier het geval is)

001#2015#2#3#001Z01#666 BRUSSEL ZIEKENHUIS GOEDE HULP#

9. Bijkomende informatie

9.1. ICD CODEERHANDLEIDINGEN

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

De ICD-10-BE-codeerrichtlijnen kunt u terugvinden op de website van de FOD bij ICD-10-BE:

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

9.2. 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.

9.3. LANDCODES

Men kan het referentiebestand 'Landcodes voor het veld A2_CODE_COUNTRY (STAYHOSP)' terugvinden op onze website:

www.health.belgium.be: Gezondheid → Organisatie van de gezondheidszorg → Registratiesystemen → Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) → Richtlijnen → Referentiebestanden → Domein 3: Administratieve gegevens.

9.4. 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.

Administratieve gegevens: Bijkomende informatie

- Bijkomende informatie over diagnoses en grouper.
- Bijkomende informatie over doodsoorzaken.
- Bijkomende informatie over de indeling van alle categorieën van patiënten in de Belgische ziekenhuizen.

9.5. UITLEGDOCUMENT GLOBALISATIETABELLEN

Het uitlegdocument van de globalisatietabellen bevindt zich ook op de website:

www.health.belgium.be: *Gezondheid → Organisatie van de gezondheidszorg → Registratiesystemen → Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) → Publicaties → Rapporten op ziekenhuisniveau.*

- Uitleg bij het globalisatierapport in PDF en XML: administratieve gegevens