FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen, Leefmilieu

Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen

Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid

Richtlijnen voor de registratie van de Minimale Klinische Gegevens (M.K.G.)

Nieuw concept

(incl. spoedgevallenregistratie en chirurgische daghospitalisatie)

Oktober 2003

INHOUD

INLEIDING **1**

1. REGISTRATIEVERPLICHTING **3**

1.1. WETTELIJKE BASIS. 3
1.2. VOOR WELKE PERIODE? 3
1.3. TOEPASSELIJK VOOR WELKE ZIEKENHUIZEN? 3
1.4. WELKE VERBLIJVEN DIENEN GEREGISTREERD TE WORDEN? 3
1.4.1. Definitie verpleegdagprijsverblijf = klassieke hospitalisatie. *4*
1.4.2. Definitie daghospitalisatie. *4*
1.4.3. Definitie langdurig verblijf. *4*
1.4.4. Definitie volledig psychiatrisch verblijf. *5*
1.4.5. Definitie pasgeborenen *5*
1.4.6. Chirurgische daghospitalisatie *6*
1.4.7. Ambulante spoed *6*

2. ADMINISTRATIEVE EN TECHNISCHE VEREISTEN VOOR DE OP TE STUREN INFORMATIEDRAGER(S) **7**

2.1. WANNEER OP TE STUREN? 7
2.2. AAN WIE MEDEDELEN? 7
2.2.1. Begeleidend schrijven *8*
2.3. GEBRUIK VAN HET CONTROLE- EN EXPORTPROGRAMMA 9
2.4. IDENTIFICATIE INFORMATIEDRAGER(S): 10
2.4.1. Voor diskette(s) *10*
2.4.2. Voor CD-ROM *11*
2.5. AFSLUITEN VAN RECORDS. 11

3. DE VEREISTE ASCII-BESTANDEN EN HUN VERPLICHTE NAAMGEVING **12**

3.1. FORMAAT VAN DE BESTANDEN 12
3.2. RELATIES TUSSEN DE BESTANDEN: E. R. MODEL (ENTITY-RELATIONSHIP) 12
3.3. NAAM VAN DE ASCII-BESTANDEN 14
3.4. SOORTEN VELDEN 14
3.4.1. Alfanumeriek Veld *15*
3.4.2. Velden die inhoudelijk een numerieke waarde bevatten (zie hoofdstuk 15) *15*
3.4.3. Sleutelvelden *15*

4. ALGEMEENHEDEN - DEFINITIES **16**

4.1. CIVNUMMER VAN HET ZIEKENHUIS. 16
4.2. ANONIEM PATIËNTENNUMMER ZIEKENHUIS EN PATIËNTENSLEUTEL. 16
4.2.1. Anoniem Patiëntennummer Ziekenhuis. *16*
4.2.2. Patiëntensleutel. *17*
4.3. VERBLIJFSNUMMER EN VERBLIJFSSLEUTEL. 17
4.3.1. Verblijfsnummer. *17*
4.3.2. Verblijfssleutel. *18*
4.4. FUSIES VAN ZIEKENHUIZEN 18

5. HET BESTAND 'ZIEKENHUIS' **19**

5.1. NAAM 19
5.2. INHOUD 19
5.3. INDELING 19
5.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN 19
5.4.1. Veld 1: CIVnummer *19*
5.4.2. Veld 2: registratiejaar *19*
5.4.3. Veld 3: registratiesemester *19*
5.4.4. Veld 4: erkenningsnummer *20*
5.4.5. Veld 5: datum aanmaak van de ASCII-bestanden *20*

6. HET BESTAND 'PATIËNT IN ZIEKENHUIS' **21**

6.1. NAAM 21
6.2. INHOUD 21
6.3. INDELING 21
6.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN 21
6.4.1. Veld 1: CIVnummer *21*
6.4.2. Veld 2: registratiejaar (patiëntensleutel) *22*

6.4.3. Veld 3: anoniem patiëntennummer ziekenhuis (patiëntensleutel) ... 22
6.4.4. Veld 4: geboortejaar ... 22

7. HET BESTAND 'ZIEKENHUISVERBLIJF' ... 23

7.1. NAAM ... 23
7.2. INHOUD ... 23
7.3. INDELING ... 23
7.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN ... 24
7.4.1. Veld 1: CIVnummer ... 24
7.4.2. Veld 2: registratiejaar ... 24
7.4.3. Veld 3: registratiesemester ... 24
7.4.4. Veld 4: verblijfsnummer ... 24
7.4.5. Veld 5: type ziekenhuisverblijf ... 25
7.4.6. Veld 6: jaar van opname ... 25
7.4.7. Veld 7: maand van opname ... 26
7.4.8. Veld 8: dag in de week van opname ... 26
7.4.9. Veld 9: code heropname ... 26
7.4.10. Veld 10: heropname in aantal dagen sinds vorig ontslag ... 26
7.4.11. Veld 11: maand van ontslag ... 27
7.4.12. Veld 12: dag in de week van ontslag ... 27
7.4.13. Veld 13: totale verblijfsduur (tot einde registratiesemester) in het ziekenhuis in dagen ... 27
7.4.14. Veld 14: geslacht ... 28
7.4.15. Veld 15: indicator leeftijd ... 28
7.4.16. Veld 16: postcode België ... 28
7.4.17. Veld 17: NIS-code België ... 29
7.4.18. Veld 18: landcode ... 29
7.4.19. Veld 19: indicator nationaliteit ... 29
7.4.20. Veld 20: plaats vóór opname ... 30
7.4.21. Veld 21: type opname ... 31
7.4.22. Veld 22: verwezen door ... 32
7.4.23. Veld 23: bestemming ... 33
7.4.24. Veld 24: type ontslag ... 34
7.4.25. Veld 25: registratiejaar (patiëntensleutel) ... 35
7.4.26. Veld 26: anoniem patiëntennummer ziekenhuis (patiëntensleutel) ... 35
7.4.27. Veld 27: totaal aantal volledig te factureren ligdagen (tot einde registratiesemester) voor het ziekenhuisverblijf ... 35

8. HET BESTAND 'VERBLIJF IN SPECIALISME' ... 36

8.1. NAAM ... 36
8.2. INHOUD ... 36
8.3. INDELING ... 36
8.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN ... 37
8.4.1. Veld 1: CIVnummer ... 37
8.4.2. Veld 2: registratiejaar ... 37
8.4.3. Veld 3: registratiesemester ... 37
8.4.4. Veld 4: verblijfsnummer ... 37
8.4.5. Veld 5: volgnummer specialisme ... 37
8.4.6. Veld 6: code specialisme ... 38
8.4.7. Veld 7: berekende verblijfsduur in specialisme in dagen (tot einde registratiesemester) ... 38
8.4.8. Veld 8: verblijfsduur in de functie 'intensieve zorg' in dagen ... 39
8.4.9. Veld 9: verblijfsduur in de functie 'intensieve zorg' in uren ... 39

9. HET BESTAND 'VERBLIJF IN BEDINDEX' ... 40

9.1. NAAM ... 40
9.2. INHOUD ... 40
9.3. INDELING ... 40
9.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN ... 41
9.4.1. Veld 1: CIVnummer ... 41
9.4.2. Veld 2: registratiejaar ... 41
9.4.3. Veld 3: registratiesemester ... 41
9.4.4. Veld 4: verblijfsnummer ... 41
9.4.5. Veld 5: volgnummer bedindex ... 41
9.4.6. Veld 6: code bedindex ... 41
9.4.7. Veld 7: berekende verblijfsduur in bedindex in dagen (tot einde registratiesemester) ... 42

9.4.8. Veld 8: aantal volledig te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar....43
9.4.9. Veld 9: aantal volledig te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar....43
9.4.10. Veld 10: aantal partieel te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar....44
9.4.11. Veld 11: aantal partieel te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar....44
9.4.12. Veld 12: aantal niet te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar....44
9.4.13. Veld 13: aantal niet te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar....44

10. HET BESTAND 'VERBLIJF IN VERPLEEGEENHEID'....46

10.1. NAAM....46
10.2. INHOUD....46
10.3. INDELING....46
10.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN....46
10.4.1. Veld 1: CIVnummer....46
10.4.2. Veld 2: registratiejaar....46
10.4.3. Veld 3: registratiesemester....47
10.4.4. Veld 4: verblijfsnummer....47
10.4.5. Veld 5: volgnummer verpleegeenheid....47
10.4.6. Veld 6: code verpleegeenheid....47
10.4.7. Veld 7: berekende verblijfsduur in verpleegeenheid in dagen (tot einde registratiesemester)....47

11. HET BESTAND 'DIAGNOSE'....49

11.1. NAAM....49
11.2. INHOUD....49
11.3. INDELING....49
11.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN....49
11.4.1. Veld 1: CIVnummer....49
11.4.2. Veld 2: registratiejaar....49
11.4.3. Veld 3: registratiesemester....50
11.4.4. Veld 4: verblijfsnummer....50
11.4.5. Veld 5: volgnummer specialisme....50
11.4.6. Veld 6: diagnose en info spoed....50
11.4.7. Veld 7: code hoofd- / nevendiagnose en info spoed....52
11.4.8. Veld 8: graad zekerheid....53

12. HET BESTAND 'PROCEDURE ICD-9-CM'....54

12.1. NAAM....54
12.2. INHOUD....54
12.3. INDELING....54
12.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN....55
12.4.1. Veld 1: CIVnummer....55
12.4.2. Veld 2: registratiejaar....55
12.4.3. Veld 3: registratiesemester....55
12.4.4. Veld 4: verblijfsnummer....55
12.4.5. Veld 5: volgnummer specialisme....55
12.4.6. Veld 6: code diagnose....55
12.4.7. Veld 7: code procedure ICD-9-CM....55
12.4.8. Veld 8: tijdsverloop tussen de opname in het ziekenhuis en het uitvoeren van de procedure ICD-9-CM....56
12.4.9. Veld 9: code uitbesteed....56
12.4.10. Veld 10: graad dringendheid....56
12.4.11. Veld 11: code anesthesie....57

13. HET BESTAND 'PROCEDURE RIZIV'....58

13.1. NAAM....58
13.2. INHOUD....58
13.3. INDELING....59
13.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN....59
13.4.1. Veld 1: CIVnummer....59
13.4.2. Veld 2: registratiejaar....59
13.4.3. Veld 3: registratiesemester....59
13.4.4. Veld 4: verblijfsnummer....59
13.4.5. Veld 5: volgnummer bedindex....59
13.4.6. Veld 6: code procedure RIZIV....60
13.4.7. Veld 7: volgnummer zelfde procedure RIZIV....60

13.4.8. Veld 8: tijdsverloop tussen de opname in het ziekenhuis en het uitvoeren van de procedure RIZIV *60*

14. HET BESTAND 'GEBOORTEGEGEVENS PASGEBORENE' **61**

14.1. NAAM 61
14.2. INHOUD 61
14.3. INDELING 61
14.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN 62
14.4.1. Veld 1: CIVnummer *62*
14.4.2. Veld 2: registratiejaar van de pasgeborene (patiëntensleutel) *62*
14.4.3. Veld 3: anoniem patiëntennummer ziekenhuis (patiëntensleutel) *62*
14.4.4. Veld 4: registratiejaar van het verblijf van de moeder *62*
14.4.5. Veld 5: registratiesemester van het verblijf van de moeder *63*
14.4.6. Veld 6: verblijfsnummer van de moeder *63*
14.4.7. Veld 7: registratiejaar van de moeder (patiëntensleutel) *63*
14.4.8. Veld 8: anoniem patiëntennummer ziekenhuis moeder (patiëntensleutel) *63*
14.4.9. Veld 9: geboorteplaats *63*
14.4.10. Veld 10: ICD-9-CM code van geboorte *64*
14.4.11. Veld 11: code volgorde geboorte *64*
14.4.12. Veld 12: uur van geboorte *65*
14.4.13. Veld 13: geboortegewicht *65*
14.4.14. Veld 14: apgarscore na 1 minuut *65*
14.4.15. Veld 15: apgarscore na 5 minuten *65*
14.4.16. Veld 16: weken zwangerschap *65*
14.4.17. Veld 17: verblijfsduur moeder voor bevalling *65*
14.4.18. Veld 18 : registratiejaar van het verblijf van de geboorte of eerste verblijf in het ziekenhuis voor kinderen elders geboren *66*
14.4.19. Veld 19: registratiesemester van het verblijf van de geboorte of eerste verblijf in het ziekenhuis voor kinderen elders geboren *66*
14.4.20. Veld 20: verblijfsnummer van het verblijf van de geboorte of eerste verblijf in het ziekenhuis voor kinderen elders geboren *66*

15. TABELLEN **67**

Beschrijving van de kolommen. 67
Tabel 15-1: recordtekening van HET BESTAND 'ZIEKENHUIS' 68
Tabel 15-2: recordtekening van HET BESTAND 'PATIËNT in ZIEKENHUIS' 68
Tabel 15-3: recordtekening van HET BESTAND 'ZIEKENHUISVERBLIJF' 69
Tabel 15-4: recordtekening van HET BESTAND 'VERBLIJF in SPECIALISME' 70
Tabel 15-5: recordtekening van HET BESTAND 'VERBLIJF in BEDINDEX' 70
Tabel 15-6: recordtekening van HET BESTAND 'VERBLIJF in VERPLEEGEENHEID' 71
Tabel 15-7: recordtekening van HET BESTAND 'DIAGNOSE' 71
Tabel 15-8: recordtekening van HET BESTAND 'PROCEDURE ICD-9-CM' 72
Tabel 15-9: recordtekening van HET BESTAND 'PROCEDURE RIZIV' 72
Tabel 15-10: recordtekening van HET BESTAND 'GEBOORTEGEGEVENS PASGEBORENE' 73

BIJLAGE 1: KONINKLIJKE BESLUITEN **74**

BIJLAGE 2: DAGHOSPITALISATIE **83**

BIJLAGE 3: TOEGELATEN WAARDEN VOOR ALFANUMERIEK VELD. **85**

BIJLAGE 4: LANDCODES **86**

BIJLAGE 5: BEDINDEXEN **88**

BIJLAGE 6: TE GEBRUIKEN VERSIE ICD-9-CM **89**

BIJLAGE 7: PROCEDURES IN ICD-9-CM **90**

BIJLAGE 8: PROCEDURES IN RIZIV **91**

INLEIDING

Naar aanleiding van het gebruik van de MKG voor de registratie van de ambulante spoedgevallen en de chirurgische daghospitalisatie werd deze brochure aangepast.

De registratie bestaat uit een geheel van 10 bestanden die in detail in de hoofdstukken 5 tot en met 14 beschreven worden. We onderscheiden het bestand 'ziekenhuis', het bestand 'patiënt in ziekenhuis', het bestand 'ziekenhuisverblijf', het bestand 'verblijf in specialisme', het bestand 'verblijf in bedindex', het bestand 'verblijf in verpleegeenheid', het bestand 'diagnose', het bestand 'procedure ICD-9-CM', het bestand 'procedure RIZIV' en het bestand 'geboortegegevens pasgeborene'.

De M.K.G.-registratie heeft de registratie van de klassieke gegevens (Herkomst patiënt en Ligduur) overgenomen. Hiervoor is het nodig dat alle gegevens, opgevraagd in de klassieke registratie, ook in de M.K.G.-registratie voorkomen. De te factureren ligdagen worden per bedindex opgevraagd (zie hoofdstuk 9, HET BESTAND 'VERBLIJF in BEDINDEX', pagina 40). Voor alle PAAZ-diensten worden de administratieve gegevens (o.a. te factureren ligdagen, geboortedatum, geslacht en herkomst) binnen de M.K.G.-registratie opgevraagd (zie punt 1.4.4, 'Definitie volledig psychiatrisch verblijf.', pagina 5).

De registratie van alle pasgeborenen is sinds 2000 verplicht (K.B. van 3 mei 1999, artikel 2). Naast het feit dat de registratie uitgebreid wordt naar pasgeborenen waarvoor er geen facturatie plaats heeft, worden er ook voor alle pasgeborenen bijkomende gegevens opgevraagd (zie hoofdstuk 14, HET BESTAND 'GEBOORTEGEGEVENS PASGEBORENE', pagina 61).

Pasgeborenen zijn patiënten die in het ziekenhuis geboren zijn OF die bij opname in het ziekenhuis **MAXIMAAL 28 DAGEN OUD** zijn (regels APR-DRG).

Vermits we werken met een relationeel model, hebben we unieke sleutels nodig die de relaties tussen de verschillende bestanden mogelijk maken. We onderscheiden twee belangrijke sleutels: de verblijfssleutel (zie punt 4.3.2, pagina 18) en de patiëntensleutel (zie punt 4.2.2, pagina 17).
De verblijfssleutel is uniek voor elk ziekenhuisverblijf. De patiëntensleutel moet voor minstens één jaar constant blijven voor de verschillende opnames (klassieke, daghospitalisatie en ambulante spoed) van éénzelfde patiënt binnen eenzelfde ziekenhuis.

Aan de ziekenhuizen wordt gevraagd zelf het type ziekenhuisverblijf (zie pagina 25) op te geven. Een overzicht van alle verblijven die dienen geregistreerd te worden, vindt U in paragraaf 1.4, pagina 3. We onderscheiden klassieke hospitalisaties, chirurgische daghospitalisaties, daghospitalisaties, ambulante spoedgevallen, langdurige verblijven met een eerste, tussentijdse of een laatste registratie en volledige psychiatrische verblijven.

Wat de registratie per globaal ziekenhuisverblijf of per specialisme betreft, is het zo dat elk ziekenhuis vrij beslist hoe het zijn registraties opsplitst. Hierbij dient wel met enkele restricties rekening gehouden te worden. Zo zal een verblijf in een PAAZ-dienst, in een Sp-dienst, in een erkende functie voor intensieve zorg, in een erkend bed voor brandwonden en de dienst spoedgevallen steeds apart geregistreerd worden (zie hoofdstuk 8, HET BESTAND 'VERBLIJF in SPECIALISME', pagina 36). Dit betekent dat voor deze delen van een ziekenhuisverblijf de hoofd- en nevendiagnoses en de procedures in ICD-9-CM apart geregistreerd worden. In eerste instantie wordt voor de spoedgevallen enkel de reden van opname vermeld.

De definitie van hoofddiagnose wordt duidelijker omschreven in hoofdstuk HET BESTAND 'DIAGNOSE', pagina 52. Het is de diagnose die wordt gedefinieerd als de aandoening die na onderzoek aangeduid werd als de hoofdoorzaak voor de opname van de patiënt in het ziekenhuis (zie 'Definitie van hoofddiagnose' van 19/01/1999 met referentie STA/AND/99-003).

INLEIDING

De heropname wordt doorgegeven als het reëel aantal dagen tussen de opnamedatum van het huidige verblijf en de ontslagdatum van het vorige verblijf (inclusief daghospitalisatie en ambulante spoed) in hetzelfde ziekenhuis.

Vroeger werden de items 'verwezen door', 'type opname', 'type ontslag' en 'bestemming' per specialisme opgevraagd. Daar deze items geen zin hebben bij de transfer binnen het ziekenhuis, worden deze items nu ingevuld bij de opname in en ontslag uit het ziekenhuis of dus op globaal ziekenhuisverblijfsniveau. Verder wordt de informatie bij opname herverdeeld in 3 items in plaats van 2, namelijk: 'plaats vóór opname', 'verwezen door' en 'type opname', waarbij de codes van 'plaats vóór opname' overeenkomen met deze van 'bestemming' (zie veld 19 tot en met veld 23 van het bestand 'ZIEKENHUISVERBLIJF', pagina 31).

Voor de procedures gecodeerd in ICD-9-CM en RIZIV wordt het tijdsverloop tussen de opname in het ziekenhuis en het uitvoeren van de procedures berekend.

Voor de code 'code uitbesteed' bij elke procedurecode zijn de mogelijke waarden: procedure uitgevoerd in het ziekenhuis voor patiënt verblijvend in eigen ziekenhuis, procedure laten uitvoeren in ander ziekenhuis voor patiënt verblijvend in eigen ziekenhuis (= uitbestede procedure) en procedure uitgevoerd in het ziekenhuis (bijvoorbeeld in daghospitalisatie) voor patiënt verblijvend in een ander ziekenhuis (zie punt 12.4.9, pagina 56).

Er wordt met meer aandrang gevraagd om voor elke procedure ICD-9-CM te verwijzen naar de diagnose die als aanleiding mag beschouwd worden voor het uitvoeren van de procedure (zie punt 12.4.6, pagina 55). Worden er te veel dummy-codes (DDDDDD) gebruikt, zal er een waarschuwing gegeven worden.7

NIEUW
Voor de tussentijdse en laatste registraties van langdurige verblijven worden **vanaf 2003/1** alle verblijfsduren in de bestanden 'verblijf in specialisme', 'verblijf in bedindex' en 'verblijf in verpleegeenheid' berekend vanaf het begin van het semester (administratieve opnamedatum).

De FOD zal tegen einde 2003 een controle- en exportprogramma aan de ziekenhuizen bezorgen. Dit programma moet ervoor zorgen dat de gegevens op een uniforme en correcte wijze kunnen overgedragen worden aan de FOD. De versie 1.5.1 (een correctie voor versie 1.5.0) moet voor de gegevens 2002 gebruikt worden. De versie 2.0.0 moet voor de gegevens 2003 gebruikt worden.

1. REGISTRATIEVERPLICHTING

1.1. WETTELIJKE BASIS.

- De registratie van de Minimale Klinische Gegevens (M.K.G.) werd verplicht door publicatie van het Koninklijk Besluit van 06/12/1994 (Belgisch Staatsblad van 30/12/1994) *houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft*. Dit besluit werd gewijzigd door het Koninklijk Besluit van 08/10/1996 (Belgisch Staatsblad van 03/12/1996), het Koninklijk Besluit van 04/12/1998 (Belgisch Staatsblad van 29/04/1999), het Koninklijk Besluit van 03/05/1999 (Belgisch Staatsblad van 27/10/1999), het Koninklijk Besluit van 02/12/1999 (Belgisch Staatsblad van 17/12/1999) en het Koninklijk Besluit van 01/10/2002 (Belgisch Staatsblad van 10/12/2002).

- Een gecoördineerde kopie van dit Koninklijk Besluit bevindt zich in Bijlage 1 van deze brochure.

1.2. VOOR WELKE PERIODE?

- Deze brochure beschrijft de nieuwe regels die vanaf het tweede semester van het registratiejaar 2002 voor de chirurgische daghospitalisatie gebruikt moeten worden en vanaf 1 oktober 2003 voor de registratie van de ambulante spoedgevallen.

- De gegevens worden per semester (dus tweemaal per jaar) door de ziekenhuizen doorgestuurd naar de overheid en bevatten de informatie van de verblijven van patiënten die in het desbetreffende registratiesemester ontslagen zijn.

- Voor 'langdurige verblijven' geldt een speciale regeling, zie punt 1.4.3, pagina 4.

1.3. TOEPASSELIJK VOOR WELKE ZIEKENHUIZEN?

- Het K.B. stelt in artikel 1 dat de registratie van toepassing is op de algemene niet-psychiatrische ziekenhuizen.

1.4. WELKE VERBLIJVEN DIENEN GEREGISTREERD TE WORDEN?

- **BASIS:**

  Art. 3. van het gecoördineerde Koninklijk Besluit (zie Bijlage 1).

  Er is een registratieverplichting ***'bij ieder ONTSLAG voor alle verblijven:***

  1) *waarvoor een verpleegdagprijs wordt vastgesteld overeenkomstig Titel III, Hoofdstuk V, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;*

  2) *waarbij de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen wordt op dezelfde dag als die waarop hij is opgenomen, met name in diensten waar verstrekkingen worden verricht als bedoeld in artikel 4, §§ 4, 5 en 5 bis, van de nationale overeenkomst van 1 januari 1993 tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen, of, in voorkomend geval, als bedoeld in afzonderlijke overeenkomsten, gesloten met de verpleeginrichtingen;*

3) *van pasgeborenen waarvoor geen afzonderlijke verpleegdagprijs wordt vastgesteld overeenkomstig Titel III, Hoofdsstuk V, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.'*

1.4.1. Definitie verpleegdagprijsverblijf = klassieke hospitalisatie.

- Er dient een M.K.G.-registratie te gebeuren voor elk verblijf dat aanleiding geeft tot de **facturatie van minimum 1 volledige ligdag** (zie geldende RIZIV-reglementering inzake facturatie van ligdagen).

- Dit omvat ook verblijven van **minder dan 24 uur** die aanleiding geven tot facturatie van een verpleegdagprijs (bvb. bij overlijden, zie geldende RIZIV-reglementering inzake facturatie van ligdagen).

- **Dus de algemene regel is: facturatie => registratie.**

- Voor pasgeborenen zie punt 1.4.5, pagina 5.

1.4.2. Definitie daghospitalisatie.

- **Bijlage 2** bevat verdere verduidelijkingen voor de M.K.G.-registraties voor daghospitalisatie.

- Alle verblijven op een dienst waar er prestaties worden uitgevoerd zoals bedoeld in art. 4 §§ 4, 5 (en 5bis) van de 'Nationale Overeenkomst' **van het betrokken dienstjaar,** en waarbij de patiënt op dezelfde dag ontslagen wordt als deze waarop hij opgenomen werd, moeten worden geregistreerd.

1.4.3. Definitie langdurig verblijf.

- 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
  (weekend verlof buiten beschouwing gelaten).

- De registratie voor een langdurig verblijf wordt opgesplitst (met behoud van hetzelfde verblijfsnummer en hetzelfde anoniem patiëntennummer) zodat de gegevens zo snel mogelijk voor de FOD beschikbaar zijn.
  Dit is de enige uitzondering op het principe dat er enkel geregistreerd moet worden bij het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis.

- **Verschillende delen van een langdurig verblijf**

  Eerste registratie:

  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 registratiesemester 1999/1:
  Voor de patiënten die tussen 1/7/1998 en 31/12/1998 opgenomen werden en die op 30/6/1999 nog niet ontslagen zijn, worden de gegevens van bij opname tot het einde van het registratiesemester (voor 1999/1 is dit 30/6/1999) opgestuurd.

Tussentijdse registratie:

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 registratiesemester 1999/1:
Voor de patiënten die vóór 01/07/1998 opgenomen werden en die op 30/6/1999 nog niet ontslagen werden en voor wie tijdens de registratie 1998/2 reeds een eerste of tussentijdse registratie meegegeven werd, worden voor de registratie 1999/1 de gegevens m.b.t. de periode van 01/01/1999 tot 30/6/1999 doorgestuurd.

Laatste registratie

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 registratiesemester 1999/1:
Voor de patiënten die vóór 01/07/1998 opgenomen werden en ontslagen tijdens het eerste semester van 1999, worden alle relevante gegevens voor de periode van het begin van het registratiesemester (01/01/1999) tot aan het ontslag uit het ziekenhuis opgestuurd.

1.4.4. Definitie volledig psychiatrisch verblijf.

- Vanaf 1999 worden de administratieve gegevens voor **alle** verblijven (ook deze waarbij de patiënt alleen op een PAAZ-dienst verbleef, inclusief de dag/nachthospitalisatie) opgevraagd en dit met de bedoeling om de registratie van de klassieke gegevens (Herkomst patiënt en Ligduur) door de M.K.G.-registratie over te nemen.

- Voor de verblijven waarbij de patiënten enkel op een A-, K- of T-dienst verbleven hebben, dienen alleen de administratieve gegevens doorgestuurd te worden. In het bestand 'diagnose' waar de regel geldt dat er altijd een hoofddiagnose moet genoteerd worden, mag voor deze verblijven in de plaats van een diagnosecode de letters 'AAAAAA' gebruikt worden.

1.4.5. Definitie pasgeborenen

- De bijkomende registratie van alle pasgeborenen is verplicht vanaf 2000 (KB 03/05/1999, B.S. 27/10/1999 tot wijziging van het KB van 06/12/1994)

- 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).
  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 vanaf 22 weken zwangerschap of als het kind meer dan 500 gram weegt.

- Voor alle pasgeborenen (onafhankelijk van de dienst waarin ze verblijven) worden er bijkomende gegevens opgevraagd. Deze worden beschreven hoofdstuk 14, pagina 61.

1.4.6. Chirurgische daghospitalisatie

Chirurgische daghospitalisatie is een nieuw begrip binnen M.K.G. dat vanaf 1 juli 2002 ingevoerd werd door de nieuwe regels voor de financiering van de ziekenhuizen.

Alle verblijven in daghospitalisatie met een prestatie uit 'lijst A' (bijlage 3, punt 6 van het K.B. 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 K.B. van 4 juni 2003 tot wijziging van het K.B. 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. Er is voor deze verblijven sinds 1 juli 2002 een verpleegdagprijs verschuldigd in plaats van een forfait. De registratie van verblijven in chirurgische daghospitalisatie loopt gelijk met de facturatie.

1.4.7. Ambulante spoed

De registratie van alle contacten op de erkende spoedgevallendiensten (zowel op diensten voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg als voor eerste opvang) zal starten op **1 oktober 2003** en heeft in eerste instantie als doelstelling:

- een beeld te krijgen van de geografische spreiding van de activiteiten van de functies spoedgevallenzorg (tot op het niveau **campus** van de ziekenhuizen);
- een beeld te krijgen van **alle patiëntencontacten met erkende spoedgevallendiensten**, dus ook de ambulante, die niet leiden tot een hospitalisatie.

In eerste instantie zal het hier gaan om 'administratieve' en 'organisatorische' gegevens. Dit kan later uitgebreid worden.

Voorlopig wordt hiervoor een contract afgesloten met de ziekenhuizen dat gebaseerd is op art. 55, § 1 van het K.B. van 25 april 2002, zoals gewijzigd door het K.B. van 29 januari 2003.

2. ADMINISTRATIEVE EN TECHNISCHE VEREISTEN VOOR DE OP TE STUREN INFORMATIEDRAGER(S)

2.1. WANNEER OP TE STUREN?

- De gegevens dienen opgestuurd te worden binnen de **ZES MAANDEN** volgend op het einde van het registratiesemester. Daar de FOD nog voorziet in een feedback ter controle van de gegevens, op basis waarvan de ziekenhuizen eventueel verbeterde gegevens kunnen opsturen, is het aangeraden met de verzending van de gegevens niet te wachten tot de laatst toegelaten maand.

- De bestanden moeten **eerst** door het controleprogramma (vervat in het exportprogramma), dat de FOD ter beschikking zal stellen, gecontroleerd worden. Het controleprogramma maakt een bestand met controlecijfers aan. Dit bestand wordt door het exportprogramma samen met de bestanden van het ziekenhuis op de gegevensdrager gezet.

2.2. AAN WIE MEDEDELEN?

- De informatiedragers moeten opgestuurd worden naar het volgende adres:

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Directoraat-generaal Organisatie gezondheidszorgvoorzieningen
Directie Gezondheidszorgbeleid
Cel M.K.G. - Bureel V521
Rijksadministratief Centrum - Vesaliusgebouw
1010 Brussel

- Er moet **steeds** een brief (zie punt 2.2.1) bijgevoegd worden met dezelfde gegevens als op de identificatieklever(s) van de informatiedrager(s).

2.2.1. Begeleidend schrijven

- Dit dient **steeds** aanwezig te zijn **bij elke overmaking** van de registratie (informatiedrager(s)).

Figuur 2-1: voorbeeld begeleidend schrijven

BRIEFHOOFDING VAN DE INSTELLING

DATUM VERZENDING

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen
Directie Gezondheidszorgbeleid
T.a.v. Cel M.K.G. - Bureel V521
Vesaliusgebouw
Rijksadministratief Centrum
1010 Brussel

Gelieve in bijlage de informatiedrager(s) te vinden:
(aantal) diskette(s)
CD-ROM

met de registratie *M.K.G.*
voor het jaar YYYY
semester 1 of 2

van de instelling met CIVnummer *(CIVnummer)*
en erkenningsnummer (ERKnummer)
naam en adres van de instelling
…….
…….
…. ……

Naam verantwoordelijke
Functie in de instelling
Handtekening

2.3. GEBRUIK VAN HET CONTROLE- EN EXPORTPROGRAMMA

- **WAT IS HET NIET**:

  Het is **geen** programma dat vanuit uw ZIS (ZiekenhuisInformatieSysteem) automatisch de ASCII-bestanden opmaakt. Dit is trouwens niet mogelijk, gezien de grote verscheidenheid aan informatiesystemen in de ziekenhuizen.
  M.a.w.: de aanmaak van de bestanden, die in deze brochure in detail beschreven worden, dient door de instelling zelf gerealiseerd te worden (eigen programmatuur in Figuur 2-2).

- **WAT IS HET WEL**:

  Dit is een programma dat een eerste controle uitvoert en dat het de instelling mogelijk maakt om de aangemaakte ASCII-bestanden op de juiste (computer-technische) manier op informatiedrager(s) te zetten, om deze daarna over te maken aan de bevoegde overheid. Het controleprogramma maakt een bestand met controlecijfers aan. Dit bestand wordt door het exportprogramma samen met de bestanden van het ziekenhuis op de gegevensdrager gezet.

  Dit programma draait onder Windows 98, Windows NT (minimaal Service Pack 6), Windows 2000 en Windows XP.

- **HOE TE VERKRIJGEN? MOET DIT GEBRUIKT WORDEN?**

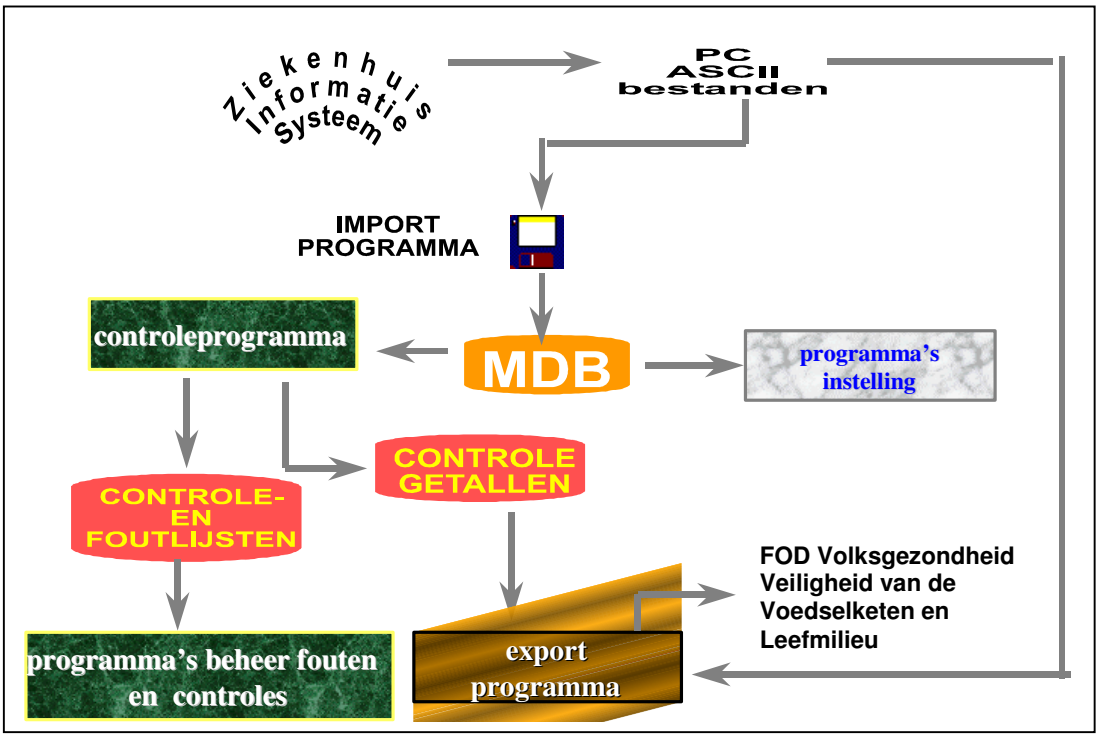
  Het zal U gratis bezorgd worden door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
  Het gebruik van dit programma is ***VERPLICHT***.

- **HANDLEIDING**:

  De technische handleiding voor het gebruik van dit exportprogramma maakt geen deel uit van deze brochure, maar zal U samen met het programma bezorgd worden.

- **SCHEMATISCH:**

Figuur 2-2: controleprocedure



2.4. IDENTIFICATIE INFORMATIEDRAGER(S):

2.4.1. Voor diskette(s)

- Enkel diskette(s) 3 ½ inch (720 KB of 1,4 MB) worden aanvaard.

Figuur 2-3: Identificatieklever op diskette

- Elke diskette dient duidelijk voorzien te zijn van een zelfklever met hierop de volgende informatie:

M.K.G. jaar YYYY semester S
'naam ziekenhuis'
straat
gemeente
CIVnummer XXX
Totaal aantal diskettes: vb. 5
Volgnummer deze diskette: vb. 1/5

- Ingeval de gegevens (de bestanden) te groot zijn om op 1 diskette te kunnen, dienen de instructies, gegeven door het exportprogramma, gevolgd te worden. Concreet betekent dit dat één instelling (lees: één CIVnummer) meerdere diskettes M.K.G. kan overmaken. Elke diskette dient dan duidelijk en ondubbelzinnig voorzien te zijn van een zelfklever en een volgnummer.

2.4.2. Voor CD-ROM

- Technische specificaties voor de CD-ROM:
  - ⇒ formaat: 5.25 duim
  - ⇒ capaciteit: 650 Mbyte
  - ⇒ protocol: ISO 9960 updatable - multisession
  - ⇒ file system : MS-DOS (bruikbaar onder DOS, OS/2, Windows)
  - ⇒ het exportprogramma draait enkel onder Windows NT en Windows 98, 2000 en XP!!!!

- **Op zowel de beschermhoes als op de CD-ROM zelf dient volgende informatie aangebracht te worden.**

Op de beschermhoes:

Figuur 2-4: identificatieklever op Cd-rom

M.K.G. jaar YYYY semester S
‘naam ziekenhuis’
straat
gemeente
CIVnummer XXX

Op de CD-ROM zelf:

Met onuitwisbare stift of stikker dient dezelfde informatie eveneens op de CD-ROM zelf aangebracht te worden.

COMBINATIE VAN BEIDE TYPES INFORMATIEDRAGERS IS NIET TOEGELATEN.

2.5. AFSLUITEN VAN RECORDS.

De records moeten afgesloten worden met :

- een **CARRIAGE RETURN** (ASCII 13 = hex D)

EN

- een **LINE FEED** (ASCII 10 = hex A).

3. DE VEREISTE ASCII-BESTANDEN EN HUN VERPLICHTE NAAMGEVING

- In dit hoofdstuk vindt U algemene informatie over de ASCII-bestanden die door uw Ziekenhuis Informatie Systeem dienen aangemaakt te worden en die dan door het programma, door de FOD geleverd, correct op een informatiedrager zullen geplaatst worden. Voor een detailbeschrijving van de verschillende bestanden wordt naar de volgende hoofdstukken verwezen.

3.1. FORMAAT VAN DE BESTANDEN

- Alle bestanden zijn ASCII-bestanden en hebben als verplichte extensie **'.TXT'.**

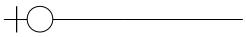
3.2. RELATIES TUSSEN DE BESTANDEN: E. R. MODEL (ENTITY-RELATIONSHIP)

- De onderlinge relaties tussen de bestanden worden schematisch verklaard in Figuur 3-1.
- Omwille van de relaties tussen de bestanden is het noodzakelijk het verband via sleutelvelden te definiëren.
- Een sleutel is samengesteld uit verschillende sleutelvelden. De beschrijving van de verschillende sleutels vindt U terug in punt 3.4.3, Sleutelvelden, pagina 15.
- Legende bij Figuur 3-1: E.R. model

  Met de volgende symbolen wordt de verhouding tussen het aantal records, die in de verschillende bestanden gegevens bevatten over hetzelfde onderwerp, weergegeven.

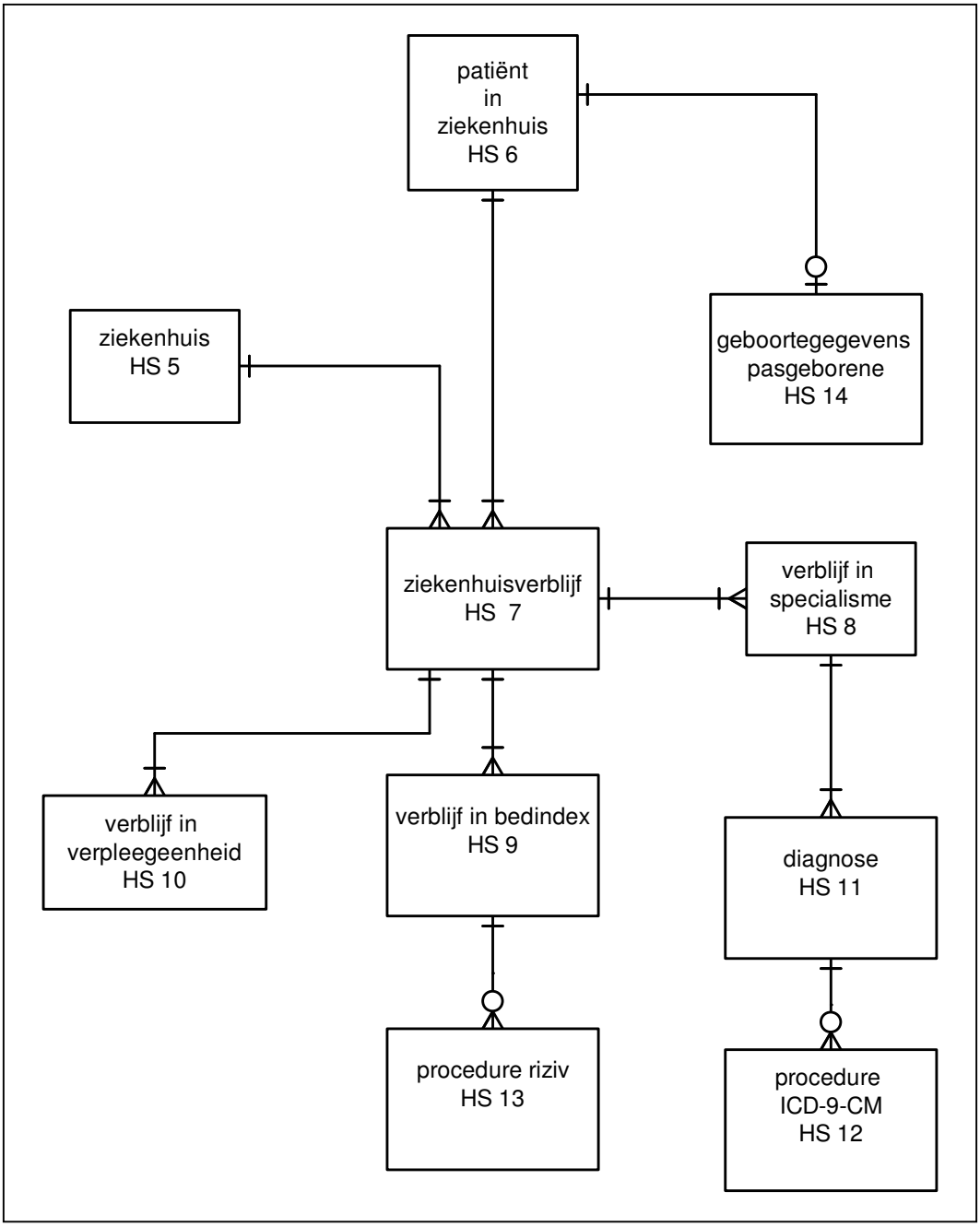
één en slechts één

een of meerdere


nul of één

nul, één of meerdere

Figuur 3-1: E.R. model



- Uit dit schema blijkt dat het bestand 'ziekenhuisverblijf' centraal staat. Elk verblijf (klassiek, daghospitaal of ambulante spoed) komt hier één en slechts éénmaal in voor. In de andere bestanden kan per verblijf geen, één of meerdere records voorkomen. Dit wordt bij de beschrijving van de bestanden verder verduidelijkt (hoofdstukken (HS) 5 tot en met 14).

3.3. NAAM VAN DE ASCII-BESTANDEN

- De naamgeving kan **niet vrij gekozen** worden: de verplichte naamgeving dient gevolgd te worden.

Een verplichte bestandsnaam is als volgt samengesteld:

Tabel 3-1: Verplichte bestandsnamen.

Posities binnen de bestandsnaam (van … tot en met …)	BETEKENIS	MOGELIJKE WAARDEN
1 – 3	CIVnummer	het CIVnummer toegekend aan uw instelling ⇒ Dit nummer wordt door het CIV (Centrum voor InformatieVerwerking) van de FOD toegekend, is uniek (geen enkel ziekenhuis in België heeft hetzelfde CIVnummer) en is enkel gekend door de twee betrokkenen. Dit CIVnummer is NIET het erkenningsnummer van het ziekenhuis
4	Code bestand	voor de registratie M.K.G. dient verplicht **de letter K** gebruikt te worden
5-12	Soort gegevens	Elk bestand heeft zijn eigen aanduiding van 8 karakters: bestand 'ziekenhuis': **HOSPITAL**; bestand 'patiënt in ziekenhuis': **PATHOSPI**; bestand 'ziekenhuisverblijf': **STAYHOSP**; bestand 'verblijf in specialisme': **STAYSPEC**; bestand 'verblijf in bedindex': **STAYINDX**; bestand 'verblijf in verpleegeenheid': **STAYUNIT**; bestand 'diagnose': **DIAGNOSE**; bestand 'procedure ICD-9-CM': **PROCICD9**; bestand 'procedure RIZIV': **PROCRIZI**; bestand 'geboortegegevens pasgeborene': **PATBIRTH**;
13 - 16	Jaartal	FORMAAT ***YYYY*** Registratiejaar
17	Periode	**1**: voor het 1ste semester **2**: voor het 2 de semester

- ***De extensie is steeds '.TXT*** ***Voorbeeld : 999KHOSPITAL19991.TXT***

- ***Elk bestand dient verplicht aangemaakt te worden, zelfs indien er geen gegevens te registreren zijn. Deze bestanden zijn dan leeg (bevatten geen enkel record). Ook het bestand 'geboortegegevens pasgeborene' moet steeds aangemaakt worden.***

- ***Het op informatiedrager plaatsen dient te gebeuren d.m.v. het exportprogramma.***

3.4. SOORTEN VELDEN

Het uitwisselingsformaat voor de M.K.G.-registratie kent slecht één type veld: het alfanumeriek veld. Dit is eigen aan het gebruik van ASCII-bestanden.

3.4.1. Alfanumeriek Veld

- De toegelaten waarden zijn vermeld in Bijlage 3 van deze brochure.
  OPGELET:
  Indien in een veld slechts bepaalde waarden (die fungeren als code) toegelaten zijn, dan mag dit veld geen andere waarde bevatten. Bijvoorbeeld: het veld 'dag in de week' in het bestand 'Ziekenhuisverblijf' mag alleen de code '1' tot en met '7' bevatten.

- Eventueel bestaande kleine letters dienen te worden omgezet naar HOOFDLETTERS.

- Er wordt steeds LINKS UITGELIJND.

- Indien de in te vullen waarde te kort is om het gehele veld op te vullen, wordt het veld rechts met blanco's opgevuld tot het veld vol is: BLANCOFILLING.

3.4.2. Velden die inhoudelijk een numerieke waarde bevatten (zie hoofdstuk 15)

- **Voor velden die inhoudelijk numerieke waarden bevatten (getallen),** zal slechts 1 optie aanvaard worden. Als er onvoldoende gegevens zijn om het ganse veld op te vullen, moeten de gegevens RECHTS UITGELIJND worden en met nullen aangevuld worden tot het veld vol is.

  Voorbeeld (voor een veld van 5 posities:):
  00100

  Voor verblijfsduren, facturatiegegevens uit bestand 'Verblijf in bedindex' en dergelijke, waar er geen dagen in te vullen zijn, moet er NUL (0) ingevuld worden (het veld wordt m.a.w. volledig opgevuld met nullen, zerofilling).

3.4.3. Sleutelvelden

- De sleutel maakt het record binnen het bestand uniek, d.w.z. dat binnen dit bestand slechts éénmaal dezelfde combinatie van sleutelvelden mag voorkomen !!!

- De velden die deel uitmaken van sleutels, worden in de tabellen met de record-tekening van de verschillende bestanden in deze brochure afgedrukt in een groter lettertype, ***cursief en vet***.

- Een sleutel is samengesteld uit verschillende sleutelvelden. Geen enkel van deze velden mag blanco zijn.

Tabel 3-2: Voorbeeld

Verblijfssleutel (zie ook punt 4.3.2, pagina 18)	***CIVnummer***
	Registratiejaar
	Registratiesemester
	Verblijfsnummer

4. ALGEMEENHEDEN - DEFINITIES

4.1. CIVNUMMER VAN HET ZIEKENHUIS.

- Dit nummer wordt door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu aan de instelling toegekend. Het is uniek (geen enkel ziekenhuis in België heeft hetzelfde nummer) en alleen de twee vermelde betrokkenen kennen dit nummer.

- Het is **NIET** het erkenningsnummer van het ziekenhuis.

- Zie ook punt 4.4,
- FUSIES VAN ZIEKENHUIZEN.

4.2. ANONIEM PATIËNTENNUMMER ZIEKENHUIS en PATIËNTENSLEUTEL.

4.2.1. Anoniem Patiëntennummer Ziekenhuis.

- K.B. van 06/12/1994.
  'Art. 5 § 1. 2º Gegevens met betrekking tot de patiënt;
  a) het registratienummer, dat uniek dient te zijn en geen enkel persoonlijk gegeven, zoals de geboortedatum, mag bevatten;'.

- Het ziekenhuis kent dus een anoniem patiëntennummer (registratienummer genoemd in het K.B.) toe aan één bepaalde patiënt.

- In de vorige M.K.G.-brochure werd vermeld:
  'Het moet gedurende minstens 1 dienstjaar (kalenderjaar) constant gehouden worden. Dit houdt in dat een patiënt die tijdens een dienstjaar meerdere malen opgenomen werd, voor al die verblijven hetzelfde REGISTRATIENUMMER zal behouden. ***Het is zelfs wenselijk dit voor alle patiënten over de dienstjaren heen constant te houden****.'*

- Er werd dus vroeger aanvaard dat dit anonieme nummer maar voor 1 jaar constant bleef. Dit zal ook nu nog aanvaard worden. Om echter een onderscheid te maken met de ziekenhuizen die dit anonieme nummer wel constant houden, werd een patiëntensleutel ingevoerd (zie volgende paragraaf).

- Onafgezien of dit nummer gedurende 1 jaar of langer constant gehouden wordt, moet dit anoniem nummer binnen het ziekenhuis voor eenzelfde patiënt steeds identiek zijn voor **klassieke hospitalisatie, daghospitalisatie <u>en</u> voor ambulante spoed** en het moet gedurende **HET VOLLEDIG VERBLIJF** constant blijven, ook al loopt dit verblijf over meer dan 1 registratiejaar of wordt het over verschillende registraties opgesplitst (langdurige verblijven).

- Het verband tussen het dossiernummer van het ziekenhuis en het anoniem patiëntennummer in de M.K.G. moet gedurende **<u>minstens 5 jaar</u>** teruggevonden kunnen worden (cfr. artikel 6 van het Koninklijk Besluit van 14 december 1987 houdende bepaling van de regels volgens dewelke de beheerder van het ziekenhuis mededeling doet van de financiële toestand, van de bedrijfsinkomsten, van het verslag van de bedrijfsrevisor en van alle statistische gegevens die met zijn inrichting verband houden).

- Het 'anoniem patiëntennummer ziekenhuis' mag NIET verward worden met het 'verblijfsnummer' (zie punt 4.3.1).

- Het 'anoniem patiëntennummer ziekenhuis' mag NIET blanco zijn.

4.2.2. Patiëntensleutel.

- De **patiëntensleutel** bevat het CIVnummer, het registratiejaar van deze sleutel en tenslotte het anoniem patiëntennummer.

- Voor langdurige verblijven moet de patiëntensleutel (registratiejaar en anoniem patiëntennummer ziekenhuis) constant blijven voor alle deelregistraties van deze verblijven.

- Voor de ziekenhuizen die elk jaar hun anonieme patiëntennummers voor de M.K.G.-registratie veranderen, is het registratiejaar van de patiëntensleutel gelijk aan het jaar van registratie of dus gelijk aan het jaar van ontslag (behalve voor langdurige verblijven).

- Voor de ziekenhuizen die hun anonieme patiëntensleutels langer dan 1 jaar constant wensen te houden, is het registratiejaar van de patiëntensleutel gelijk aan het eerste jaar dat deze patiënt dit nummer toegewezen kreeg binnen het ziekenhuis of dus het jaar van zijn eerste ontslag uit dit ziekenhuis. Voor éénzelfde patiënt blijft in de daarop volgende registratiejaren gans de patiëntensleutel identiek. Het registratiejaar van de patiëntensleutel is dan voor de volgende verblijven (in het volgende registratiejaar) kleiner dan het registratiejaar van het verblijf.

- Geen enkel veld van de patiëntensleutel mag **blanco** zijn.

Tabel 4-1: Inhoud

Patiëntensleutel	***CIVnummer***
	Registratiejaar (Patiëntensleutel)
	Anoniem Patiëntennummer Ziekenhuis (Patiëntensleutel)

4.3. VERBLIJFSNUMMER en VERBLIJFSSLEUTEL.

4.3.1. Verblijfsnummer.

- Het verblijfsnummer is verschillend voor elk ziekenhuisverblijf binnen één semester.

- Dit nummer is dus UNIEK voor het 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 1 registratiejaar of wordt het over verschillende registraties opgesplitst (langdurige verblijven).

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

- Het verblijfsnummer mag **NIET** volledig **BLANCO** zijn.

- Het verband tussen het dossiernummer van het ziekenhuis en het verblijfsnummer in de M.K.G. moet gedurende **minstens 5 jaar** teruggevonden kunnen worden (cfr. artikel 6 van het Koninklijk Besluit van 14 december 1987 houdende bepaling van de regels volgens dewelke de beheerder van het ziekenhuis mededeling doet van de financiële toestand, van de bedrijfsinkomsten, van het verslag van de bedrijfsrevisor en van alle statistische gegevens die met zijn inrichting verband houden).

- Het 'verblijfsnummer' is **NIET** hetzelfde als het 'anoniem patiëntennummer ziekenhuis'

4.3.2. Verblijfssleutel.

- De **verblijfssleutel** bevat het CIVnummer, het registratiejaar, het registratiesemester en tenslotte het verblijfsnummer.

Tabel 4-2: Inhoud

Verblijfssleutel	***CIVnummer***
	Registratiejaar
	Registratiesemester
	Verblijfsnummer

4.4. FUSIES VAN ZIEKENHUIZEN

- Vanaf het moment dat ziekenhuizen fusioneren en hiervoor erkend worden, kan er slechts 1 set bestanden voor deze gefusioneerde instellingen doorgestuurd worden. Zij vormen vanaf dan ook 1 ziekenhuis. Het te gebruiken erkenningsnummer wordt meegedeeld door de Minister die de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten onder zijn bevoegdheid heeft (momenteel de Gemeenschappen). Het CIVnummer zal door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu toegekend worden.

- Deze wijziging dient in te gaan bij het begin van een semester (rond de datum van erkenning). Er mag niet midden in een semester van CIVnummer veranderd worden.

Voorbeeld : fusie op 01/10/1998

Naam	Erkenningsnummer	CIV-nummer	Geldig
Ziekenhuis A	XXX	YYY	tot 31/12/1998
Ziekenhuis B	ZZZ	KKK	tot 31/12/1998
Ziekenhuis A+B	XXX	YYY	vanaf 01/01/1999

- Voor de langdurige verblijven op de campus die door de fusie geen nieuw CIVnummer krijgt, blijft ook het ‘verblijfsnummer’ en het ‘anoniem patiëntennummer’ hetzelfde na de fusie.

- Voor de registratie van langdurige verblijven op een campus die door de fusie wel van CIVnummer verandert, dienen deze patiënten onder het oude CIV-nummer administratief ontslagen te worden en onder het nieuwe CIVnummer terug administratief opgenomen te worden. Indien het constant houden van het ‘verblijfsnummer’ en het ‘anoniem patiëntennummer’ tot problemen zou leiden (2 verblijven of patiënten met hetzelfde nummer), dan dient ook het ‘verblijfsnummer’ en / of het ‘anoniem patiëntennummer’ gewijzigd te worden.

- Alle andere verblijven worden bij ontslag geregistreerd onder het nieuwe CIVnummer, ook de verblijven van de patiënten die opgenomen werden vóór de fusie.

5. HET BESTAND 'ZIEKENHUIS'

5.1. NAAM

- XXXK**HOSPITAL**YYYYS.TXT
  Met XXX gelijk aan het CIVnummer, K de verplichte code voor M.K.G., YYYY gelijk aan het registratiejaar en S gelijk aan het semester van registratie (1 of 2).

5.2. INHOUD

- Dit bestand bevat algemene informatie over het ziekenhuis. Het geeft de relatie weer tussen het CIVnummer en het erkenningsnummer van het ziekenhuis voor het semester van registratie. Verder dient in dit bestand ook de datum van aanmaak van het geheel van de ASCII-bestanden vermeld te worden.

5.3. INDELING

- Er kan per semester slechts één bestand met slechts **één record** voorkomen.

Tabel 5-1: recordtekening van HET BESTAND 'ZIEKENHUIS'

POSITIES	LENGTE	RUBRIEK
1 - 3	3	***Veld 1: CIVnummer***
4 - 7	4	***Veld 2: registratiejaar***
8	1	***Veld 3: registratiesemester***
9 - 11	3	Veld 4: erkenningsnummer
12 - 19	8	Veld 5: datum aanmaak van de ASCII-bestanden

5.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN

5.4.1. Veld 1: CIVnummer

- Zie punt 4.1, pagina 16.
- Dit CIVnummer is **NIET** het erkenningsnummer van het ziekenhuis!

5.4.2. Veld 2: registratiejaar

- Formaat YYYY. Bijvoorbeeld: 1999.

5.4.3. Veld 3: registratiesemester

- Enkel de waarde 1 en 2 zijn toegelaten.

5.4.4. Veld 4: erkenningsnummer

- Dit is het nummer, toegekend door de Minister die bevoegd is voor de erkenning van de ziekenhuizen (momenteel de Gemeenschappen).

- Dit erkenningsnummer verschilt van het CIVnummer!

5.4.5. Veld 5: datum aanmaak van de ASCII-bestanden

- In dit veld wordt de datum vermeld waarop de bestanden aangemaakt werden, vertrekkende van de originele gegevens in de databank van het ziekenhuis.

- Formaat DDMMYYYY. Bijvoorbeeld: 22071999.
  2 posities voor de dag in de maand, 2 posities voor de maand en 4 posities voor het jaar.

6. HET BESTAND 'PATIËNT in ZIEKENHUIS'

6.1. NAAM

- XXXK**PATHOSPI**YYYYS.TXT
  Met XXX gelijk aan het CIVnummer, K de verplichte code voor M.K.G., YYYY gelijk aan het registratiejaar en S gelijk aan het semester van registratie (1 of 2).

6.2. INHOUD

- Dit bestand bevat informatie over de patiënten die in dit ziekenhuis verbleven hebben gedurende het semester van registratie.

- 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.

- Voor de beschrijving van het anoniem patiëntennummer ziekenhuis en de patiëntensleutel wordt naar punt 4.2, pagina 16 verwezen.

6.3. INDELING

- Elke patiënt waarvoor er een verblijf (of een deel van een langdurig verblijf) tijdens het semester geregistreerd werd, dient in dit bestand teruggevonden te worden. Ook al werd het anoniem patiëntennummer in een vorig semester of registratiejaar toegekend.

- Bij heropname van een patiënt in hetzelfde ziekenhuis voor eenzelfde semester mag geen nieuw record aangemaakt worden. Zo zal het aantal records in het bestand 'Patiënt in ziekenhuis' kleiner zijn dan het totaal aantal ziekenhuisverblijven voor dat semester.

- Indien het aantal records in het bestand 'Patiënt in ziekenhuis' gelijk is aan het aantal records in bestand 'Ziekenhuisverblijf' (waar er één record gegenereerd wordt per ziekenhuisverblijf), dan betekent dit dat ofwel er geen enkele patiënt heropgenomen werd gedurende dit semester of dat de regels voor het constant houden van het anoniem patiëntennummer gedurende minstens één jaar niet gerespecteerd werden.

Tabel 6-1: recordtekening van HET BESTAND 'PATIËNT in ZIEKENHUIS'

POSITIES	LENGTE	RUBRIEK
1-3	3	***Veld 1: CIVnummer***
4-7	4	***Veld 2: registratiejaar (patiëntensleutel)***
8-20	13	***Veld 3: anoniem patiëntennummer ziekenhuis (patiëntensleutel)***
21-24	4	Veld 4: geboortejaar

6.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN

6.4.1. Veld 1: CIVnummer

- Zie punt 4.1, pagina 16.

6.4.2. Veld 2: registratiejaar (patiëntensleutel)

- Formaat YYYY.
- Zie punt.4.2.2, pagina 17.

6.4.3. Veld 3: anoniem patiëntennummer ziekenhuis (patiëntensleutel)

- Formaat: letters en cijfers, 13 posities.
- Zie punt 4.2.1, pagina 16.
- Ook elke pasgeborene krijgt zijn eigen uniek anoniem patiëntennummer.
- Het 'anoniem patiëntennummer ziekenhuis' mag niet verward worden met het 'verblijfsnummer'.

6.4.4. Veld 4: geboortejaar

- Formaat YYYY. Bijvoorbeeld: 1958.

7. HET BESTAND 'ZIEKENHUISVERBLIJF'

7.1. NAAM

- XXXK**STAYHOSP**YYYYS.TXT
  Met XXX gelijk aan het CIVnummer, K de verplichte code voor M.K.G., YYYY gelijk aan het registratiejaar en S gelijk aan het semester van registratie (1 of 2).

7.2. INHOUD

- Dit bestand bevat algemene informatie met betrekking tot het ziekenhuisverblijf zoals jaar, maand en dag in de week van opname en ontslag, de berekende verblijfsduur en de wijze van opname en ontslag. Verder bevat dit bestand gegevens die in de tijd (van verblijf tot verblijf) kunnen wijzigen, zoals woonplaats, nationaliteit en geslacht. De gegevens die hier genoteerd worden, gelden bij **opname.**

- De wijze van opname en ontslag worden niet per specialisme geregistreerd maar **bij opname in en ontslag uit het ziekenhuis.**

7.3. INDELING

- Voor elk ziekenhuisverblijf telt dit bestand juist één record.

Tabel 7-1: recordtekening van HET BESTAND 'ZIEKENHUISVERBLIJF'

POSITIES	LENGTE	RUBRIEK
1 - 3	3	***Veld 1: CIVnummer***
4 - 7	4	***Veld 2: registratiejaar***
8	1	***Veld 3: registratiesemester***
9 - 18	10	***Veld 4: verblijfsnummer***
19	1	Veld 5: type ziekenhuisverblijf
20 - 23	4	Veld 6: jaar van opname
24 - 25	2	Veld 7: maand van opname
26	1	Veld 8: dag in de week van opname
27	1	Veld 9: code heropname
28 – 30	3	Veld 10: heropname in aantal dagen sinds vorig ontslag
31 – 32	2	Veld 11: maand van ontslag
33	1	Veld 12: dag in de week van ontslag
34 – 38	5	Veld 13: totale verblijfsduur (tot einde registratiesemester) in het ziekenhuis in dagen
39	1	Veld 14: geslacht
40	1	Veld 15: indicator leeftijd
41 – 44	4	Veld 16: postcode België
45 – 49	5	Veld 17: NIS-code België
50 – 52	3	Veld 18: landcode
53	1	Veld 19: indicator nationaliteit
54	1	Veld 20: plaats vóór opname
55	1	Veld 21: type opname
56	1	Veld 22: verwezen door
57	1	Veld 23: bestemming
58	1	Veld 24: type ontslag
59 – 62	4	Veld 25: registratiejaar (patiëntensleutel)

63 – 75	13	Veld 26: anoniem patiëntennummer ziekenhuis (patiëntensleutel)
76 – 80	5	Veld 27: totaal aantal volledig te factureren ligdagen (tot einde registratiesemester) voor het ziekenhuisverblijf

7.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN

Alle richtlijnen zijn ook geldig voor langdurige verblijven tenzij dit anders vermeld wordt.

7.4.1. Veld 1: CIVnummer

- Zie punt 4.1, pagina 16.

7.4.2. Veld 2: registratiejaar

- Formaat YYYY Bijvoorbeeld: 1999.
- Het jaar van registratie is (behalve voor langdurige verblijven) gelijk aan het jaar van ontslag. Er dient immers pas geregistreerd te worden bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis.
- Voor **langdurige verblijven** (definitie zie pagina 4) is het jaar van registratie alleen voor het laatste deel gelijk aan het jaar van ontslag.

7.4.3. Veld 3: registratiesemester

- Formaat: code '1' of '2'
- Hiervoor gelden dezelfde opmerkingen als voor het registratiejaar.

7.4.4. Veld 4: verblijfsnummer

- Zie punt 4.3.1, pagina 17.
- Het verblijfsnummer is verschillend voor elk ziekenhuisverblijf binnen één semester.
- Elke pasgeborene krijgt zijn eigen verblijfsnummer.
- Het 'verblijfsnummer' mag niet verward worden met het 'anoniem patiëntennummer ziekenhuis'. Het anoniem patiëntennummer ziekenhuis blijft voor één bepaalde patiënt gelijk gedurende minstens één volledig registratiejaar.
- Ook de ambulante contacten met de spoedgevallendienst krijgen elk een eigen uniek verblijfsnummer.

7.4.5. Veld 5: type ziekenhuisverblijf

Toegelaten waarden:

CODE	OMSCHRIJVING		Zie definitie
P	Volledig psychiatrisch verblijf		Punt 1.4.4, pagina 5
H	Klassieke hospitalisatie (Verpleegdagprijsverblijf)		Punt 1.4.1, pagina 4
F	Langdurige verblijven	Eerste registratie	Punt 1.4.3, pagina 4
M		Tussentijdse registratie	
L		Laatste registratie	
C	Chirurgische daghospitalisatie		Punt 1.4.6, pagina 6
D	Daghospitalisatie		Punt 1.4.2, pagina 4
U	Contact met spoedgevallendienst zonder hospitalisatie, enkel ambulante spoed		Punt 1.4.7, pagina 6

Zie Tabel 15-3 voor de combinatiemogelijkheden in de velden 9 tot 13, 20 tot 24 en 27.

- Bij het bepalen van het type ziekenhuisverblijf voor korte verblijven (daghospitalisatie) kan de volgende hiërarchie bepaald worden:
  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.

- Voor de MKG-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. De verblijven worden nooit gesplitst omwille van facturatieregels.
  Voorbeelden
  Voor een baby is er geen facturatie op N* en bij overgang naar NIC wel.
  Ook bij het ontslag van de moeder uit het ziekenhuis (de baby blijft) wordt het verblijf van de baby NIET opgesplitst.
  Een derde voorbeeld is de ambulante facturatie op de spoedgevallendienst zolang nog niet geweten is dat de patiënt zal opgenomen worden. Pas bij beslissing tot opname worden de RIZIV-codes voor gehospitaliseerde patiënten gebruikt. Ook hier is er voor deze patiënt slechts één MKG-registratie, los van het tijdstip van beslissing tot opname.

- De volledige psychiatrische verblijven worden door het controleprogramma van de FOD verder opgesplitst naar 5 types (D,H,F,M,L). Een volledig psychiatrisch verblijf kan immers ook doorgaan in daghospitalisatie enz.
  Deze opsplitsing gebeurt voor de langdurige verblijven op basis van de velden "plaats voor opname", "type opname", "verwezen door", "type ontslag" en "bestemming". Voor de daghospitalisatie dienen de gefactureerde dagen zowel in het bestand "verblijf in ziekenhuis" als in het bestand "verblijf in bedindex" gelijk te zijn aan nul en de berekende ligduur gelijk aan nul of eventueel gelijk aan 1 bij spoedopnamen. Alle andere verblijven worden onder 'H' geklasseerd.

7.4.6. Veld 6: jaar van opname

- Formaat YYYY. Bijvoorbeeld: 1998.

- Het jaar van opname kan vóór het jaar van registratie liggen.

- Ook voor **langdurige verblijven** wordt hier het reële jaar van opname aangeduid.

7.4.7. Veld 7: maand van opname

- Formaat MM
  van '01' tot '12'.

- Hier wordt de reële maand van opname aangeduid, ook voor langdurige verblijven.

7.4.8. Veld 8: dag in de week van opname

Toegelaten waarden:

CODE	DAG
1	Maandag
2	Dinsdag
3	Woensdag
4	Donderdag
5	Vrijdag
6	Zaterdag
7	Zondag

- Hier wordt de reële dag in de week van opname aangeduid, ook voor langdurige verblijven.

7.4.9. Veld 9: code heropname

- 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.

  Toegelaten waarden:

CODE	OMSCHRIJVING
0	Onbekend
1	Heropname binnen het jaar 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

- Alle verblijven in hetzelfde ziekenhuis waarvoor er een registratie gebeurd is (zowel **verpleegdagprijsverblijven** als de **daghospitalisatie** (chirurgische en andere), als de **ambulante spoed**) tellen mee om de heropname te bepalen.

7.4.10. Veld 10: heropname in aantal dagen sinds vorig ontslag

- Formaat: numerieke waarde van 1 tot 366.

- Indien de patiënt, tot maximaal 1 jaar voor het begin van het huidige ziekenhuisverblijf, reeds eerder uit **hetzelfde ziekenhuis** ontslagen was (code '1' in het veld 9), dan dient hier het aantal dagen tussen het begin van het huidig verblijf en het ontslag van het vorig verblijf ingevuld te worden.

- De berekening gebeurt als volgt:
  datum van huidige opname in ziekenhuis **min**
  datum van vorig ontslag uit hetzelfde ziekenhuis.
  Voorbeeld : 15 december 1998 – 30 september 1998 = 76 dagen.

- **UITZONDERING:** indien code heropname onbekend (code '0' in veld 9) ingevuld werd of indien het niet om een heropname binnen het jaar in hetzelfde ziekenhuis gaat (code '2' in veld 9) of indien het om een tussentijdse of laatste registratie van een langdurig verblijf gaat (code 'M' of 'L' in veld 9), dient deze waarde BLANCO (missing) gelaten te worden.

7.4.11. Veld 11: maand van ontslag

- Formaat MM
  van '01' tot '12'.

- De maand van ontslag **MOET BINNEN** de registratieperiode vallen.

- Voor **langdurige verblijven** wordt dit veld BLANCO gelaten voor de eerste registratie en de tussentijdse registraties. De patiënt is dan nog niet ontslagen.

7.4.12. Veld 12: dag in de week van ontslag

- Zie punt 7.4.8, pagina 26.

- Voor **langdurige verblijven** wordt dit veld BLANCO gelaten voor de eerste registratie en de tussentijdse registraties. De patiënt is dan nog niet ontslagen.

7.4.13. Veld 13: totale verblijfsduur (tot einde registratiesemester) in het ziekenhuis in dagen

- Formaat: numerieke waarde, zie pagina 15.

- Hiermee wordt de totale reële verblijfsduur in het ziekenhuis bedoeld. Deze wordt als volgt berekend: ONTSLAGDATUM – OPNAMEDATUM

- Voor de daghospitalisatieverblijven en ambulante spoed houdt dit in principe in dat de totale verblijfsduur gelijk is aan NUL behalve voor spoedopnames die gedurende een paar uur (waaronder middernacht) op de spoedgevallendienst verblijven maar niet echt opgenomen worden. Dan kan de totale verblijfsduur EEN zijn (in dit geval is het 'type opname' = één van de mogelijkheden voor spoedopname, namelijk code A, B, C,D of E, zie Veld 21: type opname).

- Als bij een **eerste** of **tussentijdse registratie van een langdurig verblijf** de patiënt op het einde van het registratiesemester nog niet uit het ziekenhuis ontslagen is, wordt de verblijfsduur tot het einde van het registratiesemester ingevuld:

  einddatum registratiesemester (30 juni of 31 december) **min**
  opnamedatum in het ziekenhuis.

- Voor het **laatste deel van een langdurig verblijf** wordt de verblijfsduur als volgt berekend:

  ontslagdatum uit het ziekenhuis **min**
  opnamedatum in het ziekenhuis.

- De berekende verblijfsduur in het ziekenhuis dient niet volledig identiek te zijn aan het aantal te factureren ligdagen. Deze laatste dienen berekend te worden volgens de regels van het RIZIV. Hierbij wordt zowel met het uur van aankomst als vertrek en met een eventuele weekend-onderbreking rekening gehouden. Het aantal volledig te factureren ligdagen kan maximaal 1 dag meer bedragen dan de totale berekende verblijfsduur.

- Voor langdurige verblijven is de berekende verblijfsduur **STEEDS** groter dan 6 maand.

7.4.14. Veld 14: geslacht

Toegelaten waarden:

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.

- Uitzondering: 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.

7.4.15. Veld 15: indicator leeftijd

- In de M.K.G.-registratie beschikken we enkel over het geboortejaar van de patiënt. Het is nochtans belangrijk te weten of het al dan niet over een pasgeborene (gedefinieerd als jonger dan of gelijk aan 28 dagen) gaat. Daarom wordt voor elk ziekenhuisverblijf een indicator voor de leeftijd **bij opname** opgevraagd.

Toegelaten waarden:

CODE	OMSCHRIJVING
1	Pasgeborene, patiënten met een leeftijd bij opname van 28 dagen of minder of geboren tijdens het huidige verblijf
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)

7.4.16. Veld 16: postcode België

- De postcode is de code zoals ze geldt sinds 1 oktober 1990 met de aanpassingen van 1 maart 1996. De lijst van postcodes bevindt zich in het referentiebestand bij het controleprogramma.

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

- Voor personen **zonder vaste woonplaats** (om professionele redenen, zoals 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'**.

7.4.17. Veld 17: NIS-code België

- Dit is het nummer dat door het Nationaal Instituut voor Statistiek aan elke gemeente in België toegekend werd. De te gebruiken code is die van de **FUSIEGEMEENTE** waar de patiënt gedomicilieerd is.

- Voor personen **zonder vaste woonplaats** (om professionele redenen, zoals foorkramers en binnenschippers) moet de NIS-code van hun **referentiegemeente** opgegeven worden.

- Voor daklozen en **alle ANDERE personen zonder vaste woonplaats** moet de code **'99999'** ingevuld worden.

- Voor patiënten (Belgen en niet-Belgen) die in het **buitenland** gedomicilieerd zijn, dient dit veld opgevuld te worden met nullen: **'00000'**.

7.4.18. Veld 18: landcode

- Voor inwoners (Belgen en niet-Belgen) van **België** dient hier de landcode '150' ingevuld te worden.

- Voor patiënten (Belgen en niet-Belgen) die in het **buitenland** gedomicilieerd zijn, wordt een landcode ingevuld. De lijst vindt U terug in het referentiebestand 'landen' (Bijlage 4).

7.4.19. Veld 19: indicator nationaliteit

- In dit veld wordt de **nationaliteit** ingevuld. Niet te verwarren met het vorige veld waar het gaat over het land waar de patiënt zijn vaste woonplaats heeft.

- Er wordt een onderscheid gemaakt tussen Belgen, Europeanen uit de landen van de Europese Unie en de rest van de wereld.

Toegelaten waarden:

CODE	OMSCHRIJVING
0	De nationaliteit van de patiënt is niet gekend
1	De patiënt heeft de Belgische nationaliteit
2	De patiënt is geen Belg maar heeft wel de nationaliteit van één van de andere landen van de Europese Unie
3	De patiënt heeft NIET de nationaliteit van één van de landen van de Europese Unie

Zoals ook voor de leeftijd geldt voor deze laatste vier velden de waarde bij OPNAME.

7.4.20. Veld 20: plaats vóór opname

- 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.

- Daar de items i.v.m. type en plaats van opname en ontslag nu per globaal ziekenhuisverblijf gevraagd worden en niet meer per specialisme, is er geen code 'transfers naar ander (sub)-specialisme' meer nodig.

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

Toegelaten waarden:

CODE	OMSCHRIJVING	
0	Onbekend	Slechts te gebruiken in uitzonderlijke gevallen.
1	Thuis	Overal waar de patiënt autonoom kan handelen; dus ook bijvoorbeeld service flats voor oudere personen, kot voor studenten, …
2	Administratieve opname van een langdurig verblijf bij fusie	Zie (*)
3	Ander ziekenhuis: niet-universitair	
4	Ander ziekenhuis: universitair	
5	Ander ziekenhuis: psychiatrisch	
6	Rust- en verzorgingstehuis (RVT) en bejaardentehuizen	
7	PVT en beschut wonen	
8	Geboren in dit ziekenhuis	
9	Andere	Dit kan een andere instelling zijn; vb. gevangenis, internaat,…, ~~of een andere openbare of privé plaats, vb. verkeers- of arbeidsongeval, sport- of vrijetijdsongeval~~,
A Nieuw	Weg van / naar het werk	
B Nieuw	Op het werk	
C Nieuw	Weg van / naar de school	
D Nieuw	In de school (inclusief sport op school)	
E Nieuw	Verkeer (behalve weg van/naar werk of school)	
F Nieuw	Tijdens sport (behalve sport op school)	
G Nieuw	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.

(*) Enkel voor een **tussentijdse of laatste registratie van een langdurig verblijf na fusie** waarvoor reeds een registratie in het vorige semester meegestuurd werd, maar met een ander CIVnummer (nl. het CIVnummer dat vóór de fusie geldig was) mag de code 'administratieve opname van een langdurig verblijf bij fusie' gebruikt worden.

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

7.4.21. Veld 21: type opname

Toegelaten waarden:

CODE	OMSCHRIJVING	
0	Onbekend	Slechts te gebruiken in uitzonderlijke gevallen.
~~1~~	~~Spoedopname via dienst 100 of MUG~~	~~De patiënt komt onvoorzien in het ziekenhuis terecht. Het onderscheid met het volgende wordt enkel bepaald door het vervoer in een erkend voertuig.~~
~~2~~	~~Niet-geplande opname - spoedopname~~	~~De patiënt komt onvoorzien in het ziekenhuis terecht, d.w.z. dat noch de patiënt noch het ziekenhuis de opname voor die dag gepland hadden, vb. een val, een niet geplande opname voor bevalling, enz.~~
3	Gepland (*)	De opname in het ziekenhuis was reeds eerder afgesproken. Er werd dus vooraf gepland wanneer de opname zou gebeuren.
4	Vanuit daghospitalisatie	De patiënt verblijft in eerste instantie voor slechts één dag in het ziekenhuis, maar wordt door verwikkelingen en/of complicaties voor een langere periode opgenomen.
5	Terugtransfer (*)	Terugkomst van een patiënt van het ziekenhuis waarnaar hij getransfereerd was.
6	Plaatsing (*)	Verplichte opname of plaatsing door rechter, politie, enz.
8	Geboren in dit ziekenhuis	
A Nieuw	Opname via spoedgevallendienst zonder betrokkenheid van de dienst 100 of een ambulance.	Patiënt komt binnen met "eigen vervoer" of met de politie of met een geneesheer of met het openbaar vervoer maar zonder een erkend voertuig, zonder betrokkenheid van de dienst 100, en wordt opgenomen via de spoedgevallendienst.
B Nieuw	Opname via spoedgevallendienst zonder betrokkenheid van de dienst 100 met een ambulance, zonder begeleiding van een MUG	Patiënt komt in het ziekenhuis via een ambulance, maar zonder een MUG, de dienst 100 was niet betrokken
C Nieuw	Opname via spoedgevallendienst met betrokkenheid van de dienst 100 met een ambulance, zonder begeleiding van een MUG	Patiënt komt in het ziekenhuis via een ambulance, maar zonder een MUG, de dienst 100 was wel betrokken
D Nieuw	Opname via spoedgevallendienst met een ambulance en met de begeleiding van de erkende MUG-functie (eventueel associatie) van de ziekenhuiscampus	Patiënt komt in het ziekenhuis via een ambulance én erkende MUG-functie (eventueel associatie) van de ziekenhuiscampus, de dienst 100 was dus betrokken
E Nieuw	Opname via spoedgevallendienst met een ambulance en met de begeleiding van een andere MUG-functie (eventueel associatie) dan die van de ziekenhuiscampus	Patiënt komt in het ziekenhuis via een ambulance én met de MUG van een ander ziekenhuis of een andere MUG-functie (eventueel associatie) dan die van de ziekenhuiscampus, de dienst 100 was dus betrokken
G Nieuw	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.

(*) 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 het specialisme Urx gebruikt worden.

- 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 dringende opnames die NIET via de dienst spoedgevallen opgenomen worden, mag enkel de code G gebruikt worden.

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

- Als het MUG-team de ambulance met de patiënt niet naar een ziekenhuis begeleidt (ook al is er een MUG-team ter plaatse geweest), dan mogen de waarden 'D' en 'E' **NIET** gebruikt worden.

- De volgende combinaties zijn mogelijk:

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

  - Type opname 5 (terugtransfer) kan enkel met plaats vóór opname 3, 4 of 5 (ander ziekenhuis).

  - 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'.

7.4.22. Veld 22: verwezen door

Toegelaten waarden:

CODE	OMSCHRIJVING	
0	Onbekend	Slechts te gebruiken in uitzonderlijke gevallen.
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.
~~2~~	~~Huisarts~~	~~De huisarts verwijst de patiënt naar een ziekenhuis (met verwijsbrief)~~
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	Voorbeeld: 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	Geboren in dit ziekenhuis	
A Nieuw	Eigen huisarts met verwijsbrief	
B Nieuw	Eigen huisarts, na telefonische of mondelinge afspraak	
C Nieuw	Huisarts van wacht met verwijsbrief	
D Nieuw	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

- 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'.

7.4.23. Veld 23: bestemming

Toegelaten waarden:

CODE	OMSCHRIJVING	
0	Onbekend	Slechts te gebruiken in uitzonderlijke gevallen.
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	Zie (*)
3	Ander ziekenhuis: niet-universitair	
4	Ander ziekenhuis: universitair	
5	Ander ziekenhuis: psychiatrisch	
6	Rust- en verzorgingstehuis (RVT) en bejaardentehuizen	
7	PVT en beschut wonen	
8	Overleden	
9	Andere	Dit kan een andere instelling zijn; vb. gevangenis, internaat, …
A Nieuw	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 observatie) naar een andere dienst in het eigen ziekenhuis gaan zonder dat dit aanleiding geeft tot een type

		ziekenhuisverblijf H, F, M, L, C of D (enkel mogelijk voor type ziekenhuisverblijf U). Deze code mag enkel gebruikt worden bij type ontslag 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

(*) Enkel voor een **eerste** of een **tussentijdse registratie van een langdurig verblijf** op een campus die in het volgende registratiesemester onder <u>een ander CIVnummer</u> zal registreren (door fusie) mag de code 'administratief ontslag van een langdurig verblijf bij fusie' gebruikt worden.

- Voor **de eerste** en **tussentijdse registraties van de <u>andere</u> langdurige verblijven** dient in dit veld 'F ' respectievelijk 'M' ingevuld te worden.

- De 'plaats voor opname' en de 'bestemming na ontslag' zijn ongeveer gelijk zodat men duidelijk ziet waar de patiënt vandaan komt en waar die naartoe gaat bij ontslag.

Uitzondering:

- 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.

7.4.24. Veld 24: type ontslag

Toegelaten waarden:

CODE	OMSCHRIJVING	
0	Onbekend	Slechts te gebruiken in uitzonderlijke gevallen.
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 Nieuw	Doorverwezen naar een ander ziekenhuis wegens plaatsgebrek	
8 Nieuw	Doorverwezen naar een ander ziekenhuis (financiële redenen)	
9 Nieuw	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, C of D (enkel mogelijk voor type ziekenhuisverblijf U). Deze code mag enkel gebruikt worden bij bestemming A.
D	Terugkeer na daghospitalisatie (voor uitbestede procedure) naar het ziekenhuis waar de patiënt gehospitaliseerd is	Enkel voor daghospitalisatie. Na procedure met code uitbesteed = 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

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

7.4.25. Veld 25: registratiejaar (patiëntensleutel)

- Dit veld verwijst naar veld 2 van het bestand 'PATIËNT IN ZIEKENHUIS' (zie punt 6.4.2, pagina 22).

7.4.26. Veld 26: anoniem patiëntennummer ziekenhuis (patiëntensleutel)

- Dit veld verwijst naar veld 3 van het bestand 'PATIËNT IN ZIEKENHUIS' (zie punt 6.4.3, pagina 22).

7.4.27. Veld 27: totaal aantal volledig te factureren ligdagen (tot einde registratiesemester) voor het ziekenhuisverblijf

- Deze waarde is gelijk aan de som **voor gans het verblijf** van:

  Veld 8: aantal volledig te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar (zie punt 9.4.8, pagina 43) en

  Veld 9: aantal volledig te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar (zie punt 9.4.9, pagina 43) uit het bestand 'VERBLIJF IN BEDINDEX'.

- Dit betekent dat alle volledig te factureren dagen van veld 8 en 9 voor alle bedindexen van hetzelfde ziekenhuisverblijf opgeteld dienen te worden. Voor de tussentijdse en laatste delen van een langdurig verblijf betekent dit dat hier de som wordt gemaakt van alle volledig te factureren ligdagen van het verblijf, te beginnen bij de opname in het ziekenhuis (inclusief de volledig te factureren ligdagen van de vorige, reeds eerder opgestuurde delen).

- Deze waarde dient als controlegetal.

- Voor andere daghospitalisaties dan chirurgische daghospitalisatie en voor ambulante spoed dient hier NUL ingevuld te worden.

- Voor chirurgische daghospitalisatie moet hier '1' ingevuld worden.

8. HET BESTAND 'VERBLIJF in SPECIALISME'

8.1. NAAM

- XXXK**STAYSPEC**YYYYS.TXT
  Met XXX gelijk aan het CIVnummer, K de verplichte code voor M.K.G., YYYY gelijk aan het registratiejaar en S gelijk aan het semester van registratie (1 of 2).

8.2. INHOUD

- De diagnoses en procedures (gecodeerd in ICD-9-CM codes) worden per specialisme geregistreerd.

- Het ziekenhuis is voor het grootste deel vrij in het bepalen van zijn specialismen.

- Enkele beperkingen worden opgelegd:

  - de verblijven voor psychiatrie binnen de A-, K- en T-diensten (bedindexen) dienen steeds als een apart specialisme aangeduid te worden, vermits voor deze verblijven de verplichting geldt van de M.P.G.-registratie;

  - daar de Sp-diensten 'speciale diensten' zijn binnen het ziekenhuis, wordt er ook gevraagd deze in een apart specialisme onder te brengen;

  - met het K.B. van 27 april 1998 'houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden' kunnen nu 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 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 wordt een verblijf in een erkend bed voor brandwonden ook in een apart specialisme ondergebracht;

  - alle inschrijvingen via de balie van de dienst spoedgevallen (ambulant en met opname) (zelfs als de patiënt er slechts een beperkte tijd is) worden als een apart specialisme geregistreerd.

- Met een apart specialisme wordt bedoeld dat er voor deze specifieke delen van een verblijf de hoofd- en nevendiagnose en de procedures in ICD-9-CM apart opgegeven worden.

- Men mag het begrip specialisme niet verwarren met bedindexen. Bij bedindexen spreken we over erkenning van bedden en facturatie, bij specialismen over de organisatie binnen een ziekenhuis.

8.3. INDELING

- Dit bestand bevat juist één record voor elk verblijf in een specialisme.
- Voor elk ziekenhuisverblijf telt dit bestand minstens één record.
- Het volgnummer '01' komt altijd voor.

Tabel 8-1: recordtekening van HET BESTAND 'VERBLIJF in SPECIALISME'

POSITIES	LENGTE	RUBRIEK	
1 - 3	3	***Veld 1: CIVnummer***	***Verblijfs-sleutel***
4 - 7	4	***Veld 2: registratiejaar***	
8	1	***Veld 3: registratiesemester***	
9 – 18	10	***Veld 4: verblijfsnummer***	
19 – 20	2	***Veld 5: volgnummer specialisme***	
21 – 23	3	Veld 6: code specialisme	
24 – 28	5	Veld 7: berekende verblijfsduur in specialisme in dagen (tot einde registratiesemester)	
29 – 33	5	Veld 8: verblijfsduur in de functie 'intensieve zorg' in dagen	
34 – 35	2	Veld 9: verblijfsduur in de functie 'intensieve zorg' in uren	

8.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN

8.4.1. Veld 1: CIVnummer

- Zie punt 4.1, pagina 16.

8.4.2. Veld 2: registratiejaar

- Zie punt 7.4.2, pagina 24.
- Het registratiejaar van het specialisme is steeds **hetzelfde** als het registratiejaar van het ziekenhuisverblijf (ook al valt het ontslag uit het specialisme in het semester ervoor).

8.4.3. Veld 3: registratiesemester

- Zie punt 7.4.3, pagina 24.
- Het registratiesemester van het specialisme is **hetzelfde** als het registratiesemester van het ziekenhuisverblijf.

8.4.4. Veld 4: verblijfsnummer

- Zie punt 7.4.4, pagina 24.
- Het verblijfsnummer van het specialisme is **hetzelfde** als het verblijfsnummer van het ziekenhuisverblijf.

8.4.5. Veld 5: volgnummer specialisme

- Formaat
  Volgnummer van '01' tot '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 '01' ingevuld.

- 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 het semester, gelijk aan '01'.

8.4.6. Veld 6: code specialisme

- Formaat XXX.

- Het ziekenhuis is volledig vrij in het bepalen van de code voor het specialisme behalve voor het specialisme 'spoedgevallendienst' waar 'UR' als code specialisme gebruikt moet worden (zie verder). Ook de indeling in specialisme is vrij buiten de verplichtingen opgelegd in punt 8.2 (pagina 36).

- Alle contacten (ambulant en met opname) met een spoedgevallendienst (zelfs als dit slechts een beperkte tijd is) worden als een apart specialisme geregistreerd.
  Als code specialisme dient men '**UR**' te gebruiken in combinatie met een nummer ('UR1', 'UR2', etc.). Dit nummer heeft betrekking op de campus waar de spoedgevallendienst waarmee de patiënt in contact is gekomen, zich bevindt. De FOD zal de ziekenhuizen een lijst bezorgen om te laten weten welk nummer betrekking heeft op welke campus. Het weze duidelijk dat bij een contact met spoed of een opname via spoed het volgnummer van het specialisme voor de spoedgevallendienst steeds '01' is.

- Er moet steeds een specialisme spoed geregistreerd worden als de inschrijving in het ziekenhuis gebeurt aan de balie van de dienst spoedgevallen. Gebeurt de inschrijving daar niet, dan is er ook geen specialisme spoedgevallen nodig.

8.4.7. Veld 7: berekende verblijfsduur in specialisme in dagen (tot einde registratiesemester)

- De verblijfsduur in het specialisme wordt berekend als:
  ontslagdatum uit specialisme **min**
  opnamedatum in het specialisme.
  Voorbeeld :
  15 januari 1999 – 2 januari 1999 = 13 dagen.

- Het gaat hier over de **berekende verblijfsduur** en niet over het aantal te factureren ligdagen.

- Als de patiënt op de dag van opname terug ontslagen wordt (zoals bij **daghospitalisatie**), moet hier nul staan. Als de patiënt opgenomen wordt voor middernacht en ontslagen na middernacht (zonder dat er een verpleegdagprijs gefactureerd kan / mag worden), dan kan hier '1' staan.

NIEUW

Eerste registratie van een langdurig verblijf

De opnamedatum in het **eerste specialisme** van het verblijf is de **begindatumvan het ziekenhuisverblijf**.

De ontslagdatum uit het **laatste specialisme van het registratiesemester** is de **einddatum van het registratiesemester** (30 juni of 31 december).

Tussentijdse registratie van een langdurig verblijf

De opnamedatum in het **eerste specialisme van het registratiesemester** is de **begindatum van het registratiesemester** (1 januari of 1 juli)

De ontslagdatum uit het **laatste specialisme van het registratiesemester** is de **einddatum van het registratiesemester** (30 juni of 31 december).

Laatste registratie van een langdurig verblijf

De opnamedatum in het **eerste specialisme van het registratiesemester** is de **begindatum van het registratiesemester** (1 januari of 1 juli)

De ontslagdatum uit het **laatste specialisme van het verblijf** is de **ontslagdatum uit het ziekenhuis**.

8.4.8. Veld 8: verblijfsduur in de functie 'intensieve zorg' in dagen

- Formaat: numerieke waarde, van 0 tot maximaal de waarde van veld 7.
- De verblijfsduur voor de functie 'intensieve zorg' is gelijk aan de verblijfsduur in het specialisme indien het ziekenhuis over een erkende functie beschikt, en is geheel of gedeeltelijk gelijk aan de verblijfsduur in het specialisme voor de niet-erkende intensieve zorg (zoals hoger opgesomd, zie punt 8.2).

8.4.9. Veld 9: verblijfsduur in de functie 'intensieve zorg' in uren

- Formaat: waarde van '00' tot '23', want 24 uur is gelijk aan 1 dag.
- Als de patiënt minder dan 24 uur op de dienst intensieve zorg verbleven heeft, dan vult men hier het aantal uren in.
- Als de patiënt meer dan 24 uur op de dienst intensieve zorgen verbleven heeft, dan vult men in veld 8 het aantal dagen in en de resterende uren in veld 9.

  Voorbeeld :
  Patiënt verblijft 23 uur op intensieve zorg: 23 / 24 = 0 rest 23
  ⇒ veld 8 = 0 (dagen), veld 9 = 23 (uur).
  Patiënt verblijft 26 uur op intensieve zorg: 26 / 24 = 1 rest 2
  ⇒ veld 8 = 1 (dag), veld 9 = 02 (uur).
  Patiënt verblijft 72 uur op intensieve zorg: 72 / 24 = 3 rest 0
  ⇒ veld 8 = 3 (dagen), veld 9 = 00 (uur).

- Ook hier vult men voor tussentijdse en laatste delen van een langdurig verblijf enkel het aantal uren in dat betrekking heeft op het huidige semester.

9. HET BESTAND 'VERBLIJF in BEDINDEX'

9.1. NAAM

- XXXK**STAYINDX**YYYYS.TXT
  Met XXX gelijk aan het CIVnummer, K de verplichte code voor M.K.G., YYYY gelijk aan het registratiejaar en S gelijk aan het semester van registratie (1 of 2).

9.2. INHOUD

- In dit bestand worden de 'te factureren ligdagen' per bedindex weergegeven.
- We spreken van te factureren ligdagen omdat niet de datum van facturatie belangrijk is maar wel de datum dat de patiënt effectief in het ziekenhuis aanwezig was.
- Men mag het begrip bedindex niet verwarren met specialisme. Bij bedindexen spreken we over erkenning van bedden en facturatie, bij specialisme over de organisatie binnen een ziekenhuis.
- Voor de registratie van de bedindexen voor klassieke hospitalisatie verandert er niets als er eerst een passage is op de dienst (specialisme) spoedgevallen.
- **Voor ambulante spoedgevallen, daghospitalisatie en de periode op de dienst spoedgevallen voor een klassiek verblijf (specialisme Urx) mag bedindex 'Z' gebruikt worden behalve als er op een andere bedindex gefactureerd werd.**

9.3. INDELING

- Telkens de patiënt van bedindex verandert, komt er een record in dit bestand bij.
- Voor elk ziekenhuisverblijf telt dit bestand minstens één record.
- Het volgnummer '01' komt altijd voor.

Tabel 9-1: recordtekening van HET BESTAND 'VERBLIJF in BEDINDEX'

POSITIES	LENGTE	RUBRIEK	
1 - 3	3	***Veld 1: CIVnummer***	***Verblijfs -sleutel***
4 - 7	4	***Veld 2: registratiejaar***	
8	1	***Veld 3: registratiesemester***	
9 – 18	10	***Veld 4: verblijfsnummer***	
19 – 20	2	***Veld 5: volgnummer bedindex***	
21 – 22	2	Veld 6: code bedindex	
23 – 27	5	Veld 7: berekende verblijfsduur in bedindex in dagen (tot einde registratiesemester)	
28 – 32	5	Veld 8: aantal volledig te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar	
33 – 37	5	Veld 9: aantal volledig te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar	
38 – 42	5	Veld 10: aantal partieel te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar	
43 – 47	5	Veld 11: aantal partieel te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar	
48 – 52	5	Veld 12: aantal niet te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar	
53 – 57	5	Veld 13: aantal niet te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar	

9.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN

9.4.1. Veld 1: ClVnummer

- Zie punt 4.1, pagina 16.

9.4.2. Veld 2: registratiejaar

- Zie punt 7.4.2, pagina 24.
- Het registratiejaar van het verblijf in bedindex is **hetzelfde** als het registratiejaar van het ziekenhuisverblijf.

9.4.3. Veld 3: registratiesemester

- Zie punt 7.4.3, pagina 24.
- Het registratiesemester van het verblijf in bedindex is **hetzelfde** als het registratiesemester van het ziekenhuisverblijf.

9.4.4. Veld 4: verblijfsnummer

- Zie punt 7.4.4, pagina 24.
- Het verblijfsnummer van het verblijf in bedindex is **hetzelfde** als het verblijfsnummer van het ziekenhuisverblijf.

9.4.5. Veld 5: volgnummer bedindex

- Formaat:
  volgnummer van '01' tot '99'.
- Indien de patiënt binnen hetzelfde ziekenhuisverblijf in verschillende bedindexen verbleven heeft, wordt met dit cijfer de chronologische volgorde aangeduid.
- Indien de patiënt maar in één bedindex verbleven heeft, wordt hier de waarde '01' ingevuld.
- 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 '01'.

9.4.6. Veld 6: code bedindex

- Het gaat hier om de index waarop er gefactureerd werd. Deze index bestaat uit 1 of 2 karakters (links uitlijnen).
- Voor de volledige lijst: zie Bijlage 5: bedindexen.

- **Daghospitalisatie**

  In tegenstelling met wat in de vroegere brochure stond, dient voor de verblijven in daghospitalisatie op de tweede positie niet meer het cijfer 3 aan de bedindex toegevoegd te worden. De reële bedindex wordt hier ingevuld.

  Is er geen bedindex erkend, dan moet de code 'Z ' gebruikt worden

9.4.7. Veld 7: berekende verblijfsduur in bedindex in dagen (tot einde registratiesemester)

- De verblijfsduur in bedindex wordt berekend als:

  ontslagdatum uit de bedindex **min**
  opnamedatum in de bedindex.
  Voorbeeld :
  15 mei 1999 – 2 mei 1999 = 13 dagen.

- Als de patiënt op de dag van opname ontslagen wordt (zoals bij **daghospitalisatie**), moet hier nul staan. Als de patiënt opgenomen wordt voor middernacht en ontslagen na middernacht (zonder dat er een verpleegdagprijs gefactureerd kan / mag worden), dan kan hier '1' staan.

- Het gaat hier over de berekende verblijfsduur en niet over het aantal te factureren ligdagen.

NIEUW

Eerste registratie van een langdurig verblijf

De opnamedatum in de **eerste bedindex** van het verblijf is de **begindatumvan het ziekenhuisverblijf**.

De ontslagdatum uit de **laatste bedindex van het registratiesemester** is de **einddatum van het registratiesemester** (30 juni of 31 december).

Tussentijdse registratie van een langdurig verblijf

De opnamedatum in de **eerste bedindex van het registratiesemester** is de **begindatum van het registratiesemester** (1 januari of 1 juli)

De ontslagdatum uit de **laatste bedindex van het registratiesemester** is de **einddatum van het registratiesemester** (30 juni of 31 december).

Laatste registratie van een langdurig verblijf

De opnamedatum in de **eerste bedindex van het registratiesemester** is de **begindatum van het registratiesemester** (1 januari of 1 juli)

De ontslagdatum uit de **laatste bedindex van het verblijf** is de **ontslagdatum uit het ziekenhuis**.

9.4.8. Veld 8: aantal volledig te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar

- 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 1999:

  Voor een verblijf van 15 maart 1999 tot 26 maart 1999 in een bepaalde bedindex kan het aantal te factureren ligdagen maximaal 12 dagen zijn.

  Voor een verblijf van 28 december 1998 tot 8 januari 1999 kan het aantal te factureren ligdagen voor het huidige registratiejaar maximaal 8 dagen zijn.

- Deze waarde moet '0' zijn voor **niet-chirurgische daghospitalisatie en ambulante spoed.**

- Voor chirurgische daghospitalisatie moet hier '1' ingevuld worden.

- Deze waarde kan ook nul zijn voor pasgeborenen (bijvoorbeeld verblijvende bij de moeder) waarvoor er niet mag gefactureerd worden.

- Als bij een **eerste** of **tussentijdse registratie van een langdurig verblij**f de patiënt nog niet uit deze bedindex ontslagen is, dient hier het aantal te factureren dagen tot aan het einde van het huidige registratiesemester ingevuld te worden.

9.4.9. Veld 9: aantal volledig te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar

- 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 1999:

  Voor een verblijf van 15 maart 1999 tot 26 maart 1999 zal het aantal te factureren ligdagen 0 dagen zijn.

  Voor een verblijf van 28 december 1998 tot 8 januari 1999 kan het aantal te factureren ligdagen voor de vorige jaren maximaal 4 dagen zijn.

- Deze waarde zal dus '0' zijn voor alle verblijven met opnamedatum binnen het jaar van registratie.

- Deze waarde moet '0' zijn voor **niet-chirurgische daghospitalisatie en ambulante spoed.**

- Voor het **eerste deel van een langdurig verblijf** zijn het dezelfde regels als voor klassieke hospitalisatie (type ziekenhuisverblijf 'H').

- **NIEUW**
  Voor een tussentijds en laatste deel van een langdurig verblijf zal de waarde in dit veld '0' zijn omdat we beginnen te tellen bij het begin van het registratiesemester.

9.4.10. Veld 10: aantal partieel te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar

- 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.

Voorbeeld:

Voor een verblijf van 15 maart 1999 tot 26 maart 1999 kan het aantal partieel factureren ligdagen maximaal 12 dagen zijn.

Voor een verblijf van 28 december 1998 tot 8 januari 1999 kan het aantal partieel te factureren ligdagen voor het huidige registratiejaar maximaal 8 dagen zijn.

9.4.11. Veld 11: aantal partieel te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar

- Het aantal partieel te factureren ligdagen voor het verblijf in bedindex voor zover ze niet in het huidige registratiejaar vallen.

Voorbeeld:

Voor een verblijf van 15 maart 1999 tot 26 maart 1999 zal het aantal partieel te factureren ligdagen 0 dagen zijn.

Voor een verblijf van 28 december 1998 tot 8 januari 1999 kan het aantal partieel te factureren ligdagen voor de vorige jaren maximaal 4 dagen zijn.

- **NIEUW**
  Voor een tussentijds en laatste deel van een langdurig verblijf zal de waarde in dit veld '0' zijn omdat we beginnen te tellen bij het begin van het registratiesemester.

9.4.12. Veld 12: aantal niet te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar

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

Voorbeeld:
Weekendverlof, baby bij de moeder of op de N*.

9.4.13. Veld 13: aantal niet te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar

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

Voorbeeld:
Weekendverlof,…

- **NIEUW**
  Voor een tussentijds en laatste deel van een langdurig verblijf zal de waarde in dit veld '0' zijn omdat we beginnen te tellen bij het begin van het registratiesemester.

ALGEMENE OPMERKING:

- Voor alle types ziekenhuisverblijf:

  ⇒ moet de som van de zes velden (veld 8 tot en met 13) gelijk zijn aan of één groter dan de verblijfsduur in de bedindex (veld 7).

Behalve voor tussentijdse en laatste delen van een langdurig verblijf moet de som van de velden 8 en 9 voor alle bedindexen van het verblijf gelijk zijn aan Veld 27: totaal aantal volledig te factureren ligdagen (tot einde registratiesemester) voor het ziekenhuisverblijf van HET BESTAND 'ZIEKENHUISVERBLIJF'.

10. HET BESTAND 'VERBLIJF in VERPLEEGEENHEID'

10.1. NAAM

- XXXK**STAYUNIT**YYYYS.TXT
  Met XXX gelijk aan het CIVnummer, K de verplichte code voor M.K.G., YYYY gelijk aan het registratiejaar en S gelijk aan het semester van registratie (1 of 2).

10.2. INHOUD

- Dankzij dit bestand wordt het mogelijk de link te leggen met de M.V.G. De codes voor de verpleegeenheden dienen dan **ook dezelfde te zijn als deze gebruikt in de M.V.G.-registratie**.

10.3. INDELING

- Dit bestand bevat juist één record voor elk verblijf in een verpleegeenheid.
- Voor elk ziekenhuisverblijf telt dit bestand minstens één record.
- Het volgnummer '01' komt altijd voor.

Tabel 10-1: recordtekening van HET BESTAND 'VERBLIJF in VERPLEEGEENHEID'

POSITIES	LENGTE	RUBRIEK	
1 - 3	3	***Veld 1: CIVnummer***	***Verblijfs -sleutel***
4 - 7	4	***Veld 2: registratiejaar***	
8	1	***Veld 3: registratiesemester***	
9 - 18	10	***Veld 4: verblijfsnummer***	
19 - 20	2	***Veld 5: volgnummer verpleegeenheid***	
21 - 23	3	Veld 6: code verpleegeenheid	
24 - 28	5	Veld 7: berekende verblijfsduur in verpleegeenheid in dagen (tot einde registratiesemester)	

10.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN

10.4.1. Veld 1: CIVnummer

- Zie punt 4.1, pagina 16.

10.4.2. Veld 2: registratiejaar

- Zie punt 7.4.2, pagina 24.
- Het registratiejaar van het verblijf in verpleegeenheid is **hetzelfde** als het registratiejaar van het ziekenhuisverblijf.

10.4.3. Veld 3: registratiesemester

- Zie punt 7.4.3, pagina 24.
- Het registratiesemester van het verblijf in verpleegeenheid is **hetzelfde** als het registratiesemester van het ziekenhuisverblijf.

10.4.4. Veld 4: verblijfsnummer

- Zie punt 7.4.4, pagina 24.
- Het verblijfsnummer van het verblijf in verpleegeenheid is **hetzelfde** als het verblijfsnummer van het ziekenhuisverblijf.

10.4.5. Veld 5: volgnummer verpleegeenheid

- Formaat:
  volgnummer van '01' tot '99'.
- 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 de waarde '01' 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 '01'.

10.4.6. Veld 6: code verpleegeenheid

- De gebruikte codes moeten dezelfde zijn als deze gebruikt in de **M.V.G.-**registratie en moeten eenduidig zijn voor alle verpleegeenheden in eenzelfde instelling (ook bij fusie). Deze nummers worden bepaald door de **M.V.G.-verantwoordelijke** van het ziekenhuis.

10.4.7. Veld 7: berekende verblijfsduur in verpleegeenheid in dagen (tot einde registratiesemester)

- De verblijfsduur wordt berekend als:

  ontslagdatum uit de verpleegeenheid **min**
  opnamedatum in de verpleegeenheid.

- Als de patiënt op de dag van opname ontslagen wordt (zoals bij **daghospitalisatie**), moet hier nul staan. Als de patiënt opgenomen wordt voor middernacht en ontslagen na middernacht (zonder dat er een verpleegdagprijs gefactureerd kan / mag worden), dan kan hier '1' staan.
- Het gaat hier over de berekende verblijfsduur en niet over het aantal te factureren ligdagen.

NIEUW

Eerste registratie van een langdurig verblijf

De opnamedatum in de **eerste verpleegeenheid** van het verblijf is de **begindatumvan het ziekenhuisverblijf**.

De ontslagdatum uit de **laatste verpleegeenheid van het registratiesemester** is de **einddatum van het registratiesemester** (30 juni of 31 december).

Tussentijdse registratie van een langdurig verblijf

De opnamedatum in de **eerste verpleegeenheid van het registratiesemester** is de **begindatum van het registratiesemester** (1 januari of 1 juli)

De ontslagdatum uit de **laatste verpleegeenheid van het registratiesemester** is de **einddatum van het registratiesemester** (30 juni of 31 december).

Laatste registratie van een langdurig verblijf

De opnamedatum in de **eerste verpleegeenheid van het registratiesemester** is de **begindatum van het registratiesemester** (1 januari of 1 juli)

De ontslagdatum uit de **laatste verpleegeenheid van het verblijf** is de **ontslagdatum uit het ziekenhuis**.

11. HET BESTAND 'DIAGNOSE'

11.1. NAAM

- XXXK**DIAGNOSE**YYYYS.TXT
  Met XXX gelijk aan het CIVnummer, K de verplichte code voor M.K.G., YYYY gelijk aan het registratiejaar en S gelijk aan het semester van registratie (1 of 2).

11.2. INHOUD

- De diagnoses worden per specialisme geregistreerd. Daarom bevat de sleutel voor de records in het bestand 'diagnose' ook het volgnummer specialisme.
- Voor verblijven in een PAAZ-dienst (die steeds apart dienen geregistreerd te worden) mogen als hoofddiagnose de letters 'AAAAAA' ingevuld worden.
- Voor ambulante spoed mogen als hoofddiagnose de letters 'UUUUUU' ingevuld worden.
- Voor een tussentijdse of een laatste registratie van een langdurig verblijf worden de diagnoses geregistreerd **vanaf het begin van het registratiesemester**.

11.3. INDELING

- Dit bestand bevat **minstens één record per verblijf in een specialisme**, namelijk het record met de **hoofddiagnose.**

Tabel 11-1: recordtekening van HET BESTAND 'DIAGNOSE'

<table>
<tr><th>POSITIES</th><th>LENGTE</th><th colspan="3">RUBRIEK</th></tr>
<tr><td>1 - 3</td><td>3</td><td>Veld 1: CIVnummer</td><td rowspan="4">Specialisme-sleutel</td><td rowspan="4">Verblijfs-sleutel</td></tr>
<tr><td>4 - 7</td><td>4</td><td>Veld 2: registratiejaar</td></tr>
<tr><td>8</td><td>1</td><td>Veld 3: registratiesemester</td></tr>
<tr><td>9 - 18</td><td>10</td><td>Veld 4: verblijfsnummer</td></tr>
<tr><td>19 - 20</td><td>2</td><td>Veld 5: volgnummer specialisme</td><td></td></tr>
<tr><td>21 - 26</td><td>6</td><td colspan="3">Veld 6: diagnose en info spoed</td></tr>
<tr><td>27</td><td>1</td><td colspan="3">Veld 7: code hoofd- / nevendiagnose en info spoed</td></tr>
<tr><td>28</td><td>1</td><td colspan="3">Veld 8: graad zekerheid</td></tr>
</table>

11.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN

11.4.1. Veld 1: CIVnummer

- Zie punt 4.1, pagina 16.

11.4.2. Veld 2: registratiejaar

- Zie punt 7.4.2, pagina 24.

11.4.3. Veld 3: registratiesemester

- Zie punt 7.4.3, pagina 24.

11.4.4. Veld 4: verblijfsnummer

- Zie punt 7.4.4, pagina 24.

11.4.5. Veld 5: volgnummer specialisme

- Zie punt 8.4.5, pagina 37.

11.4.6. Veld 6: diagnose en info spoed

- Coderingssysteem

  Het gebruikte coderingssysteem voor de diagnoses is het ICD-9-CM coderingssysteem (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification).

  Vanaf het registratiejaar 2002 (of dus voor de patiënten ontslagen in 2002, zelfs indien ze in 2001 opgenomen zijn) worden de codes gebruikt met aanvullingen tot en met de versie van oktober 2001 (boek 2002).

  Zie Bijlage 6: te gebruiken versie ICD-9-CM.

- Opmerkingen

  - Eenzelfde ICD-9-CM code mag voor een verblijf in eenzelfde specialisme **NIET** herhaald worden.

  - Alle codes moeten met **maximale precisie** (= met het maximaal aantal toegelaten karakters voor de betrokken codes) **binnen de voor de registratieperiode geldende versie** gebruikt worden.

  - Alle codes voor traumatologie en vergiftiging (de codes 800 - 999) moeten aangevuld worden met de codes voor uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging (dit is een apart deel van de classificatie waarvan de codes kunnen herkend worden omdat ze met een E beginnen) (zie omzendbrief met referentie STA/AND/2002-371 van 7 januari 2003).

  - Er bestaan ook V-codes die de sociale toestand van de patiënt kunnen aantonen (zie codeercursus).

- In dit veld kunnen bij uitzondering ook de letters 'DDDDDD' voorkomen (uitsluitend als nevendiagnose), nl. als voor een bepaalde ingreep in ICD-9-CM geen diagnose werd aangeduid (zie punt 12.4.6).

- Voor verblijven in een **PAAZ-dienst,** die steeds apart geregistreerd worden, mogen als hoofddiagnose de letters **'AAAAAA'** ingevuld worden. Indien voor gans het verblijf er geen andere hoofddiagnose dan 'AAAAAA' is dan zal de DRG 'AAA' toegekend worden.

- **NIEUW**

  Voor de ambulante spoed en voor het eerste specialisme (Urx) als een opname via spoed verloopt, mogen als hoofddiagnose de letters 'UUUUUU' ingevuld worden. In een eerste fase worden voor de spoedafdeling nog geen ICD-9-CM codes gevraagd.

  Indien echter het specialisme 'URx' het enige specialisme is en het type ziekenhuisverblijf geen 'U' (ambulante spoed) is, dan moeten er wel ICD-9-CM codes voor hoofd- en nevendiagnose voor het specialisme 'URx' geregistreerd worden. Ook de RIZIV-nomenclatuur moet dan geregistreerd worden.

  Bij de keuze van de hoofddiagnose voor het bepalen van de DRG zal nooit de hoofddiagnose van het specialisme spoedgevallen gebruikt worden als er nog een tweede specialisme is. Indien de enige hoofddiagnose 'UUUUUU' is zal DRG 'UUU' toegekend worden.

  In combinatie met de letters R, B en E van het veld 'hoofd-/ nevendiagnose en dergelijke' moet in dit veld voor de ambulante spoed en de opnames via spoed de reden van opname (R), het uur van opname (B) en het uur van ontslag (E) weergegeven worden.

  Er kunnen 4 soorten redenen (R) worden opgegeven in het geval van spoedopname en ambulante spoed, namelijk :

  'Ongeval' (code 'TTTTTT'),
  'Ziekte' (code 'BBBBBB'),
  'Zelfmoordpoging' (code 'FFFFFF') en
  'Controle' (code 'CCCCCC').

  Controle: bijvoorbeeld de controle van een gipsverband e.d. als dit niet elders in het ziekenhuis kan gebeuren (weekend, na de normale diensturen van betrokken dienst, …).

OPGELET: bij de registratie van het specialisme spoed ('UR_'), worden in deze velden ook het uur van opname (B) en van ontslag (E) weggeschreven, in het formaat HH.MMH, vb 12.30H

Voorbeeld voor een spoedopname:

Veld 6	**Veld 7**
UUUUUU	P
TTTTTT	R
12.40H	B
18.30H	E

- Als de reden van opname niet 'ongeval', 'zelfmoordpoging' of 'controle' is, dan moet als reden van opname 'ziekte' gebruikt worden.

Voorbeeld:
Komt een zwangere vrouw binnen om te bevallen en wordt ze ingeschreven aan de balie van de dienst spoedgevallen, dan moet er ook hier een specialisme spoed geregistreerd worden met als hoofddiagnose 'UUUUUU' en als reden van opname ziekte 'BBBBBB'.

- NIEUW
  Voorlopig wordt het bestand 'diagnose' ook gebruikt om informatie over ambulance en MUG mee te geven.

Veld 6	**Veld 7**
Identificatienummer MUG	I
Fichenummer MUG	F
Identificatienummer ambulance	A

- Identificatienummer MUG: (MUG-functienummer): dit is een uniek nummer dat de FOD voorziet voor elke erkende MUG-functie.

- Fichenummer MUG: dit is een nummer dat de diensten zelf toekennen aan elke registratiefiche. Dit nummer moet uniek zijn binnen de erkende MUG-functie en voor elke patiënt.

- Identificatienummer ambulance: het erkenningsnummer van de ambulancedienst dat toegekend wordt door de dienst 100 van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (de lijst met deze identificatienummers bevindt zich op de website van de FOD).

- Voor de ambulancediensten die niet door de dienst 100 van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu erkend zijn, mag het ziekenhuis een eigen lijst opstellen en deze op papier mee opsturen. We vragen het identificatienummer te laten beginnen met het erkenningsnummer van het ziekenhuis gevolgd door een Z en twee cijfers voor ambulances verbonden aan een ziekenhuis (eigen of een ander ziekenhuis) of gevolgd door P en twee cijfers voor privé ambulances. Er wordt een enkel nummer per ziekenhuis of privé dienst gevraagd.

11.4.7. Veld 7: code hoofd- / nevendiagnose en info spoed

- Zie omzendbrief van 19/01/1999 met referentie STA/AND/99-003, 'Minimale Klinische Gegevens, Definitie van de Hoofddiagnose, Januari 1999'.

- De hoofddiagnose 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 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 hoofddiagnose mogen opgegeven worden.

- In de praktijk wil dit zeggen dat als de patiënt in meerdere specialismen verbleven heeft, het steeds de hoofddiagnose van het eerste specialisme zal zijn die geldt als hoofddiagnose voor het ganse ziekenhuisverblijf (behalve bij opname via spoedgevallendienst).

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

- NIEUW
  De code hoofd-/ nevendiagnose wordt uitgebreid met reden (R), opname (B)- en ontslaguur (E), identificatienummer MUG (I), fichenummer MUG (F) en identificatienummer ambulance (A): zie veld 6.

Toegelaten waarden:

CODE	OMSCHRIJVING
P	Hoofddiagnose
S	Nevendiagnose
R	Reden
B	Uur van opname
E	Uur van ontslag
I	Identificatienummer MUG
F	Fichenummer MUG
A	Identificatienummer ambulance

11.4.8. Veld 8: graad zekerheid

- Dit geeft aan hoe zeker de opgegeven diagnose is.

Toegelaten waarden:

CODE	OMSCHRIJVING
0	Onbekend
1	Waarschijnlijk
2	Zeker
3	Diagnose is anatomo-pathologisch bevestigd
4 Nieuw	Niet van toepassing

De waarde '4' (niet van toepassing) moet gebruikt worden bij alle codes in veld 6 die geen ICD-9-CM codes zijn.

12. HET BESTAND 'PROCEDURE ICD-9-CM'

12.1. NAAM

- XXXK**PROCICD9**YYYYS.TXT
  Met XXX gelijk aan het CIVnummer, K de verplichte code voor M.K.G., YYYY gelijk aan het registratiejaar en S gelijk aan het semester van registratie (1 of 2).

12.2. INHOUD

- De procedures ICD-9-CM worden per specialisme geregistreerd. Daarom bevat de sleutel voor de records in het bestand 'procedures ICD-9-CM' ook het volgnummer specialisme.

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

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

- Voor ambulante spoed (type ziekenhuisverblijf 'U') hoeven geen procedures ICD-9-CM geregistreerd te worden.

- Bij opnames met passage op spoed moeten alle ingrepen die belangrijk zijn voor de DRG geregistreerd worden in het eerste of tweede specialisme van het verblijf. Wordt de ingreep in het eerste specialisme (spoed) geregistreerd, dan mag als code diagnose (veld 6) 'DDDDDD' geregistreerd worden. Ook in het bestand 'diagnose' moet dan de code 'DDDDDD' als nevendiagnose geregistreerd worden.

12.3. INDELING

- Per ziekenhuisverblijf kunnen er geen, één of meerdere records voorkomen.

Tabel 12-1: recordtekening van HET BESTAND 'PROCEDURE ICD-9-CM'

<table>
<tr><th>POSITIES</th><th>LENGTE</th><th colspan="3">RUBRIEK</th></tr>
<tr><td>1 – 3</td><td>3</td><td>Veld 1: CIVnummer</td><td rowspan="5">Specialis-mesleutel</td><td rowspan="4">Verblijfs-sleutel</td></tr>
<tr><td>4 – 7</td><td>4</td><td>Veld 2: registratiejaar</td></tr>
<tr><td>8</td><td>1</td><td>Veld 3: registratiesemester</td></tr>
<tr><td>9 – 18</td><td>10</td><td>Veld 4: verblijfsnummer</td></tr>
<tr><td>19 – 20</td><td>2</td><td>Veld 5: volgnummer specialisme</td><td></td></tr>
<tr><td>21 – 26</td><td>6</td><td colspan="3">Veld 6: code diagnose</td></tr>
<tr><td>27 – 30</td><td>4</td><td colspan="3">Veld 7: code procedure ICD-9-CM</td></tr>
<tr><td>31 – 35</td><td>5</td><td colspan="3">Veld 8: tijdsverloop tussen de opname in het ziekenhuis en het uitvoeren van de procedure ICD-9-CM</td></tr>
<tr><td>36</td><td>1</td><td colspan="3">Veld 9: code uitbesteed</td></tr>
<tr><td>37</td><td>1</td><td colspan="3">Veld 10: graad dringendheid</td></tr>
<tr><td>38</td><td>1</td><td colspan="3">Veld 11: code anesthesie</td></tr>
</table>

12.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN

12.4.1. Veld 1: CIVnummer

- Zie punt 4.1, pagina 16.

12.4.2. Veld 2: registratiejaar

- Zie punt 7.4.2, pagina 24.

12.4.3. Veld 3: registratiesemester

- Zie punt 7.4.3, pagina 24.

12.4.4. Veld 4: verblijfsnummer

- Zie punt 7.4.4, pagina 24.

12.4.5. Veld 5: volgnummer specialisme

- Zie punt 8.4.5, pagina 37.
- Dit veld dienst steeds ingevuld te worden, ook als in veld 6 een dummy diagnose vermeld wordt.

12.4.6. Veld 6: code diagnose

- Hier dient de diagnose vermeld te worden die aanleiding gegeven heeft tot het uitvoeren van de vermelde procedure.
- Deze diagnose moet in hetzelfde specialisme terug te vinden zijn in veld 6 van het bestand 'DIAGNOSE'.
- Technische oplossing als er geen diagnose aangeduid werd : als er geen ICD-9-CM code aangeduid werd, dient men in dit veld de letters 'DDDDDD' te plaatsen. Deze code moet dan ook terug te vinden zijn in het bestand 'DIAGNOSE' voor het overeenkomstig specialisme.
- Enkel ICD-9-CM codes of de waarde 'DDDDDD' mogen hier voorkomen.

12.4.7. Veld 7: code procedure ICD-9-CM

- Alle 'operating room' en 'non-operating room' procedures die in het boek 'ICD-9-CM Color Coded 1998' met respectievelijk een grijze en blauwe kleur aangeduid worden, dienen gecodeerd te worden.
- Verder worden de bijkomende codes die eveneens belangrijk zijn voor de indeling in homogene patiënten groepen in Bijlage 7 vermeld. Dit is geen restrictieve lijst maar een minimum lijst.

12.4.8. Veld 8: tijdsverloop tussen de opname in het ziekenhuis en het uitvoeren van de procedure ICD-9-CM

- Het tijdsverloop tussen het uitvoeren van de procedure en de opname in het ziekenhuis moet volgens de volgende formule berekend worden:

  uitvoeringsdatum procedure - opnamedatum in het ziekenhuis.
  Voorbeeld : 15 februari – 10 februari = 5 dagen.

  Deze regel geldt voor alle types ziekenhuisverblijf. **OOK voor tussentijdse en laatste registratie van een langdurig verblijf** wordt het tijdsverloop vanaf de opname in het ziekenhuis berekend.

- Daar elke procedure voor **eenzelfde dag in principe slechts éénmaal** mag gecodeerd worden, maakt de combinatie code en tijdsverloop dit record uniek binnen het ziekenhuisverblijf.

- Indien in uitzonderlijke gevallen een bepaalde ingreep (zelfde ICD-9-CM code) toch tweemaal op dezelfde dag uitgevoerd wordt (bijvoorbeeld bilaterale ingrepen) dan kan men voor de tweede procedure als diagnose 'DDDDDD' gebruiken zodat de combinatie diagnose, procedurecode en tijdsverloop uniek blijft. De waarde 'DDDDDD' moet dan ook voor dat specialisme in het bestand diagnose voorkomen.

12.4.9. Veld 9: code uitbesteed

- Hiermee wordt aangeduid of de vermelde procedure in het eigen ziekenhuis uitgevoerd werd of in een andere instelling en of deze procedure uitgevoerd werd voor een patiënt al dan niet verblijvend in het eigen ziekenhuis.

Toegelaten waarden:

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

12.4.10. Veld 10: graad dringendheid

- Hier wordt aangeduid of het al dan niet gaat over een dringende ingreep. Arbitrair werd 6 uur vooropgesteld. Het is duidelijk dat geplande ingrepen steeds als 'uitgesteld' dienen gecodeerd te worden.

Toegelaten waarden:

CODE	OMSCHRIJVING
0	Graad dringendheid onbekend
1	Dringend (procedure uitgevoerd minder dan 6 uur na het stellen van de diagnose die aanleiding gaf tot de procedure)
2	Uitgesteld (procedure uitgevoerd 6 uur of langer na het stellen van de diagnose die aanleiding gaf tot de procedure)

12.4.11. Veld 11: code anesthesie

- Duidt aan welk type anesthesie er bij het uitvoeren van de procedure gebruikt werd.

Toegelaten waarden:

WAARDE	OMSCHRIJVING
0	Methode onbekend
1	Geen anesthesie
2	Locale anesthesie
3	Loco-regionale anesthesie
4	Algemene anesthesie
5	Rachi-anesthesie
6	Peridurale anesthesie
7	Sedatie
8	Algemene + peridurale
9	Algemene + loco-regionale
H	Hypnose
A	Andere

13. HET BESTAND 'PROCEDURE RIZIV'

13.1. NAAM

- XXXK**PROCRIZI**YYYYS.TXT
  Met XXX gelijk aan het CIVnummer, K de verplichte code voor M.K.G., YYYY gelijk aan het registratiejaar en S gelijk aan het semester van registratie (1 of 2).

13.2. INHOUD

- Een lijst met de RIZIV-codes die hier verwacht worden, vindt U in Bijlage 8.

- Voor de daghospitalisatie dienen hier ook de nomenclatuurnummers vermeld te worden die bij facturatie aangeven dat het over forfaitaire verpleegdagen gaat (zie Bijlage 8).

- De nieuwe financiering sinds 1 juli 2002 voert het begrip 'chirurgische daghospitalisatie' in. Het gaat hier om de daghospitalisaties waarvoor een prestatie uit lijst A (bijlage 3, punt 6, K.B. van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen) aangerekend werd. Voor deze verblijven is er sinds 1 juli 2002 een verpleegdagprijs verschuldigd.
  Deze verblijven moeten apart geregistreerd worden onder type ziekenhuisverblijf 'C' (zie ook punt 1.4.6, pagina 6). De regels voor daghospitalisatie blijft gelden met uitzondering van:
  - er wordt 1 dag genoteerd in de zone 'te factureren ligdagen' van het bestand 'Verblijf in bedindex';
  - in de zone 'code procedure RIZIV' van het bestand 'procedure RIZIV' moet een RIZIV-code uit 'lijst A' (bijlage 3, punt 6, K.B. van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen) vermeld worden die verklaart waarom het verblijf een chirurgische daghospitalisatie is;
  - de forfaits die voor de andere daghospitalisaties opgegeven moesten worden, mogen niet meer meegegeven worden voor chirurgische daghospitalisatie;
  - voor chirurgische daghospitalisatie moeten wel de pseudocodes voor de facturatie vermeld worden, met name de codes 768036 en 768051 OF 768040 en 768062 voor patiënten die **in regel zijn met de verzekerbaarheid** OF de codes 768471 of 768482 voorpatiënten die **niet in orde zijn met de verzekerbaarheid**.

- Voor ambulante spoed (type ziekenhuisverblijf 'U') hoeven geen procedures RIZIV geregistreerd te worden.

- Voor de opnames via spoed of daghospitalisatie verandert er niets ten opzichte van de vorige brochure.

13.3. INDELING

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

Tabel 13-1: recordtekening van HET BESTAND 'PROCEDURE RIZIV'

POSITIES	LENGTE	RUBRIEK	
1 - 3	3	***Veld 1: CIVnummer***	***Verblijfs -sleutel***
4 - 7	4	***Veld 2: registratiejaar***	
8	1	***Veld 3: registratiesemester***	
9 - 18	10	***Veld 4: verblijfsnummer***	
19 – 20	2	***Veld 5: volgnummer bedindex***	
21 – 26	6	***Veld 6: code procedure RIZIV***	
27 – 28	2	***Veld 7: volgnummer zelfde procedure RIZIV***	
29 – 33	5	Veld 8: tijdsverloop tussen de opname in het ziekenhuis en het uitvoeren van de procedure RIZIV	

13.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN

13.4.1. Veld 1: CIVnummer

- Zie punt 4.1, pagina 16.

13.4.2. Veld 2: registratiejaar

- Zie punt 7.4.2, pagina 24.

13.4.3. Veld 3: registratiesemester

- Zie punt 7.4.3, pagina 24.

13.4.4. Veld 4: verblijfsnummer

- Zie punt 7.4.4, pagina 24.

13.4.5. Veld 5: volgnummer bedindex

- Formaat: volgnummer van '01' tot '99'.
- Zie punt 9.4.5, pagina 41.
- Hier dient het volgnummer van de bedindex waarbinnen deze procedure gefactureerd werd, aangeduid te worden. Dit volgnummer verwijst naar veld 5 (zie punt 9.4.5, pagina 41) van het bestand 'VERBLIJF in BEDINDEX'.

13.4.6. Veld 6: code procedure RIZIV

- Zie Bijlage 8: procedures in RIZIV.
- Enkel de procedures die aan 100 % gefactureerd werden, moeten vermeld worden.

13.4.7. Veld 7: volgnummer zelfde procedure RIZIV

- Formaat: volgnummer van '01' tot '99'.
- Daar eenzelfde procedure verschillende malen tijdens een verblijf in bedindex (en op dezelfde dag) kan gefactureerd worden, dient hier een volgnummer gebruikt te worden om het record uniek te maken (omzendbrief met referentie STA/AND/2002-143B).
- Als een nomenclatuurnummer slechts éénmaal voorkomt tijdens het hele verblijf in bedindex, staat in dit veld het volgnummer '01'.

13.4.8. Veld 8: tijdsverloop tussen de opname in het ziekenhuis en het uitvoeren van de procedure RIZIV

- Het tijdsverloop tussen het uitvoeren van de procedure en de opname in het ziekenhuis moet volgens de volgende formule berekend worden:

  uitvoeringsdatum procedure - opnamedatum in het ziekenhuis.

  Voorbeeld : 15 februari 1999 – 10 februari 1999 = 5 dagen.

  Deze regel geldt voor alle types ziekenhuisverblijf. **OOK voor tussentijdse en laatste registratie van een langdurig verblijf** wordt het tijdsverloop vanaf de opname in het ziekenhuis berekend.

14. HET BESTAND 'GEBOORTEGEGEVENS PASGEBORENE'

14.1. NAAM

- XXXK**PATBIRTH**YYYYS.TXT
  Met XXX gelijk aan het CIVnummer, K de verplichte code voor M.K.G., YYYY gelijk aan het registratiejaar en S gelijk aan het semester van registratie (1 of 2).

14.2. INHOUD

- Zie ook de brochure "Minimale Klinische Gegevens – Codeerhandleiding voor de registratie van pasgeborenen – Januari 2001".

- Een pasgeborene wordt gedefinieerd als een patiënt die bij opname niet ouder is dan 28 dagen (zie punt 1.4.5, pagina 5).

- De link naar het verblijf van de bevalling van de moeder en het verblijf van geboorte van de baby wordt in dit bestand weergegeven.

14.3. INDELING

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

- Dit wil dus ook zeggen dat als de baby in het vorige semester geboren is en in een volgend semester heropgenomen wordt vóór hij ouder is dan 28 dagen, de geboortegegevens opnieuw meegestuurd dienen te worden. Ook voor baby's die elders geboren werden, dienen de geboortegegevens gecodeerd te worden.

- Veld 1, 2 en 3 vormen de patiëntensleutel van het kind (vet en cursief in kolom 1).
- Veld 1, 7 en 8 vormen de patiëntensleutel van de moeder (gearceerd in kolom 2).
- Veld 1, 18, 19 en 20 vormen de verblijfssleutel van het verblijf van geboorte van het kind of van zijn eerste verblijf hier in dit ziekenhuis voor kinderen die elders geboren werden (niet ouder dan 28 dagen) (gearceerd in kolom 3).
- Veld 1, 4, 5 en 6 vormen de verblijfssleutel van de bevalling of een verblijf van de moeder juist vóór of na de bevalling (gearceerd in kolom 4).

Tabel 14-1: recordtekening van HET BESTAND 'GEBOORTEGEGEVENS PASGEBORENE'

POSITIES	LENGTE	RUBRIEK 1	2	3	4
1 - 3	3	***Veld 1: CIVnummer***			
4 - 7	4	***Veld 2: registratiejaar van de pasgeborene (patiëntensleutel)***			
8 - 20	13	***Veld 3: anoniem patiëntennummer ziekenhuis (patiëntensleutel)***			
21 - 24	4	Veld 4: registratiejaar van het verblijf van de moeder			
25	1	Veld 5: registratiesemester van het verblijf van de moeder			
26 - 35	10	Veld 6: verblijfsnummer van de moeder			
36 - 39	4	Veld 7: registratiejaar van de moeder (patiëntensleutel)			

40 - 52	13	Veld 8: anoniem patiëntennummer ziekenhuis moeder (patiëntensleutel)			
53	1	Veld 9: geboorteplaats			
54 - 59	6	Veld 10: ICD-9-CM code van geboorte			
60	1	Veld 11: code volgorde geboorte			
61 - 62	2	Veld 12: uur van geboorte			
63 - 66	4	Veld 13: geboortegewicht			
67 - 68	2	Veld 14: apgarscore na 1 minuut			
69 - 70	2	Veld 15: apgarscore na 5 minuten			
71 - 72	2	Veld 16: weken zwangerschap			
73 - 75	3	Veld 17: verblijfsduur moeder voor bevalling			
76 - 79	4	Veld 18 : registratiejaar van het verblijf van de geboorte of eerste verblijf in het ziekenhuis voor kinderen elders geboren			
80	1	Veld 19: registratiesemester van het verblijf van de geboorte of eerste verblijf in het ziekenhuis voor kinderen elders geboren			
81 - 90	10	Veld 20: verblijfsnummer van het verblijf van de geboorte of eerste verblijf in het ziekenhuis voor kinderen elders geboren			

14.4. OMSCHRIJVING EN TOEGELATEN WAARDEN

14.4.1. Veld 1: CIVnummer

- Zie punt 4.1, pagina 16.

14.4.2. Veld 2: registratiejaar van de pasgeborene (patiëntensleutel)

- Formaat YYYY.
- Zie punt 4.2.2, pagina 17.
- Voor patiënten die in het ziekenhuis geboren zijn, is het registratiejaar van de patiëntensleutel van de pasgeborene gelijk aan het registratiejaar van de geboorte. Dit kan het jaar na de geboortedatum zijn als de baby in het volgende jaar ontslagen wordt.

14.4.3. Veld 3: anoniem patiëntennummer ziekenhuis (patiëntensleutel)

- Zie punt 4.2.1, pagina 16.
- Er dient voor elke pasgeborene een eigen anoniem patiëntennummer toegekend te worden.

14.4.4. Veld 4: registratiejaar van het verblijf van de moeder

- Formaat YYYY.
- Veld 1, 4, 5 en 6 vormen de **verblijfssleutel** (zie punt 4.3.2, pagina 18) van de bevalling of een verblijf van de **moeder** juist vóór of na de bevalling.

- Het jaar van registratie of ontslag van de moeder is niet noodzakelijk gelijk aan het jaar van registratie of ontslag van de pasgeborene. Zo kan het gebeuren dat de gegevens van het ziekenhuisverblijf van de bevalling van de moeder reeds met een vorige registratieperiode meegestuurd zijn of pas in de volgende registratieperiode geregistreerd worden.

- Als de bevalling buiten het ziekenhuis of in een ander ziekenhuis gebeurde en de moeder nooit in het ziekenhuis werd opgenomen, dienen de velden 4 tot en met 8 BLANCO gelaten te worden.

- Als de bevalling buiten het ziekenhuis of in een ander ziekenhuis gebeurde en de moeder werd wel kort vóór of na de bevalling in het ziekenhuis opgenomen, dan dient naar dit verblijf van de moeder verwezen te worden.

14.4.5. Veld 5: registratiesemester van het verblijf van de moeder

- Zie vorige paragraaf.

14.4.6. Veld 6: verblijfsnummer van de moeder

- Zie vorige paragrafen.

14.4.7. Veld 7: registratiejaar van de moeder (patiëntensleutel)

- Formaat YYYY.

- Veld 1, 7 en 8 vormen de **patiëntensleutel** (zie punt 4.2.2, pagina 17) van de moeder.

- Het registratiejaar van de moeder dient BLANCO gelaten te worden als de moeder nooit in het ziekenhuis werd opgenomen.

14.4.8. Veld 8: anoniem patiëntennummer ziekenhuis moeder (patiëntensleutel)

- Zie vorige paragraaf.

- Het anoniem patiëntennummer van de moeder dient BLANCO gelaten te worden als de moeder nooit in het ziekenhuis werd opgenomen.

14.4.9. Veld 9: geboorteplaats

- Hierin wordt aangeduid of de baby al dan niet in **dit** ziekenhuis is geboren.

Toegelaten waarden:

CODE	OMSCHRIJVING
1	Geboren in **dit** ziekenhuis.
2	Geboren in een **ander** ziekenhuis.
3	**Niet** in een ziekenhuis geboren.

14.4.10. Veld 10: ICD-9-CM code van geboorte

- Zie ook de brochure "Minimale Klinische Gegevens – Codeerhandleiding voor de registratie van pasgeborenen – Januari 2001", punt 14.4.10, pagina 17.

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

- Voor een levend geboren baby is dit een code uit de V30 - V39 reeks. Het is dezelfde code die ook dient vermeld te worden als hoofddiagnose voor het verblijf van de geboorte (veld 6 in het bestand 'DIAGNOSE').

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

- Het vierde cijfer geeft aan of de baby al dan niet in een ziekenhuis is geboren.

CODE	Betekenis van het vierde cijfer
0	Geboren in een ziekenhuis.
1	Geboren juist voor opname in een ziekenhuis.
2	Geboren buiten een ziekenhuis en niet opgenomen

- Het vijfde cijfer duidt aan of er al dan niet een keizersnede diende uitgevoerd te worden.

CODE	Betekenis van het vijfde cijfer
0	Geen vermelding van keizersnede
1	Geboren via keizersnede

14.4.11. Veld 11: code volgorde geboorte

- Dit veld geeft de volgorde aan van de geboorte.

Toegelaten waarden:

CODE	OMSCHRIJVING
0	geboorte van een éénling
1	eerste geborene van een meerling
2	tweede geborene van een meerling
3	derde geborene van een meerling
4	vierde geborene van een meerling
5	vijfde geborene van een meerling
6	zesde geborene van een meerling
7	zevende geborene van een meerling
8	Vanaf de achtste geborene van een meerling
9	niet gespecificeerd

14.4.12. Veld 12: uur van geboorte

- Formaat HH
  van '00' tot en met '23' (24 NIET).

- Het uur van geboorte wordt weergegeven in 2 cijfers. Er wordt dus geen rekening gehouden met de minuten. Er dient afgerond te worden tot op het uur (van 1 tot 30 minuten naar vorig uur, vanaf 31 minuten naar volgend uur).

14.4.13. Veld 13: geboortegewicht

- Formaat GGGG, geen decimalen. Bijvoorbeeld: 2500.

- Het geboortegewicht wordt weergegeven in **GRAM** in 4 cijfers.

14.4.14. Veld 14: apgarscore na 1 minuut

- Formaat NN
  van '00' tot '10' en BLANCO als de apgarscore niet bekend is.

- De apgarscore is een score die de algemene toestand van de pasgeborene weergeeft en wordt vastgesteld op gestandaardiseerde tijdstippen kort na de geboorte.

14.4.15. Veld 15: apgarscore na 5 minuten

- Zie vorige paragraaf.

14.4.16. Veld 16: weken zwangerschap

- Formaat WW
  meestal tussen '22' tot '42'.

- Deze zone geeft aan na hoeveel weken zwangerschap de geboorte plaatsvond.

14.4.17. Veld 17: verblijfsduur moeder voor bevalling

- Formaat: numerieke waarde.

- De verblijfsduur in dagen van de moeder vóór de bevalling wordt berekend als:

  datum van de bevalling **min**
  opnamedatum van de moeder in ziekenhuis.

  Voorbeeld:

  De moeder werd opgenomen op 25 mei 1998 en de baby wordt geboren op 26 mei. De in te vullen waarde is 26 mei - 25 mei = 001.

14.4.18. Veld 18 : registratiejaar van het verblijf van de geboorte of eerste verblijf in het ziekenhuis voor kinderen elders geboren

- De velden 1, 18, 19 en 20 verwijzen naar de velden 1, 2, 3 en 4 van het bestand 'ZIEKENHUISVERBLIJF' van de baby.

14.4.19. Veld 19: registratiesemester van het verblijf van de geboorte of eerste verblijf in het ziekenhuis voor kinderen elders geboren

- Zie vorige paragraaf.

14.4.20. Veld 20: verblijfsnummer van het verblijf van de geboorte of eerste verblijf in het ziekenhuis voor kinderen elders geboren

- Zie vorige paragraaf.

15. TABELLEN

Beschrijving van de kolommen.

- Kolom 1 = positie van het veld (pos).

- Kolom 2 = lengte van het veld, aantal posities (n).

- Kolom 3 = Type (T) (zie pagina 14):
  A: alfanumerieke waarde. Missing: BLANCOFILLING.
  N: numerische waarde. Missing: ZEROFILLING (nullen) behalve uitzondering.

- Kolom 4 (voor alle types samen)
  of kolom 4 tot en met kolom 9
  = inhoud van de velden voor de verschillende types ziekenhuisverblijf:

CODE	OMSCHRIJVING		Zie definitie
P	Volledig psychiatrisch verblijf		Punt 1.4.4, pagina 5
H	Klassieke hospitalisatie (Verpleegdagprijsverblijf)		Punt 1.4.1, pagina 4
F	Langdurige verblijven	Eerste registratie	Punt 1.4.3, pagina 4
M		Tussentijdse registratie	
L		Laatste registratie	
C	Chirurgische daghospitalisatie		Punt 1.4.6, pagina 6
D	Daghospitalisatie		Punt 1.4.2, pagina 4
U	Contact met spoedgevallendienst zonder hospitalisatie, enkel ambulante spoed		Punt 1.4.7, pagina 6

V: verplicht een waarde in te vullen.
‘ ‘: enkel de waarde tussen ‘ ‘ is toegelaten, bijvoorbeeld ‘0’.
Blanco: dit veld dient verplicht blanco gelaten te worden bij bepaalde types ziekenhuisverblijf.
M: dit veld dient niet verplicht ingevuld te worden, missing (=blanco) is mogelijk.

Tabel 15-1: recordtekening van HET BESTAND 'ZIEKENHUIS'

Dit bestand bevat slechts één record.

POSITIES	LENGTE	T	A (1)	RUBRIEK
1-3	3	A	V	***Veld 1: CIVnummer***
4-7	4	A	V	***Veld 2: registratiejaar***
8	1	A	V	***Veld 3: registratiesemester***
9-11	3	A	V	Veld 4: erkenningsnummer
12-19	8	A	V	Veld 5: datum aanmaak van de ASCII-bestanden

(1) A = alle types

Tabel 15-2: recordtekening van HET BESTAND 'PATIËNT in ZIEKENHUIS'

Dit bestand bevat een record voor elke patiënt waarvoor tijdens het semester geregistreerd werd. Een record kan naar meerdere verblijven in het ziekenhuis verwijzen.

POSITIES	LENGTE	T	A (1)	RUBRIEK
1-3	3	A	V	***Veld 1: CIVnummer***
4-7	4	A	V	***Veld 2: registratiejaar (patiëntensleutel)***
8-20	13	A	V	***Veld 3: anoniem patiëntennummer ziekenhuis (patiëntensleutel)***
21-24	4	A	V	Veld 4: geboortejaar

(1) A = alle types

Tabel 15-3: recordtekening van HET BESTAND 'ZIEKENHUISVERBLIJF'

Dit bestand bevat juist één record voor elk verblijf in ziekenhuis.

POS	n	T	H	D	F	M	L	C	U	P					RUBRIEK
										H	D	F	M	L	
1 - 3	3	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 1: CIVnummer***
4 - 7	4	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 2: registratiejaar***
8	1	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 3: registratiesemester***
9 - 18	10	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 4: verblijfsnummer***
19	1	A	'H'	'D'	'F'	'M'	'L'	'C'	'U'	'P'	'P'	'P'	'P'	'P'	Veld 5: type ziekenhuisverblijf
20 - 23	4	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Veld 6: jaar van opname
24 - 25	2	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Veld 7: maand van opname
26	1	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Veld 8: dag in de week van opname
27	1	A	V	V	V	'M'	'L'	V	V	V	V	V	'M'	'L'	Veld 9: code heropname
28 – 30	3	**N**	M	M	M	Bl	Bl	M	M	M	M	M	Bl	Bl	Veld 10: heropname in aantal dagen sinds vorig ontslag
31 – 32	2	A	V	V	Bl	Bl	V	V	V	V	V	Bl	Bl	V	Veld 11: maand van ontslag
33	1	A	V	V	Bl	Bl	V	V	V	V	V	Bl	Bl	V	Veld 12: dag in de week van ontslag
34 – 38	5	**N**	V	'0' of '1'	V	V	V	0' of '1'	'0' of '1'	V	'0' of '1'	V	V	V	Veld 13: totale verblijfsduur (tot einde registratiesemester) in het ziekenhuis in dagen
39	1	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Veld 14: geslacht
40	1	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Veld 15: indicator leeftijd
41 – 44	4	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Veld 16: postcode België
45 – 49	5	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Veld 17: NIS-code België
50 – 52	3	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Veld 18: landcode
53	1	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Veld 19: indicator nationaliteit
54	1	A	V	V	V	'M'	'L'	V	V	V	V	V	'M'	'L'	Veld 20: plaats vóór opname
55	1	A	V	V	V	'M'	'L'	V	V	V	V	V	'M'	'L'	Veld 21: type opname
56	1	A	V	V	V	'M'	'L'	V	V	V	V	V	'M'	'L'	Veld 22: verwezen door
57	1	A	V	V	'F'	'M'	V	V	V	V	V	'F'	'M'	V	Veld 23: bestemming
58	1	A	V	V	'F'	'M'	V	V	V	V	V	'F'	'M'	V	Veld 24: type ontslag
59 – 62	4	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Veld 25: registratiejaar (patiëntensleutel)
63 – 75	13	A	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	Veld 26: anoniem patiëntennummer ziekenhuis
76 – 80	5	**N**	V	'0'	V	V	V	'1'	'0'	V	'0'	V	V	V	Veld 27: totaal aantal volledig te factureren ligdagen (tot einde registratiesemester) voor het ziekenhuisverblijf

Opmerking:

Bl = Blanco

Tabel 15-4: recordtekening van HET BESTAND 'VERBLIJF in SPECIALISME'

Dit bestand bevat minstens één record per verblijf in ziekenhuis.

POS.	n	T	H	D	F	M	L	C	U	RUBRIEK	
1 - 3	3	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 1: CIVnummer***	***Verblijfs-sleutel***
4 - 7	4	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 2: registratiejaar***	
8	1	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 3: registratiesemester***	
9 – 18	10	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 4: verblijfsnummer***	
19 – 20	2	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 5: volgnummer specialisme***	
21 – 23	3	A	V	V	V	V	V	V	'Urx'	Veld 6: code specialisme	
24 – 28	5	**N**	V	'0' of '1'	V	V	V	'0' of '1'	'0' of '1'	Veld 7: berekende verblijfsduur in specialisme in dagen (tot einde registratiesemester)	
29 – 33	5	**N**	V	'0'	V	V	V	'0'	V	Veld 8: verblijfsduur in de functie 'intensieve zorg' in dagen	
34 – 35	2	A	V	V	V	V	V	V	V	Veld 9: verblijfsduur in de functie 'intensieve zorg' in uren	

Voor type P gelden dezelfde regels na opsplitsing in D, H, F, M en L.

Tabel 15-5: recordtekening van HET BESTAND 'VERBLIJF in BEDINDEX'

Dit bestand bevat minstens één record per verblijf in ziekenhuis.

POS.	n	T	H	D	F	M	L	C	U	RUBRIEK	
1 - 3	3	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 1: CIVnummer***	***Verblijfs-sleutel***
4 - 7	4	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 2: registratiejaar***	
8	1	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 3: registratiesemester***	
9 – 18	10	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 4: verblijfsnummer***	
19 – 20	2	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 5: volgnummer bedindex***	
21 – 22	2	A	V	V	V	V	V	V	V	Veld 6: code bedindex	
23 – 27	5	**N**	V	'0' of '1'	V	V	V	'0' of '1'	'0' of '1'	Veld 7: berekende verblijfsduur in bedindex in dagen (tot einde registratiesemester)	
28 – 32	5	**N**	V	'0'	V	V	V	'1'	'0'	Veld 8: aantal volledig te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar	
33 – 37	5	**N**	V	'0'	V	V	V	'0'	'0'	Veld 9: aantal volledig te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar	
38 – 42	5	**N**	V	'0'	V	V	V	'0'	'0'	Veld 10: aantal partieel te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar	
43 – 47	5	**N**	V	'0'	V	V	V	'0'	'0'	Veld 11: aantal partieel te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar	
48 – 52	5	**N**	V	'0'	V	V	V	'0'	'0'	Veld 12: aantal niet te factureren ligdagen in het huidige registratiejaar	
53 – 57	5	**N**	V	'0'	V	V	V	'0'	'0'	Veld 13: aantal niet te factureren ligdagen in het vorige registratiejaar	

Voor type P gelden dezelfde regels na opsplitsing in D, H, F, M en L.

Tabel 15-6: recordtekening van HET BESTAND 'VERBLIJF in VERPLEEGEENHEID'

Dit bestand bevat minstens één record per verblijf in ziekenhuis.

POS.	n	T	H	D	F	M	L	C	U	RUBRIEK	
1 – 3	3	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 1: CIVnummer***	***Verblijfs-sleutel***
4 – 7	4	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 2: registratiejaar***	
8	1	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 3: registratiesemester***	
9 – 18	10	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 4: verblijfsnummer***	
19 – 20	2	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 5: volgnummer verpleegeenheid***	
21 – 23	3	A	V	V	V	V	V	V	V	Veld 6: code verpleegeenheid	
24 – 28	5	**N**	V	'0' of '1'	V	V	V	'0' of '1'	'0' of '1'	Veld 7: berekende verblijfsduur in verpleegeenheid in dagen (tot einde registratiesemester)	

Voor type P gelden dezelfde regels na opsplitsing in D, H, F, M en L.

Tabel 15-7: recordtekening van HET BESTAND 'DIAGNOSE'

Dit bestand bevat minstens één record per verblijf in specialisme.

POS.	n	T	H	D	F	M	L	C	U	RUBRIEK		
1 – 3	3	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 1: CIVnummer***	***Spe-cialis-me-sleutel***	***Ver-blijfs-sleutel***
4 – 7	4	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 2: registratiejaar***		
8	1	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 3: registratiesemester***		
9 – 18	10	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 4: verblijfsnummer***		
19 – 20	2	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 5: volgnummer specialisme***		
21 – 26	6	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 6: diagnose en info spoed***		
27	1	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 7: code hoofd- / nevendiagnose en info spoed*** (1)		
28	1	A	V	V	V	V	V	V	V	Veld 8: graad zekerheid		

(1) Voor elk verblijf in specialisme moet er één en slechts één hoofddiagnose ('P') gecodeerd worden.

Voor type P gelden dezelfde regels na opsplitsing in D, H, F, M en L.

Tabel 15-8: recordtekening van HET BESTAND 'PROCEDURE ICD-9-CM'

Dit bestand bevat geen, één of meerdere records per verblijf in specialisme.

POS	n	T	H	D	F	M	L	C	U	RUBRIEK		
1 - 3	3	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 1: CIVnummer***	***Specialisme-sleutel***	***Verblijfs-sleutel***
4 - 7	4	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 2: registratiejaar***		
8	1	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 3: registratiesemester***		
9 – 18	10	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 4: verblijfsnummer***		
19 – 20	2	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 5: volgnummer specialisme (3)***		
21 – 26	6	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 6: code diagnose(2)***		
27 – 30	4	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 7: code procedure ICD-9-CM (1)***		
31 – 35	5	N	V	'0' of '1'	V	V	V	'0' of '1'	'0' of '1'	***Veld 8: tijdsverloop tussen de opname in het ziekenhuis en het uitvoeren van de procedure ICD-9-CM***		
36	1	A	V	V	V	V	V	V	V	Veld 9: code uitbesteed		
37	1	A	V	V	V	V	V	V	V	Veld 10: graad dringendheid		
38	1	A	V	V	V	V	V	V	V	Veld 11: code anesthesie		

(1) Voor de 'volledig psychiatrische verblijven' en ambulante spoed hoeven de procedures niet gecodeerd te worden.
(2) Voor code diagnose mag 'DDDDDD' ingevuld worden als er geen diagnose aangeduid werd die aanleiding geeft tot het uitvoeren van de vermelde procedure.
(3) Het volgnummer specialisme moet steeds ingevuld worden, ook bij diagnose 'DDDDDD'.

Voor type P gelden dezelfde regels na opsplitsing in D, H, F, M en L.

Tabel 15-9: recordtekening van HET BESTAND 'PROCEDURE RIZIV'

Dit bestand bevat geen, één of meerdere records per verblijf in ziekenhuis.

POS	n	T	H	D	F	M	L	C	U (1)	RUBRIEK	
1 - 3	3	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 1: CIVnummer***	***Verblijfs-sleutel***
4 - 7	4	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 2: registratiejaar***	
8	1	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 3: registratiesemester***	
9 – 18	10	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 4: verblijfsnummer***	
19 – 20	2	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 5: volgnummer bedindex***	
21 – 26	6	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 6: code procedure RIZIV***	
27 – 28	2	A	V	V	V	V	V	V	V	***Veld 7: volgnummer zelfde procedure RIZIV***	
29 - 33	5	**N**	V	'0' of '1'	V	V	V	'0' of '1'	'0' of '1'	Veld 8: tijdsverloop tussen de opname in het ziekenhuis en het uitvoeren van de procedure RIZIV	

(1) Voor de 'volledig psychiatrische verblijven' en ambulante spoed hoeven de procedures niet gecodeerd te worden.

Voor type P gelden dezelfde regels na opsplitsing in D, H, F, M en L.

Tabel 15-10: recordtekening van HET BESTAND 'GEBOORTEGEGEVENS PASGEBORENE'

Dit bestand vinden we enkel terug bij verblijven van kinderen van 28 dagen of jonger bij opname.

- Veld 1, 2 en 3 vormen de patiëntensleutel van het kind (vet en cursief in kolom 1).
- Veld 1, 7 en 8 vormen de patiëntensleutel van de moeder (gearceerd in kolom 2).
- Veld 1, 18, 19 en 20 vormen de verblijfssleutel van het verblijf van geboorte van het kind of van zijn eerste verblijf hier in dit ziekenhuis (gearceerd in kolom 3).
- Veld 1, 4, 5 en 6 vormen de verblijfssleutel van de bevalling of een verblijf van de moeder juist vóór of na de bevalling(gearceerd in kolom 4).

POS	n	T	Alle registratietypes	RUBRIEK 1	2	3	4
1 - 3	3	A	V	***Veld 1: CIVnummer***			
4 - 7	4	A	V	**Veld 2: registratiejaar van de pasgeborene (patiëntensleutel)**			
8 – 20	13	A	V	***Veld 3: anoniem patiëntennummer ziekenhuis*** (patiëntensleutel)			
21 – 24	4	A	M	Veld 4: registratiejaar van het verblijf van de moeder			
25	1	A	M	Veld 5: registratiesemester van het verblijf van de moeder			
26 – 35	10	A	M	Veld 6: verblijfsnummer van de moeder			
36 – 39	4	A	M	Veld 7: registratiejaar van de moeder (patiëntensleutel)			
40 – 52	13	A	M	Veld 8: anoniem patiëntennummer ziekenhuis moeder (patiëntensleutel)			
53	1	A	V	Veld 9: geboorteplaats			
54 – 59	6	A	V	Veld 10: ICD-9-CM code van geboorte			
60	1	A	V	Veld 11: code volgorde geboorte			
61 – 62	2	A	V	Veld 12: uur van geboorte			
63 – 66	4	N	V	Veld 13: geboortegewicht			
67 – 68	2	A	V	Veld 14: apgarscore na 1 minuut			
69 – 70	2	A	V	Veld 15: apgarscore na 5 minuten			
71 – 72	2	A	V	Veld 16: weken zwangerschap			
73 – 75	3	N	M	Veld 17: verblijfsduur moeder voor bevalling			
76 - 79	4	A	V	Veld 18 : registratiejaar van het verblijf van de geboorte of eerste verblijf in het ziekenhuis voor kinderen elders geboren			
80	1	A	V	Veld 19: registratiesemester van het verblijf van de geboorte of eerste verblijf in het ziekenhuis voor kinderen elders geboren			
81 – 90	10	A	V	Veld 20: verblijfsnummer van het verblijf van de geboorte of eerste verblijf in het ziekenhuis voor kinderen elders geboren			

Bijlage 1: Koninklijke Besluiten

In deze bijlage vindt U de volgende Koninklijk Besluiten :

- Koninklijk Besluit van 6 december 1994 (Belgisch Staatsblad van 30 december 1994) houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, gewijzigd door het Koninklijk Besluit van 8 oktober 1996 (Belgisch Staatsblad van 3 december 1996), het Koninklijk Besluit van 4 december 1998 (Belgisch Staatsblad van 29 april 1999), het Koninklijk Besluit van 3 mei 1999 (Belgisch Staatsblad van 27 oktober 1999), het Koninklijk Besluit van 2 december 1999 (Belgisch Staatsblad van 17 december 1999) en het Koninklijk Besluit van 1 oktober 2002 (Belgisch Staatsblad van 10 december 2002).
- Koninklijk Besluit van 16 december 1994 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (bescherming van de persoonlijke levenssfeer).

6 DECEMBER 1994 - Koninklijk besluit houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Albert II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en wezen zullen, Onze Groet,

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 86;

Gelet op het advies nr. 13/94 van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, uitgebracht op 9 mei 1994;

Gelet op het advies van de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Maatschappelijke Integratie, Volksgezondheid en Leefmilieu,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Dit besluit is van toepassing op de algemene niet-psychiatrische ziekenhuizen, met uitzondering van de verblijven op een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling (kenletter A), op een dienst neuro-psychiatrie voor behandeling (kenletter T) en op een dienst neuro-psychiatrie voor kinderen (kenletter K).
Met ingang van een door Ons te bepalen datum, is dit besluit niet van toepassing op de diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) voor patiënten met psychogeriatrische aandoeningen in de algemene ziekenhuizen.

Art.2. De registratie van minimale klinische gegevens en van minimale verpleegkundige gegevens heeft tot doel het te voeren gezondheidsbeleid te ondersteunen, onder meer voor wat betreft:

1° de vaststelling van de behoeften aan ziekenhuisvoorzieningen;

2° de omschrijving van de kwalitatieve en kwantitatieve erkenningsnormen van de ziekenhuizen en hun diensten;

3° de organisatie van de financiering van de ziekenhuizen;

4° het bepalen van het beleid inzake de uitoefening van de geneeskunst;

5° het uitstippelen van een epidemiologisch beleid.

Art. 3. De minimale klinische gegevens worden geregistreerd, bij ieder ontslag, voor alle verblijven :

6 DECEMBRE 1994 - Arrêté royal déterminant les règles suivant lesquelles certaines données doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Albert II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 86 ;

Vu l'avis n° 13/94 de la Commission de la protection de la vie privée, émis le 9 mai 1994;

Vu l'avis du Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de Notre Ministre de l'Intégration sociale, de la Santé publique et de l'Environnement,

Nous avons arrêté et arrêtons:

Article 1er. Le présent arrêté est applicable aux hôpitaux généraux non psychiatriques à l'exeption des séjours dans un service neuropsychiatrique d'observation et de traitement (index A), dans un service neuropsychiatrique de traitement (index T) et dans un service de neuropsychiatrie infantile (index K).
A partir d'une date à fixer pas Nous, le présent attêté ne s'applique pas au service des traitements et de réadaptation (index Sp) pour les patients souffrant d'affections psychogériatriques dans les hôpitaux généraux.

Art.2. L'enregistrement du résumé clinique minimum et du résumé infirmier minimum a pour but de soutenir la politique de santé à mener, et ce en ce qui concerne entre autres :

1° la détermination des besoins en équipements hospitaliers;

2° la définition des normes qualitatives et quantitatives d'agrément des hôpitaux et de leurs services;

3° l'organisation du financement des hôpitaux;

4° la détermination de la politique en matière d'exercice de la médecine;

5° l'élaboration d'une politique épidémiologique.

Art. 3. Le résumé clinique minimum est enregistré, par sortie, pour tous les séjours:

1° waarvoor een verpleegdagprijs wordt vastgesteld overeenkomstig Titel III, Hoofdstuk V, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

2° waarbij de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen wordt op dezelfde dag als die waarop hij is opgenomen, met name in diensten waar verstrekkingen worden verricht als bedoeld in artikel 4, §§ 4, 5 en 5bis, van de nationale overeenkomst van 1 januari 1993 tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen, of, in voorkomend geval, als bedoeld in de afzonderlijke overeenkomsten, gesloten met de verpleeginrichtingen.

3° van pasgeborenen waarvoor geen afzonderlijke verpleegdagprijs wordt vastgesteld overeenkomstig Titel III, Hoofdstuk V, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

Deze gegevens dienen, overeenkomstig de bepalingen van dit besluit, te worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Art. 3bis. De minimale verpleegkundiger gegevens worden geregsitreerd:

a) voor iedere patiënt die beantwoordt aan de voorwaarden bedoeld in artikel 3 van dit besluit;

b) voor iedere patiënt die niet beantwoordt aan de in artikel 3 van dit besluit bedoelde voorwaarden, doch waaraan met of zonder overnachting, zorgen worden toegediendop elke architectonisch begrensde eenheid van hospitalisatie, waar een duidelijk herkenbare equipe functioneert voor een groep patiënten die homogeen zijn, inzonderheid wat betreft hun medisch- of zorgprofiel.

Art. 4. De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft is de houder van het bestand van de in de artikelen 3 en 3bis bedoelde gegevens.

De Directeur-generaal van het Bestuur der Verzorgingsinstellingen van het Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu is de bewerker van de in de artikelen 3 en 3bis bedoelde gegevens.

Art. 5. § 1. De mede te delen minimale klinische gegevens omvatten:

1° Algemene gegevens betreffende de instelling en de dienst(en):

a) het registratienummer van de instelling toegekend door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft ;

b) het erkenningsnummer toegekend door de overheid die bevoegd is voor de erkenning van ziekenhuisdiensten;

c) de code van het gegevensbestand toegekend door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

2° Gegevens met betrekking tot de patiënt:

a) het registratienummer, dat uniek dient te zijn en geen enkel persoonlijk gegeven, zoals de geboortedatum, mag bevatten;

b) het geboortejaar;

c) het geslacht;

d) voor de Belgen, de gemeente van hun hoofdverblijf, en voor de vreemdelingen, hun land van herkomst;

e) de heropname na ontslag uit hetzelfde ziekenhuis.

Voor patiënten die bij opname jonger zijn dan 1 jaar wordt de leeftijd aangeduid als zijnde minder of meer dan 29 dagen.

1° pour lesquels un prix de journée d'hospitalisation est fixé conformément aux dispositions du Titre III, Chapitre V, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987;

2° pour lesquels le patient quitte l'hôpital le jour de son admission, à savoir dans des services où sont effectuées des prestations visées aux articles 4, §§ 4, 5 et 5bis, de la convention nationale du 1er janvier 1993 conclue entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, ou, le cas échéant, visées par les conventions séparées conclues avec les établissements hospitaliers.

3° des nouveau-nés pour lesquels il n'y a pas de prix de journée distinct, fixé en vertu du Titre III, Chapitre V, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987

Ces données doivent être communiquées, conformément aux dispositions du présent arrêté, au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Art. 3bis. Le résumé infirmier minimum doit être enregistré:

a) pour chaque patient qui répond aux conditions visées à l'article 3 du présent arrêté;

b) pour chaque patient, qui ne répond pas aux conditions visées à l'article 3 du présentr arrêté, et qu'il y passe la nuit ou non, mais auquel des soins sont administrés dans une unité d'hospitalisation déterminée sur le plan architectural dans laquelle une équipe clairement identifiable fonctionne pour un groupe de patients homogènes, notamment en ce qui concerne leur profil médical ou de soins.

Art. 4. Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est le maître du fichier des données visées aux articles 3 et 3bis.

Le Directeur général de l'administration des établissements de soins est le gestionnaire du traitement des données visées aux articles 3 et 3bis.

Art. 5. § 1er. Le résumé clinique minimum à communiquer comporte :

1° Données générales relatives à l'établissement et au(x) service(s):

a) le numéro d'enregistrement de l'établissement attribué par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ;

b) le numéro d'agrément attribué par l'autorité compétente en matière d'agrément des services hospitaliers;

c) le code du fichier de données attribué par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

2° Données relatives au patient :

a) le numéro d'enregistrement, qui doit être unique et ne peut comporter aucune donnée personnelle, telle que la date de naissance;

b) l'année de la naissance;

c) le sexe ;

d) pour les Belges, la commune de leur résidence principale, et pour les étrangers, leur pays d'origine;

e) la réadmission après sortie du même hôpital.

Pour les patients âgés de moins d'un an à l'admission, l'âge est indiqué comme étant de moins ou de plus de 29 jours.

3° Gegevens betreffende het verblijf van de patiënt:

a) het verblijfsnummer dat per verblijf in het ziekenhuis uniek dient te zijn;

b) het aantal verpleegdagen per ziekenhuisverblijf, ingedeeld per kenletter van erkenning van de ziekenhuisdiensten waar de patiënt in chronologische volgorde heeft verbleven, overeenkomstig de bepalingen van bijlage 1;

c) de datum van opname, uitgedrukt in jaar, maand en dag in de week;

d) de datum van ontslag, uitgedrukt in jaar, maand en dag in de week;

e) de verblijfsduur in intensieve zorgen, uitgedrukt in dagen;

f) de aard van opname;

g) de verwijzende instantie;

h) de aard van ontslag;

i) de bestemming van de patiënt na ontslag;

j) de verblijfsduur.

4° Diagnoses gecodeerd volgens I.C.D.-9-CM-code met 5 cijfers.

5° Ingrepen gecodeerd volgens de R.I.Z.I.V.-nomenclatuur en volgens de I.C.D.-9-CM-code met 4 cijfers.

6° Uitbestede onderzoeken: aard en aantal van onderzoeken die elders dan in het betrokken ziekenhuis zijn verricht.

7° Risicodragende technieken gecodeerd volgens de R.I.Z.I.V.-nomenclatuur met 6 cijfers zoals nader omschreven door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

§ 2. De gegevens bedoeld in artikel 3 en in § 1, 3°, c), d), e), f), g), h), i) en j) van dit artikel, moeten worden medegedeeld naargelang de beslissing van de beheerder van het ziekenhuis, na advies van de medische raad, hetzij per specialisme of subspecialisme, hetzij voor het ganse ziekenhuisverblijf.

De in het vorige lid bedoelde beslissing geldt voor ten minste één registratieperiode.

Art. 6. Voor de registratie van de minimale klinische gegevens van de patiënten die onafgebroken langer dan 6 maanden in het ziekenhuis verblijven gelden de volgende bijzondere bepalingen :

1° de patiënt wordt fictief administratief ontslagen op het einde van de statistische periode en terug opgenomen op de eerste dag van het volgende semester;

2° de gegevens van patiënten die fictief administratief ontslagen werden moeten reeds meegestuurd worden met de registraties van de desbetreffende registratieperiode.

Art. 7. § 1. Er is vcoor de minimale klinische gegevens een registratieperiode per semester van een dienstjaar.

Voor de eerste registratieperiode geldt evenwel een periode van drie maanden.

§ 2. De gegevens van alle verblijven waarvan het ontslag uit het ziekenhuis valt binnen het tweede semester 1994 of binnen een latere registratieperiode dienen binnen de 6 maanden volgend op deze registratieperiode per magnetische drager te worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

3° Données relatives au séjour du patient :

a) le numéro de séjour qui doit être unique pour chaque séjour à l'hôpital;

b) le nombre de journées d'hospitalisation réparti par index d'agrément des services hospitaliers où le patient a séjourné en ordre chronologique, conformément aux dispositions de l'annexe 1;

c) la date d'admission, exprimée en année, mois et jour de la semaine;

d) la date de sortie exprimée en année, mois et jour de la semaine;

e) la durée de séjour en soins intensifs, exprimée en jours ;

f) le type d'admission;

g) l'instance qui a adressé le patient ;

h) le type de sortie;

i) la destination du patient après sortie;

j) la durée de séjour.

4° Diagnostics encodés au moyen du code I.C.D.-9-CM en 5 chiffres.

5° Interventions encodées au moyen de la nomenclature I.N.A.M.I. et du code I.C.D.- 9- CM en 4 chiffres.

6° Prestations faites à l'extérieur: type et nombre d'examens effectués en dehors de l'hôpital concerné.

7° Techniques spéciales encodées au moyen du code de la nomenclature I.N.A.M.I. en 6 chiffres telles que définies par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

§ 2. Les données visées à l'article 3 et au § 1er, 3°, c), d), e), f), g), h), i) et j) de cet article, devront été communiquées, selon la décision du gestionnaire de l'hôpital, après avis du conseil médical, soit par spécialité ou sous-spécialité, soit pour le séjour de l'hôpital.

La décision visée à l'alinéa précédent vaut pour au moins une période d'enregistrement.

Art. 6. Pour l'enregistrement du résumé clinique minimum relatif aux patients séjournant plus de 6 mois à l'hôpital sans interruption, les dispositions particulières suivantes sont d'application:

1° le patient fait l'objet d'une sortie administrative fictive à la fin de la période statistique et d'une nouvelle admission le premier jour du semestre suivant;

2° les données relatives aux patients faisant l'objet d'une sortie administrative fictive doivent déjà être envoyées avec les enregistrements de la période d'enregistrement concernée.

Art. 7. § 1er. Une période d'enregistrement du résumé clinique minimum est prévue par semestre d'un exercice.

En ce qui concerne toutefois la première période d'enregistrement, une période de trois mois est prévue.

§ 2. Les données relatives à tous les séjours pour lesquels la sortie de l'hôpital se situe dans le deuxième semestre 1994 ou dans une période d'enregistrement ultérieure, doivent être communiquées sur support magnétique au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, dans les 6 mois qui suivent cette période d'enregistrement.

De gegevens van alle verblijven waarvan het ontslag uit het ziekenhuis valt binnen een registratieperiode voor het tweede semester 1994 dienen binnen de 3 maanden na de publicatie van dit besluit per magnetische drager te worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Art. 7bis. § 1. De magnetische dragers met de minimale klinische gegevens zoals bedoeld in artikel 7, dienen, vanaf de eerste registratieperiode van 1997, overgemaakt te worden via een begeleidende brief, waarop de hoofdgeneesheer, na controle en validering, te bewijze van de waarachtigheid van de minimale klinische gegevens zoals bedoeld in artikel 7, getekend heeft.

Vanaf de door ons bepaalde datum dienen de magnetische dragers, na controle en validering en ten bewijze van de waarachtigheid van de minimale klinische gegevens de electronische handtekening van de hoofdgeneesheet te dragen, volgens de modaliteiten bepaald door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

In het ziekenhuis moeten de stukken waaruit de controle en validering van de minimale klinische gegevens blijkt, ten alle tijde ter inzage ter beschikking zijn.

§ 2. De magnetische dragers met de minimale verpleegkundige gegevens, bedoeld in artikel 7ter, dienen, vanaf de eerste registratie van 1999, overgemaakt te worden via een begeleidende brief, waarop het hoofd van het verpleegkundig departement, na controle en validering, ten bewijze van de waarachtigheid van de gegevens, ondertekend heeft.

Van de door ons te bepalen datum dienen de magnetische dragers, na controle en validering en ten bewijze van de waarachtigheid van de minimale verpleegkundige gegevens de electronische handtekening van het hoofd van het verpleegkundig departement te dragen, volgens de modaliteiten bepaald door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

In het ziekenhuis moeten de stukken waaruit de controle en de validering van de minimale verpleegkundige gegevens blijken, te allen tijde ter beschikking zijn.

Art. 7ter. De mede te delen minimale verpleegkundige gegevens omvatten:

1° De gegevens betreffende de instelling en de diensten:

a) de algemene gegevens betreffende de instelling en de diensten bedoeld in artikel 5, § 1, 1°, van dit besluit;

b) het aantal verplegend en verzorgend personeel van de instelling, zowel per verpleegeenheid zoals bedoeld in 5°, als buiten de verpleegeenheden, met telkens de vermelding van hun theoretisch aantal werkuren gedurende het jaar, hun diploma's, bijzondere beroepstitel en bekwamingen,,evanals hun financieringswijze, zoals inzonderheid de verpleegdagprijs, het interdepartementaal begrotingsfonds en het derde arbeidscircuit;

2° De gegevens met berekking tot de patiënt, bedoeld in artikel 5, § 1, 2°, b) en c), van dit besluit.

3° De gegevens betreffende het verblijf van de patiënt:

a) het verblijfsnummer, bedoeld in artikle 5, § 1, 3°, a), van dit besluit;

b) het nummer van de hospitalisatiedienst aangeduid in het kader van de erkenning;

c) het nummer van de verpleegeenheid aangeduid door de beheerder;

d) de datum waarop de observatie van de verpleegkundige activiteit

Les données relatives à tous les séjours pour lesquels la sortie de l'hôpital se situe dans une période d'enregistrement antérieure au deuxième semestre 1994, doivent être communiquées sur support magnétique, dans les 3 mois qui suivent la publication du présent arrêté, au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Art. 7bis. § 1. A partir de la première période d'enregistrement 1997, les supports magnétiques contenant le résumé clinique minimum tel que visé à l'article 7, doivent être transmis au moyen d'une lettre d'accompagnement, que le médecin en chef, après contrôle et validation, signera comme preuve de l'authenticité du résumé clinique minimum tel que visé à l'article 7.

A partir de la date fixée par Nous, les supports magnétiques doivent, après contrôle et validation, être assortis de la signature électronique du médecin en chef comme preuve de l'authenticité du résumé clinique minimum, et ce selon les modalités définies par le Ministre qui a la Santé dans ses attributions.

A l'hôpital, les documents attestant que le résumé clinique minimum ont été contrôlées et validées, doivent pouvoir être consultés à tout moment.

§ 2. Les supports magnétiques contenant le résumé infirmier minimum, tel que visé à l'article 7ter, doivent, à partir du premier enregistrement 1999, être transmis avec une lettre d'accompagnement que le chef du département infirmier a signée, après contrôle et validation,afin de certifier la fiabilité des données.

A partir de la date à fixer par nous, les supports magnétiques doivent, après contrôle et validation et aux fins de prouver la fiabilité du résumé infirmier clinique minimum, porter la signature électronique du chef infirmier, suivant les modalityés fixées par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

A l'hôpital, les documents attestant le contrôle et la validation du résumé infirmier minimum doivent être disponibles en permanence.

Art. 7ter. Le résumé infirmier minimum à communiques contient :

1° Les données relatives à l'établissement et aux services :

a) les données générales relatives à l'établissement et aux services visés à l'article 5, § 1er, 1°, du présent arrêté :

b) le nombre de membres du personnel infirmier et soignant de l'établissement, tant par unité de soins telle que visé au 5°, qu'en dehors des unités de soins, avec mention du nombre théorique d'heures de prestations de l'année, de leurs diplômes, de leurs titresprofessionnels particuliers et de leurs qualifications professionnelles particulières ainsi que de leur mode de financement, tel que notamment le prix de journée, le fonds budgétaire interdépartemental et le troisième circuit de travail ;

2° Les données relatives au patient, visées à l'article 5, § 1er, 2°, b) et c), du présent arrêté.

3° les données relatives au séjour du patient :

a) le numéro de jéjour visé à l'article 5, § 1er, 3°, a), du présent arrêté ;

b) le numéro du service d'hospitalisation attrinué dans le cadre de l'agrément ;

c) le numéro de l'unité de soins attribué par le gestionnaire ;

d) la date d'observation des activités infirmières ;

werd verricht;

e) het uur van opname en ontslag uit de verpleegeenheid;

4° De verpleegkundig toegediende zorgen:

- zorg in verband met hygiëne;
- zorg in verband met mobiloteit;
- zorg in verband met urinaire en / of faecale uitscheiding;
- zorg in verband met voeding en hydratatie;
- sondevoeding;
- bijzondere mondzorg;
- decubituspreventie door middel van wisselligging;
- hulp bij dagkleding;
- zorgen aan patiënt met tracheacanule of endotracheale tube;
- verpleegkundig anamneseverslag;
- zelfstandigheidstraining;
- opvang van emotionele crisis;
- zorg aan de gedesoriënteerde patiënt;
- afzonderingsmaatregelen ter preventie van contaminatie;
- registratie van vitale parameters;
- registratie van fysieke parameters;
- toezicht tractie, gipsverband of externe fixator;
- afnemen bloedstalen;
- toediening van medicatie (intramusculair, subcutaan, intradermaal);
- toediening van medicatie (intraveneus);
- toezicht op permanent intraveneus infuus;
- zorg aan chirurgische wonde;
- zorg aan traumatische wonde.

5° Gegevens per verpleegeenheid: per dag dat de hierboven vermelde gegevens dienen bijgehouden te worden, het aantal personeelsleden welke zich onder leiding bevinden van de hoofdverpleegkundige; ongeacht of deze door de verpleegdagprijs worden gefinancierd en ongeacht hun discipline, met opgave van hun diploma en per personeelslid het aantal gepresteerde uren.

Art. 7quarter. § 1. De minimale verpleegkundige gegevens worden dagelijks verzameld gedurende de eerste vijftien dagen van de maanden maart, juni, september en december, hierna de "steekproefperioden" genoemd.

De mededeling van de gegevens dient te gebeuren vooraleer de steekproef^periode aanvangt die volgt op deze gedurende dewelke de mede te delen gegevens werden verzameld.

§ 2. In ieder ziekenhuis wordt één persoon door de beheerder belast met de centralisatie van de in artikel 7ter bedoelde gegevens. Deze persoon treedt ook op als contactpersoon ten aanzien van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en zijn identiteit wordt medegedeeld aan de Minister die bevoegd is voor de Volksgezondheid.

Art. 8. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 oktober 1990 met uitzondering van artikel 3, 2° dat in werking treedt op 1 januari 1995.

Art. 9. Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Maatschappelijke Integratie, Volksgezondheid en Leefmilieu zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 6 december 1994.

ALBERT

Van Koningswege :
De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN

De Minister van Maatschappelijke Integratie, Volksgezondheid en Leefmilieu,
J. SANTKIN

e) l'heure d'admission et de la sortie de l'unité de soins ;

4° les soins infirmiers administrés :

- soins d'hygiène ;
- soins relatifs à la mobilité ;
- soins relatifs à lélimination urinaire et fécale ;
- soins relatifs à l'alimentation et à l'hydratation ;
- alimentation par sonde ;
- soins spécifiques de la bouche ;
- prévention d'escarres par changement de position ;
- aide pour habillement civil ;
- soins ua patient à la canule trachéale ou au tube endotrachéal ;
- rédaction de l'anamnèse infirmière ;
- éducation à l'autonomie ;
- prise en charge d'une crise émotionnelle ;
- soins au patient désorienté ;
- mesures d'isolement pour la prévention de la contamination ;
- enregistrement des paramètres vitaux ;
- enregistrement des paramètres physiques ;
- surveillance de traction, plâtre, fixateur externe ;
- prélèvements de sang ;
- administration de médication (intramusculaire, sous-cutanée, intradermique) ;
- administration de médication (intraveineuse)
- surveillance de perfusiuon permanente ;
- soins à une plaie chirurgicale ;
- soins à une plaie traumatique.

5° Données par unité de soins : par jour pour lequel les données mentionnées ci-dessus doivnet être enregistrées, le nombre de membres du personnel qui se trouvent sous la direction de l'infirmier en chef, indépendamment du fait que ceux-ci soient financés par le prix de journée et indépendamment de leur discipline, avec mention de leur diplôme et du nombre d'heures prestées par membre du personnel.

Art. 7quarter. § 1. Le résumé infirmier minimum sera rassemblé quotidiennement au cours de le première quinzaine des mois de mars, juin, septembre et décembre, ci-après dénommées « périodes d'enregistrement discontinu ».

Les données seront communiqu ées avant le début de la période-test qui suit celle pendant laquelle les données à communiques ont été collectées.

§ 2. Dans chaque hôpital, le gestionnaire charge une personne de la centralisation des données visées à l'article 7ter. Cette personne intervient également comme personne de contact pour le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, et son identité est communiquée au Ministre compétent pour la Santé publique.

Art. 8. Le présent arrêté produit ses effets le 1er octobre 1990 à l'exception de l'article 3, 2° qui entre en vigueur le 1er janvier 1995.

Art. 9. Notre Ministre des Affaires sociales et Notre Ministre de l'Intégration sociale, de la Santé publique et de l'Environnement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 6 décembre 1994.

ALBERT

Par le Roi :
Le Ministre des Affaires sociales,
Mme. M. DE GALAN

Le Ministre de l'Intégration sociale, de la Santé publique et de l'Environnement,
J. SANTKIN

16 DECEMBER 1994 - Koninklijk besluit houdende wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

Albert II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en wezen zullen, Onze Groet,

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 68;

Gelet op de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, inzonderheid op de artikelen 16, § 3, en 44;

Gelet op het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 15 april 1965, 16 september 1966, 12 januari 1970, 15 februari 1974, 24 april 1974, 13 juni 1974, 29 maart 1977, 1 december 1977, 19 oktober 1978, 18 juli 1980, 12 april 1984, 25 juni 1985, 2 augustus 1985, 7 juli 1986, 14 augustus 1987, 15 augustus 1987, 7 november 1988, 4 maart 1991, 17 oktober 1991, 12 oktober 1993 en 21 februari 1994;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Programmatie en Erkenning, uitgebracht op 14 januari 1993;

Gelet op de adviezen nrs. 02/94 en 05/94 van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, uitgebracht op 14 februari 1994;

Gelet op het advies van de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Vice-Eerste Minister en Minister van Justitie en Economische Zaken, Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Maatschappelijke Integratie, Volksgezondheid en Leefmilieu en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij:

Artikel 1. In punt III "Organisatorische normen" van de rubriek "A. Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn" van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, zoals gewijzigd door de koninklijke besluiten van 12 januari 1970, 24 maart 1974, 14 augustus 1987, 7 november 1988, 4 maart 1991 en 17 oktober 1991, wordt een 9° quater ingevoegd, luidend als volgt :

"9° quater. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer bij de verwerking van persoonsgegevens van patiënten, in het bijzonder medische gegevens.

a) Elk ziekenhuis dient, voor wat betreft de verwerking van persoonsgegevens die betrekking hebben op patiënten, in het bijzonder medische gegevens, te beschikken over een reglement voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

a) De bepalingen van dat reglement betreffende de persoonlijke rechten dienen aan de patiënten te worden medegedeeld samen met de kennisgeving van de gegevens bedoeld in artikel 4 van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

b) Het reglement vermeldt, voor elke verwerking, minstens het volgende :

- de doeleinden van de verwerking;

16 DECEMBRE 1994 - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Albert II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 68;

Vu la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, notamment les articles 16, § 3, et 44;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 15 avril 1965, 16 septembre 1966, 12 janvier 1970, 15 février 1974, 24 avril 1974, 13 juin 1974, 29 mars 1977, 1er décembre 1977, 19 octobre 1978, 18 juillet 1980, 12 avril 1984, 25 juin 1985, 2 août 1985, 7 juillet 1986, 14 août 1987, 15 août 1987, 7 novembre 1988, 4 mars 1991, 17 octobre 1991, 12 octobre 1993 et 21 février 1994;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section Programmation et Agrément émis le 14 février 1993;

Vu les avis n°s 02/94 et 05/94 de la Commission de la protection de la vie privée émis le 14 février 1994;

Vu l'avis du Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Vice-Premier Ministre et Ministre de la Justice et des Affaires économiques, de Notre Ministre des Affaires sociales et de Notre Ministre de l'Intégration sociale, de la Santé publique et de l'Environnement et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons:

Article 1er. Au point III "Normes d'organisation" de la rubrique "A. Normes générales applicables à tous les établissements", de l'annexe à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 12 janvier 1970, 24 mars 1974, 14 août 1987, 7 novembre 1988, 4 mars 1991 et 17 octobre 1991, il est inséré un 9° quater rédigé comme suit :

"9° quater. Protection de la vie privée lors du traitement des données à caractère personnel relatives aux patients, en particulier les données médicales.

a) Chaque hôpital doit, en ce qui concerne le traitement des données à caractère personnel relatives aux patients, en particulier des données médicales, disposer d'un règlement relatif à la protection de la vie privée.

b) Les dispositions de ce règlement relatives aux droits des personnes sont communiquées aux patients, qui reçoivent en même temps notification des données visées à l'article 4 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

c) Le règlement comporte, pour chaque traitement, au moins les indications suivantes :

- les finalités du traitement;

- in voorkomend geval, de wet, het decreet of de ordonnantie of de reglementaire akte waarbij de geautomatiseerde verwerking wordt ingesteld;

- de identiteit en het adres van de houder van het bestand en van de persoon die namens de houder kan optreden;

- de naam van de in f) bedoelde geneesheer;

- de naam van de in g) bedoelde veiligheidsconsulent;

- de identiteit en het adres van de bewerker(s);

- de rechten en plichten van de bewerker(s);

- de categorieën van personen die toegang hebben tot of gemachtigd zijn tot het verkrijgen van de persoonsgegevens van medische aard van de verwerking;

- de categorieën van personen wier gegevens verwerkt worden;

- de aard van de verwerkte gegevens en de manier waarop ze worden verkregen;

- de organisatie van het circuit van de te verwerken medische gegevens;

- de procedure volgens welke, indien noodzakelijk, gegevens geanonimiseerd worden;

- de beveiligingsprocedures ten einde toevallige of ongeoorloofde vernietiging van gegevens, toevallig verlies of ongeoorloofde toegang, wijziging of verspreiding van gegevens tegen te gaan;

- de termijn waarna, in voorkomend geval, de gegevens niet meer mogen bewaard, gebruikt of verspreid worden;

- de onderlinge verbanden, de onderlinge verbindingen of elke andere vorm van vergelijking van gegevens die worden verwerkt;

- de onderlinge verbindingen en raadplegingen;

- de gevallen waarin gegevens worden verwijderd;

- de wijze waarop de patiënten hun rechten bedoeld in de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens kunnen uitoefenen.

d) Het reglement vermeldt het door de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer toegekende identificatienummer van de verwerking waarop het betrekking heeft en dient, binnen dertig dagen na de inwerkingtreding van dit artikel, te worden overgemaakt aan de Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen. Alle wijzigingen aan bedoeld reglement aangebracht dienen, binnen de dertig dagen na de bekrachtiging door de bevoegde instanties van de inrichtende macht, worden overgemaakt aan de Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen.

e) De Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen, houdt de in a) bedoelde reglementen ter beschikking van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en deelt om de zes maanden aan de Commissie de geactualiseerde lijst mede van de ontvangen reglementen en wijzigingen van reglementen.

- le cas échéant, la loi, le décret, l'ordonnance ou l'acte réglementaire décidant la création du traitement automatisé;

- l'identité et l'adresse du maître du fichier et de la personne qui peut agir en son nom;

- le nom du médecin visé au f);

- le nom du conseiller en sécurité visé au g);

- l'identité et l'adresse du (des) gestionnaire(s) de traitements;

- les droits et obligations du (des) gestionnaire(s) de traitements;

- les catégories de personnes ayant accès ou étant autorisées à obtenir les données médicales à caractère personnel du traitement;

- les catégories de personnes dont les données font l'objet d'un traitement;

- la nature des données traitées et la manière dont elles sont obtenues;

- l'organisation du circuit des données médicales à traiter;

- la procédure suivant laquelle, si nécessaire, les données sont rendues anonymes;

- les procédures de sauvegarde afin d'empêcher la destruction accidentelle ou illicite de données, la perte accidentelle de données ou l'accès illicite à celles-ci, leur modification ou diffusion illicite;

- le délai au-delà duquel les données ne peuvent plus, le cas échéant, être gardées, utilisées ou diffusées;

- les rapprochements, interconnexions ou tout autre forme de mise en relation de données faisant l'objet du traitement;

- les interconnexions et les consultations;

- les cas où des données sont effacé;

- la manière dont les patients peuvent exercer leurs droits visés dans la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

k) Le règlement visé au §1er mentionne le numéro d'identification du traitement auquel le règlement se rapporte, attribué par la Commission de la protection de la vie privée et est transmis à la Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux dans les trente jours de l'entrée en vigueur du présent article. Toutes les modifications apportées au règlement précité doivent être transmises, dans les trente jours de leur ratification par les instances compétentes du pouvoir organisateur, à la Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux.

l) La Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux, tient les règlements visés au a) à la disposition de la Commission de la protection de la vie privée et lui communique tous les six mois la liste actualisée des règlements reçus et des modifications de règlements qu'il a reçus.

f) De houder van het bestand wijst de geneesheer aan die de verantwoordelijkheid en het toezicht uitoefent bedoeld in artikel 7, eerste lid van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

g) De houder van het bestand wijst een veiligheidsconsulent aan belast met de veiligheid van de informatie. De veiligheidsconsulent staat de verantwoordelijke voor het dagelijks beheer met raad bij inzake alle aspecten van de veiligheid van de informatie. De opdracht van de veiligheidsconsulent kan door Ons nader worden omschreven.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de zevende maand volgend op zijn bekendmaking.

Art. 3. Onze Vice-Eerste Minister en Minister van Justitie en Economische Zaken, Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Maatschappelijke Integratie, Volksgezondheid en Leefmilieu zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 16 december 1994.

ALBERT

Van Koningswege :

De Vice-Eerste Minister en Minister van Justitie en Economische Zaken,

M. WATHELET

De Minister van Sociale Zaken,

Mevr. M. DE GALAN

De Minister van Maatschappelijke Integratie, Volksgezondheid en Leefmilieu,

J. SANTKIN

m) Le maître du fichier désigne le médecin qui exerce la responsabilité et la surveillance visées à l'article 7, alinéa 1er, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

n) Le maître du fichier désigne un conseiller en sécurité chargé de la sécurité de l'information. Le Conseiller en sécurité conseille le responsable de la gestion journalière au sujet de tous les aspects de la sécurité de l'information. La mission du conseiller en sécurité peut être préciser par Nous.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du septième mois qui suit sa publication.

Art. 3. Notre Vice-Premier Ministre et Ministre de la Justice et des Affaires économiques, Notre Ministre des Affaires sociales et Notre Ministre de l'Intégration sociale, de la Santé publique et de l'Environnement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 16 décembre 1994.

ALBERT

Par le Roi :

Le Vice-Premier Ministre et Ministre de la Justice et des Affaires économiques,

M. WATHELET

Le Ministre des Affaires sociales,

Mme. M. DE GALAN

Le Ministre de l'Intégration sociale, de la Santé publique et de l'Environnement,

J. SANTKIN

Bijlage 2: daghospitalisatie

Nadere toelichting van de MKG-registratie voor daghospitalisatieverblijven

1.Definitie
Artikel 3 van het koninklijk besluit van 6 december 1964 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, bepaalt met name dat '*de Minimale Klinische Gegevens worden geregistreerd, bij ieder ontslag, voor alle verblijven waarbij de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen wordt op dezelfde dag als die waarop hij is opgenomen, met name in diensten waar verstrekkingen worden verricht als bedoeld in artikel 4, § §4, 5 en 5bis van de nationale overeenkomst van het betrokken dienstjaar tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen, of, in voorkomend geval, gesloten met de verpleeginrichtingen'*.

De nationale overeenkomst van 1 januari 1993 vermeldt in artikel 4, § 4, de verstrekkingen die een maxiforfait kunnen genereren, in artikel 4, § 5, de verstrekkingen die een superforfait kunnen genereren en in artikel 4, § 5bis, de verstrekkingen die een forfait A, B, C of D kunnen genereren.

Sinds 01/04/1998 voorziet de overeenkomst geen superforfaits meer. Deze genereren sedertdien een forfait A, B, C of D. De nationale overeenkomst vermeldt welke verstrekkingen een maxiforfait (artikel 4, § 4), of een forfait A, B, C of D (artikel 4, § 5) kunnen genereren.

Wat de MKG-registratie voor daghospitalisaties betreft, dringen wij erop aan **minstens** alle verblijven te registreren waarbij de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen wordt op dezelfde dag als die waarop hij er is opgenomen en waarbij verstrekkingen als bedoeld in artikel 4, §§ 4, 5 (en 5bis) van de nationale overeenkomst van het registratiejaar worden uitgevoerd.

Nota bene: Consultaties in de polikliniek mogen in geen geval geregistreerd worden. Er kan inderdaad geen forfait aangerekend worden in wachtkamers, onderzoekskamers en lokalen van een poliklinische consultatiedienst in een instelling. Om een forfait te genereren, dient er effectief gebruik te zijn gemaakt van een operatiekamer, de dienst spoedgevallen, een ziekenhuisbed of een afdeling van het dagziekenhuis.

2. Registratie van de verstrekkingen in RIZIV-nomenclatuur
Het bestand 'PROCEDURE RIZIV'bevat de gegevens betreffende de verstrekkingen die in RIZIV-nomenclatuur gecodeerd worden.

Overeenkomstig de registratierichtlijnen voor de registratie moeten enkel die verstrekkingen gecodeerd worden waarvan de RIZIV-code is opgenomen in Bijlage 8, punten 1 (nomenclatuurnummers), 2 (codes voor forfaitaire verpleegdag of pseudo-facturatiecodes) en 3 (pseudocodes) van deze richtlijnen.

Wat betreft de verblijven die een forfait hebben gegenereerd, dienen minstens twee registraties in het bestand 'PROCEDURE RIZIV' te zijn opgenomen. In dit geval moet immers **minstens** de RIZIV-code[1] van de verstrekking die recht gaf op een forfait, en de code forfaitaire verpleegdag (pseudo-facturatiecode) worden vermeld. Ook de andere uitgevoerde ingrepen moeten worden vermeld (indien de codes in Bijlage 8 zijn opgenomen).

3.Registratie van de verstrekkingen in ICD-9-CM.

Het bestand "PROCEDURE ICD-9-CM" bevat met name de gegevens betreffende de verstrekkingen gecodeerd in ICD-9-CM, de code 'uitbesteed' en de code 'anesthesie'.

[1] cfr. lijst met codes in de overeenkomst en lijst van de toegelaten pseudo-codes.

Wat betreft de verblijven die een forfait hebben gegenereerd, moet het ziekenhuis **indien mogelijk**[2] **minstens** de medische handelingen die recht gaven op een forfait in ICD-9-CM coderen (niet converteren).

Nota bene: Het is wenselijk de verstrekkingen die de opname en behandeling in een dagziekenhuis rechtvaardigden te registreren, zelfs indien die niet belangrijk zijn voor de groepering in homogene patiëntengroepen.

4.De hoofddiagnose
Het bestand 'DIAGNOSE' vermeldt de gegevens betreffende de hoofddiagnose en de nevendiagnoses.

5.De te factureren ligdagen en de berekende verblijfsduur.
Het aantal volledig te factureren ligdagen, het aantal partieel te factureren ligdagen en het aantal niet te factureren ligdagen voor een daghospitalisatieverblijf is nul (bestand 'VERBLIJF IN BEDINDEX'). Voor dit type verblijven wordt inderdaad geen verpleegdagprijs toegekend: het ziekenhuis krijgt ofwel een forfait ofwel niets. De berekende verblijfsduur moet eveneens gelijk zijn aan nul (of 1, zie punt 7.4.13, pagina 27).

6.Bijzondere gevallen.

Geval 1:
Het cumuleren van een forfait met een verpleegdagprijs in een ander ziekenhuis is in een zeer beperkt aantal gevallen mogelijk. **Deze cumul is enkel mogelijk voor de verstrekkingen opgesomd in de overeenkomst van het registratiejaar**.
Voorbeeld: een patiënt wordt van ziekenhuis A naar ziekenhuis B overgebracht om er een ambulant onderzoek te ondergaan (wat het cumuleren van een forfait met een verpleegdagprijs in een beperkt aantal gevallen mogelijk maakt), en na dit onderzoek weer naar ziekenhuis A overgebracht :

a- Ziekenhuis B dat een ambulante verstrekking uitvoert, vult een MKG van daghospitalisatie in. De codering in het bestand 'ZIEKENHUISVERBLIJF' moet aangeven dat de patiënt in een ander ziekenhuis verblijft (plaats van opname = '3', '4' of '5'), dat de bestemming een ander ziekenhuis is (bestemming = '3', '4' of '5') en dat hij terugkeert naar het verwijzend ziekenhuis (ontslag = 'D'). In het bestand 'PROCEDURE RIZIV' worden de codes van de verstrekkingen en de code forfaitaire verpleegdag (pseudo-facturatiecode) vermeld. In het bestand 'PROCEDURE ICD-9-CM' worden de verstrekkingen alsook de code voor uitbestede onderzoeken opgenomen (code = '3');
b- Ziekenhuis A dat zijn patiënt naar een ander ziekenhuis stuurt om er een ambulante verstrekking te ondergaan, vult één enkele klassieke MKG in (één enkele registratie aangezien de patiënt maar voor korte tijd afwezig is). In het bestand 'PROCEDURE ICD-9-CM' moet de in het ziekenhuis B uitgevoerde verstrekking, alsook de code voor uitbestede onderzoeken vermeld worden (code = '2').

Geval 2: chemotherapie.
In geval van chemotherapie moet in het bestand 'DIAGNOSE' de ICD-9-CM code V581 'opname voor chemotherapie' als hoofddiagnose worden geregistreerd en de ICD-9-CM codes voor de aanwezige tumoren en eventuele comorbiditeiten of complicaties als nevendiagnoses. Het bestand 'PROCEDURE ICD-9-CM' moet de procedure 'chemotherapie' vermelden, namelijk de ICD-9-CM code 99.25, alsook eventueel andere uitgevoerde verstrekkingen. Het bestand 'PROCEDURE RIZIV' moet minstens de pseudocode vermelden die de aard van de verstrekking aangeeft (761353 - 761342 of 761390 – 761401), alsook de code forfaitaire verpleegdag (pseudo-facturatiecode) (761235 - 761246: maxiforfait).

[2] In bepaalde gevallen bestaat er geen enkele ICD-9-CM code voor een verstrekking. De anesthesie is daar een voorbeeld van. Ingeval een ingreep recht geeft op een maxiforfait omdat ze onder algemene anesthesie wordt uitgevoerd, dient u de ingreep in ICD-9-CM te coderen en de code anesthesie in te vullen.

Bijlage 3: toegelaten waarden voor alfanumeriek veld.

LIJST TOEGELATEN ASCII-CODES VOOR MKG-REGISTRATIE

!!!!! OPGELET : !!!!!

Indien in een veld van een record uit een bestand slechts bepaalde waarden toegelaten zijn, dan mag dit veld ook geen andere waarde bevatten.

ASCIICODE	BETEKENT	ASCIICODE	BETEKENT	ASCIICODE	BETEKENT
10	Line Feed	63	?	96	`
13	Carriage Return	64	@	97	a
32	[spatie]	65	A	98	b
33	!	66	B	99	c
34	"	67	C	100	d
35	#	68	D	101	e
36	$	69	E	102	f
37	%	70	F	103	g
38	&	71	G	104	h
39	'	72	H	105	i
40	(	73	I	106	j
41	)	74	J	107	k
42	*	75	K	108	l
43	+	76	L	109	m
44	,	77	M	110	n
45	-	78	N	111	o
46	.	79	O	112	p
47	/	80	P	113	q
48	0	81	Q	114	r
49	1	82	R	115	s
50	2	83	S	116	t
51	3	84	T	117	u
52	4	85	U	118	v
53	5	86	V	119	w
54	6	87	W	120	x
55	7	88	X	121	y
56	8	89	Y	122	z
57	9	90	Z	123	{
58	:	91	[	124	|
59	;	92	\	125	}
60	<	93	]	126	~
61	=	94	^		
62	>	95	_		

Bijlage 4: landcodes

EUROPA

ALBANIË	101	ANDORRA	102
BULGARIJE	106	BELARUSLAND (WITRUSLAND)	142
BELGIE	150	BOSNIË-HERZEGOWINA	149
CYPRUS	107	DENEMARKEN	108
DUITSLAND	103	ESTLAND	136
FINLAND	110	FRANKRIJK	111
GROOT BRITTANNIË (VER. KON.)	112	GROOTHERTOGDOM LUXEMBURG	113
GRIEKENLAND	114	HONGARIJE	115
IERLAND	116	IJSLAND	117
ITALIË	128	KROATIË	146
LETLAND	135	LIECHTENSTEIN	118
LITOUEN	137	JOEGOSLAVIË (SERVIE – MONTE)	132
MACEDONIË	148	MALTA	119
MOLDAVIË	144	MONACO	120
NEDERLAND	129	NOORWEGEN	121
OEKRAINE	143	OOSTENRIJK	105
POLEN	122	PORTUGAL	123
ROEMENIË	124	RUSLAND (FEDERATIE VAN)	145
SAN MARINO	125	SLOVAKIJE	141
SLOVENIË	147	SPANJE	109
TSJECHIE	140	ZWEDEN	126
ZWITSERLAND	127	ANDERE LANDEN VAN EUROPA	190

AZIE

AFGHANISTAN	251	ARMENIE	249
AZERBEIDJAN	250	BANGLADESH	237
BHUTAN	223	BRUNEI	224
CAMBODJA (KAMPUCHEA)	202	CHINA (TAIWAN)	204
CHINA (VOLKSREPUBLIEK)	218	FILIPIJNEN	214
GEORGIE	253	HONG-KONG	234
INDIA	207	INDONESIË	208
IRAK	254	IRAN	255
ISRAËL	256	JAPAN	209
JEMEN (ARABISCHE REP.)	263	JEMEN (DEMOCR. REP.)	265
JEMEN (REPUBLIEK)	270	JORDANIË	257
KAZACHSTAN	225	KIRGHIZISTAN	226
KOEWEIT	264	LAOS	210
LIBANON	258	MALEDIVEN	222
MALEISIË	212	MONGOLIË	221
MYANMAR	201	NEPAL	213
NOORD-KOREA	219	OEZBEKISTAN	227
OMAN (SULTANAAT)	266	PAKISTAN	259
QATAR	267	SAOEDI-ARABIË	252
SINGAPORE	205	SRI LANKA	203
SYRIË	261	TADZJIKISTAN	228
THAILAND	235	TURKIJE	262
TURKMENISTAN	229	SOCIAL. REPUBLIEK VIETNAM	220
VER. ARABISCHE EMIRATEN	260	ZUID-KOREA	206
ZUID-VIETNAM	217	ANDERE LANDEN VAN AZIË	295

BIJLAGEN

AFRIKA EN VERBONDEN GEBIEDEN

AFARS EN ISSAS	380	ALGERIJE	351
ANGOLA	341	BENIN	310
BOTSWANA	302	BURKINA FASO	308
BURUNDI	303	CENTRAAL-AFRIKAANSE REPUBLIEK	305
ARCHIPEL VAN DE COMOREN	343	CONGO (VOLKSREPUBLIEK)	307
REPUBLIEK DJIBOUTI	345	EGYPTE	352
EQUATORIAAL GUINEA	337	ERITHREA	349
ETHIOPIË	311	GABON	312
GAMBIA	313	GHANA	314
GUINEA	315	GUINEE-BISSAU	338
IVOORKUST	309	KAAPVERDISCHE EILANDEN	339
KAMEROEN	304	KENYA	336
KONGO	362	LESOTHO	301
LIBERIA	318	LIBIË	353
MADAGASCAR	324	MALAWI	358
MALI	319	MAROKKO	354
MAURITANIË	355	MAURITIUS	317
MOZAMBIQUE	340	NAMIBIA	384
NIGER	321	NIGERIA	322
OPPER-VOLTA	316	RWANDA	327
SAO TOME EN PRINCIPE	346	SENEGAL	320
SEYCHELLEN	342	SIERRA LEONE	328
SOEDAN	356	SOMALIE	329
SWAZILAND	347	TANZANIA	332
TSJAAD	333	TOGO	334
TUNESIË	357	UGANDA	323
ZAIRE	306	ZAMBIA	335
ZIMBABWE	344	ZUID-AFRIKA (REPUBLIEK)	325
ANDERE LANDEN VAN AFRIKA	360		

NOORD- EN CENTRAAL AMERIKA

BAHAMAS	425	BARBADOS	423
BRITSE ANTILLEN (WEST INDIES)	424	CANADA	401
COSTA RICA	411	CUBA	412
DOMINICA	427	DOMINICAANSE REPUBLIEK	420
EL SALVADOR	421	GUATEMALA	413
HAÏTI	419	HONDURAS	414
JAMAICA	415	MEXICO	416
NICARAGUA	417	PANAMA	418
SAINT VINCENT	429	SINT-LUCIA	428
TRINIDAD EN TOBAGO	422	VER. STATEN VAN AMERIKA	402
ANDERE LANDEN VAN AMERIKA	590		

ZUID-AMERIKA

ARGENTINIË	511	BOLIVIË	512
BRAZILIË	513	CHILI	514
COLUMBIA	515	EQUADOR	516
GUYANA	521	PARAGUAY	517
PERU	518	SURINAME	522
URUGUAY	519	VENEZUELA	520
ANDERE LANDEN VAN AMERIKA	590		

OCEANIE

AUSTRALIË	611	FIJI	617
NIEUW-GUINEA-PAPOUA	619	NIEUW-ZEELAND	613
TONGA	616	WEST-SAMOA	614
SALOMONEILANDEN	623	ANDERE EIL. STILLE OCEAAN	690

Bijlage 5: bedindexen

De erkenning van de bedindexen worden toegekend door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft.

A : dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling.
B : dienst voor TBC-behandeling in het kader van een algemeen ziekenhuis.
C : dienst voor diagnose en heelkundige behandeling.
D : dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling.
E : dienst voor kindergeneeskunde.
G : dienst voor geriatrie.
H : dienst voor gewone hospitalisatie.
H* : dienst voor gemengde hospitalisatie C + D.
I : dienst voor intensieve zorg.
K : dienst neuro-psychiatrie voor kinderen.
L : dienst voor besmettelijke aandoeningen.
M : kraamdienst in een algemeen ziekenhuis of kraamkliniek.
MI : MIC - dienst voor intensieve observatie van hoogrisicozwangerschappen .
N* : afdeling voor niet-intensieve neonatale zorg.
NI : NIC - dienst voor intensieve neonatale zorg .
S1 - 6 : Sp - gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie.
T : dienst neuro-psychiatrie voor behandeling.
Z : bijzonder geval en slechts restrictief te gebruiken.

- Voor de kenletter Sp wordt dezelfde regeling als voor M.V.G. gevolgd. Er wordt dus als volgt gecodeerd:

KENLETTER	OMSCHRIJVING
S1	Cardio-Pulmonaire aandoeningen
S2	Locomotorische aandoeningen
S3	Neurologische aandoeningen
S4	Palliatieve zorg
S5	Chronische polypathologieen (die verlengde medische zorg vergen)
S6	Psychogeriatrische aandoeningen

- De volgende kenletters mogen **niet meer** gebruikt worden vanaf de statistische periode 94/2 :
  V : dienst voor behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen.
  VP : psycho-geriatrie (erkend onder V).

- De volgende kenletters mogen **niet meer** gebruikt worden vanaf de statistische periode 97/1 :
  NN : n - afdeling voor niet-intensieve neonatale zorg.
  N : dienst voor intensieve neonatale zorg.

- Voor **psychiatrische diensten met partiële hospitalisatie** worden de volgende cijfers aan de bedindex toegevoegd :

  - psychiatrische daghospitalisatie : '**1**' (voorbeeld : A1, T1, K1);
  - psychiatrische nachthospitalisatie : '**2**' (voorbeeld : A2, T2, K2).

Bijlage 6: te gebruiken versie ICD-9-CM

MEN DIENT ZEER NAUWGEZET VOOR DE VERSCHILLENDE REGISTRATIESEMESTERS DE VERSIES VAN DE ICD-9-CM CODES TE RESPECTEREN :

Tot en met 93/2 ----> versie **OKTOBER 1990**

Boek 1991

Van 94/1 tot en met 96/2 -----> versie **OKTOBER 1992**
Boek 1993

Van 97/1 tot en met 98/2 -----> versie **OKTOBER 1995**

Boek 1996

Van 99/1 tot en met 2001/2 -----> versie **OKTOBER 1997**

Boek 1998

Van 2002/1 -----> versie **OKTOBER 2001**

Boek 2002

Bijlage 7: procedures in ICD-9-CM

- Alle 'operating room' en 'non-operating room' procedures die in het boek 'ICD-9-CM Color Coded 1998' met respectievelijk een grijze en blauwe kleur aangeduid worden, dienen gecodeerd te worden.

- De volgende codes zijn ook belangrijk voor de indeling in homogene patiëntengroepen en moeten dus ook gecodeerd worden :

3778	9426
3891	9427
3892	9601
3893	9602
3961	9603
3962	9604
3963	9605
3964	966
3965	9900
3995	9901
4191	9902
4282	9903
4311	9904
4319	9905
4443	9906
4444	9907
4639	9908
5331	9909
5339	9915
5498	9925
9221	9971
9222	9972
9223	9973
9224	9974
9225	9979
9226	9983
9228	9985
9229	
923*	

- Deze lijst is geen restrictieve lijst maar een minimum lijst.

Bijlage 8: procedures in RIZIV

Enkel de procedures die aan 100 % gefactureerd werden, moeten vermeld worden

1. Alle nomenclatuurnummers uit de volgende artikels dienen geregistreerd te worden (* staat voor de cijfers die vereist zijn om tot een geldige code met zes karakters te komen):

Art. 3 : Technische geneeskundige verstrekkingen (behalve klinische biologie)
Nummers 11****
14****
Art. 4 en 5 : Tandverzorging
Nummers 30****
Art. 7 § 1 : Kinesitherapie
Nummers 51**** (tot 30/04/2002)
Nummers 56** (vanaf 01/05/2002)**
Art. 9 : Verlossingen
Nummers 42****
Art. 11 : Algemene speciale verstrekkingen
Nummers 35****
Art. 12 : Anesthesiologie
Nummers 20****
Art. 13 : Reanimatie
Nummers 211*** tot en met 214***
Art. 14 : Heelkunde
Nummers 22****
23****
24****
25****
26****
28****
29****
30****
31****
431***
432***
Art. 17 : Medische beeldvorming
Nummers 45****
46****
Art. 18 : Radiotherapie en radiumtherapie
Nummers : 433*** tot en met 438***
44****
Art. 20 : Inwendige geneeskunde
Nummers 47****
Art. 21 : Dermato – venerologie
Nummers 53****
Art. 34 : Interventionele verstrekkingen
Nummers 589***

2. De nomenclatuurnummers uit de volgende tabel dienen (indien van toepassing) ook in de MKG-registratie vermeld te worden.
   Deze lijst mag niet gebruikt worden voor de selectie van verblijven in daghospitalisatie voor de welke een MKG-registratie dient te gebeuren.

FORFAITAIRE VERPLEEGDAG VOOR …	RIZIV nummer	
	Niet gehospitaliseerd	Gehospitaliseerd (in een ander ziekenhuis)
a) - gebruik gipskamer	761036	761040
- miniforfait	761213	-
- maxiforfait	761235	761246
- superforfait	761250 (*)	761261 (*)
- forfait A	761132	761143
- forfait B	761154	761165
- forfait C	761176	761180
- forfait D	761191	761202
b) dienst A : verpleegdagprijs in toepassing van art. 2 § 2 van de nationale overeenkomst (50 % van de totale verpleegdagprijs)	761073	-
c) - nierdialyse	761272	761283

(*) geschrapt met ingang van 01/04/1998

3. Pseudocodes :

761316	MINI	Elke toestand waarin dringende verzorging, welke een opneming in een ziekenhuisbed verantwoordt, vereist is.
761434	MINI	Elke toestand die een intraveneuze transfusie vereist
761331 – 761342	MAXI	Een verstrekking waarvoor een algemene anesthesie vereist is die verricht wordt door een geneesheer-specialist in de anesthesiologie. Opmerking : indien deze verstrekking voorkomt op de nominatieve lijst van de maxiforfaits, dan mag deze pseudocode niet gebruikt worden. De verstrekking uit de nominatieve lijst dient dan vermeld te worden.
761353 – 761364	MAXI	Bij de toediening van een chemotherapeutische medicatie van de vergoedingscategorie A, waarvoor een geneeskundig en verpleegkundig toezicht nodig is, ingeval van een om therapeutische reden noodzakelijke intravasculaire of een intracavitaire of intravesicale instillatie
761390 – 761401	MAXI	Een intraveneuze infusie in het raam van een ambulante chemotherapeutische behandeling Opmerking : het codenummer 761390 – 761401 moet worden gebruikt in de plaats van het codenummer 761353 – 761364 als het gaat om een chemotherapeutische behandeling voor zelfstandigen waarbij de geneesmiddelen mogen worden vergoed, bij toepassing van het K.B. van 04/12/1990
768036 – 768040	Chirurgische daghospitalisatie	Bedrag per opname voor patiënten die in regel zijn met de verzekerbaarheid. **Deze code mag enkel gebruikt worden voor ontslagen vanaf 1 juli 2002.**
768051 – 768062	Chirurgische daghospitalisatie	Bedrag per dag voor patiënten die in regel zijn met de verzekerbaarheid. **Deze code mag enkel gebruikt worden voor ontslagen vanaf 1 juli 2002.**
768471 – 768482	Chirurgische daghospitalisatie	Dagprijs aan 100 % voor patiënten die NIET in regel zijn met de verzekerbaarheid. **Deze code mag enkel gebruikt worden voor ontslagen vanaf 1 juli 2002.**