

Gebruikershandleiding Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)

Voor de registratie van de medische en financiële LBZ-data

*Versie: 1.4
Datum: 23-03-2021*

Vertrouwelijkheid: openbaar



Inhoudsopgave

1	Wat is de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)?	5
1.1	De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg	5
1.2	Gebruik van de data	5
1.3	Uitgangspunten	6
1.4	Inhoud LBZ-databank	6
2	Welke gegevens dient u aan te leveren?	7
2.1	Datamodel op hoofdlijnen	7
2.2	Algemene gegevens (groep 1 en 2)	7
2.3	Financiële gegevens (groep 3 t/m 8, 16 en 17)	8
2.4	Medische gegevens (groep 9 t/m 15)	9
3	Toelichting op aanlevering financiële LBZ-data	10
3.1	Aan te leveren gegevens	11
3.1.1	<i>Patiënt</i>	11
3.1.2	<i>Zorgtraject</i>	12
3.1.3	<i>Declaratiedataset</i>	13
3.1.4	<i>Subtraject</i>	13
3.1.5	<i>Nevendiagnose</i>	15
3.1.6	<i>Geleverd zorgprofiel</i>	15
3.1.7	<i>Honorarium</i>	17
3.1.8	<i>Overige verrichting</i>	17
3.1.9	<i>Medicatie</i>	19
3.1.10	<i>Pakbon</i>	20
4	Toelichting op aanlevering medische LBZ-data	22
4.1	Aan te leveren gegevens	22
4.1.1	<i>Patiënt</i>	23
4.1.2	<i>Opname</i>	23
4.1.3	<i>Diagnose opname</i>	25
4.1.4	<i>Ambulant contact</i>	26
4.1.5	<i>Diagnose ambulant</i>	28
4.1.6	<i>Verrichting</i>	29
4.1.7	<i>Medicatie</i>	30
4.1.8	<i>Merges</i>	31
4.1.9	<i>Pakbon</i>	31



5	Hoe gaat de ICD-10 diagnoseregistratie binnen de LBZ in zijn werk?	33
5.1	ICD-10	33
5.1.1	<i>Instructies en ICD-10 codeadviezen</i>	33
5.1.2	<i>ICD-10 registratie met de Diagnosethesaurus</i>	33
5.2	Registratie van ICD-10 diagnoses.....	34
5.2.1	<i>Primaire diagnose</i>	34
5.2.2	<i>Hoofddiagnose</i>	34
5.2.3	<i>Nevendiagnosen</i>	35
5.2.4	<i>Bron</i>	37
5.2.5	<i>Afleiden diagnoses middels (AI) algoritme</i>	37
5.2.6	<i>ICD-10 code bij medebehandeling</i>	38
5.2.7	<i>ICD-10 code bij ICC (intercollegiaal consult)</i>	38
5.2.8	<i>Volgorde van diagnoses bij aanlevering</i>	38
5.2.9	<i>Relateren van codes</i>	39
5.2.10	<i>Registratie van complicaties ontstaan tijdens opname in het ziekenhuis (of klinische zorg in de thuissituatie)</i>	40
5.2.11	<i>Ongevallen</i>	41
5.2.12	<i>Morfologie</i>	41
6	Hoe registreert u bepaalde gegevens?	43
6.1	Verrichtingen (medisch en financieel)	43
6.1.1	<i>Codering verrichtingen (medisch en financieel)</i>	43
6.1.2	<i>Hoofdverrichting (medisch)</i>	44
6.2	Onderlinge/wederzijdse dienstverlening.....	45
6.3	Urgentie (medisch)	46
6.4	Herkomst en bestemming (medisch).....	48
6.5	Locatie LBZ (medisch en financieel)	50
6.6	Poliklinieknummer (medisch).....	50
6.7	Specialisme (medisch en financieel)	50
6.8	Type zorg (medisch).....	51
6.8.1	<i>Type zorg die voldoet aan de NZa-regeling</i>	51
6.8.2	<i>Type zorg die niet voldoet aan de NZa-regeling</i>	52
6.9	SEH-registratie (medisch)	53
6.10	Status opname (medisch).....	53
6.11	Implantaten (medisch)	53
6.12	Toestemming gebruik data voor wetenschappelijk onderzoek (medisch en financieel)	54



7	Wanneer en hoe dient u aan te leveren?	55
7.1	Aanleverschema	55
7.1.1	(Her)aanleveren financiële LBZ-data	55
7.1.2	(Her)aanleveren medische LBZ-data	57
7.2	Bestandsaanlevering	58
7.2.1	LBZ-datamodel	58
7.2.2	Registreren, beheren en verzendklaar maken van de gegevens	58
7.2.3	Opbouw en naamgeving bestanden	58
7.2.4	Verzenden van de bestanden	58
7.3	Pseudonimisatie van persoonsgegevens	59
8	Hoe worden de data gecontroleerd en teruggekoppeld?	61
8.1	Controle (na aanlevering) van de bestanden	61
8.1.1	Verwerkingsverslagen	61
8.1.2	Wachtwoorden LBZ	62
8.1.3	Codelijsten LBZ	62
8.1.4	Medisch inhoudelijke controletabellen	64
8.2	Rapportages en terugkoppelingen	64
8.3	Randtotalen	65
9	Contact	66
9.1	Wijzigingen doorgeven	66
9.2	Communicatie	66
9.3	Toegang tot Mijn DHD	66
9.4	Bijeenkomsten	66
9.5	Heeft u nog vragen?	66
10	Wijzigingen	67
10.1	Versie 1.4 (23-03-2021)	67
10.1.1	Datamodelwijzigingen	67
10.1.2	Tekstuele en inhoudelijke wijzigingen	67
10.2	Versie 1.3 (29-09-2020)	67
10.2.1	Datamodelwijzigingen	67
10.2.2	Tekstuele en inhoudelijke wijzigingen	67



1 Wat is de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)?

1.1 De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg

De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) bevat gegevens over de patiënt en de aan hem verleende zorg, zowel vanuit zorginhoudelijk als financieel oogpunt. De LBZ-databank wordt gevuld vanuit twee aanleverroutes:

1. Medische LBZ-data: alle informatie omtrent de geleverde zorg en het medisch handelen vastgelegd aan de hand van diagnoses en verrichtingen.
2. Financiële LBZ-data: financiële gegevens bestaande uit gedeclareerde zorg, onderhanden werk en niet-declarabele zorg.

De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg is in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) tot stand gekomen. DHD draagt in nauwe samenspraak met deze brancheorganisaties en de aangesloten ziekenhuizen zorg voor het beheer en de doorontwikkeling van de LBZ.

1.2 Gebruik van de data

Met behulp van de LBZ worden de administratieve, medische en financiële gegevens van instellingen over de aan patiënten verleende zorg vastgelegd en verzameld. De LBZ-data worden door de instellingen aangeleverd aan DHD. DHD bewerkt de data vervolgens tot informatie(producten). Zo voorziet DHD ziekenhuizen, de brancheorganisaties en andere belanghebbenden van informatie voor het maken van onderbouwde keuzes op het gebied van kwaliteit van zorg en bedrijfsvoering. Op basis van de LBZ wordt voorzien in de volgende informatiebehoeften:

- Monitoren van de kwaliteit van de zorg, onder andere aan de hand van de LBZ-indicatoren Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR¹), de Onverwacht Lange Opnameduur (OLO) en Heropnamenratio van iedere instelling. Terugkoppeling van deze indicatoren vindt plaats via het Rapport LBZ-indicatoren, het HSMR-rapport, de Hospital Data Viewer (HDV) en het DHD-dashboard;
- Monitoren van de zorgproductie;
- Onderbouwen van de bedrijfsvoering van instellingen;
- Uitvoeren van marktanalyses en benchmarks;
- Opstellen van een verkoopprijzenbenchmark, een zorgprofielenbenchmark en de marktaandelen per instelling (beschikbaar via het DHD-dashboard);
- Maken van rapportages voor de No-cure-no-paymonitor en de GeneesmiddelenMonitor (beschikbaar via het DHD-dashboard);
- Opstellen van het jaarlijkse Rapport Kostenontwikkeling Ziekenhuiszorg (brancherapport);
- Monitoren van de gezondheidstoestand van de bevolking;
- (Inter)nationale (verplichte) aanleveringen en rapportages (CBS, EU);
- Wetenschappelijk onderzoek en onderwijs.

¹ De Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) vergelijkt de werkelijke sterfte in een ziekenhuis met de sterfte die op basis van de patiëntkenmerken werd verwacht. Het is daarmee een indicator voor potentieel vermijdbare sterfte.



1.3 Uitgangspunten

Voor de LBZ-dataverzameling gelden de volgende uitgangspunten:

- Informatiewaarde: de LBZ-data leveren de door de NVZ en NFU noodzakelijk geachte informatie voor intern en extern gebruik. De gegevens zijn van waarde voor onder meer zorgverlening, bekostiging, landelijk beleid, onderzoek, kwaliteitsverbetering en monitoring van ziekten.
- Eenmalige vastlegging: bij het uitvragen van de LBZ-gegevens wordt, waar mogelijk, aangesloten op gegevens die in het kader van het zorgproces (intern en extern) reeds worden vastgelegd.
- Meervoudig gebruik: het zo doelmatig mogelijk verzamelen, opslaan en uitleveren van gegevens zodat deze voor meerdere doeleinden gebruikt kunnen worden.
- Standaardisatie: de op te vragen gegevens sluiten zoveel mogelijk aan op (internationaal) gebruikte standaarden.
- Privacy: de LBZ bevat bijzondere persoonsgegevens. Hoewel een aantal velden gepseudonimiseerd worden, blijven ze – eventueel in combinatie met andere data – herleidbaar tot de betreffende personen; derhalve zijn de data niet anoniem. In een dienstverlenings- en verwerkersovereenkomst heeft DHD met de ziekenhuizen afgesproken dat de patiëntdata alleen aan derden worden verstrekt als er sprake is van een wettelijke verplichting of als er door het betreffende ziekenhuis opdracht toe wordt gegeven middels een door de raad van bestuur getekend opdrachtformulier.
- Informatiebeveiliging: DHD heeft in de dienstverlenings- en verwerkersovereenkomst afspraken gemaakt over de maatregelen die DHD treft ten aanzien van de informatiebeveiliging. Een van de maatregelen is dat DHD aantoonbaar voldoet aan de van toepassing zijnde normen NEN 7510 en ISO 27001. DHD is hiervoor gecertificeerd middels een jaarlijks terugkerende audit.

1.4 Inhoud LBZ-databank

De medische en financiële LBZ-data die ziekenhuizen aanleveren worden opgeslagen in de LBZ-databank, die wordt beheerd door DHD.

Het zorginhoudelijke gedeelte van de LBZ bestaat uit gegevens over de geregistreeerde zorg per patiënt: klinische opnamen, langdurige observaties, dagverpleging, ambulante contacten, verrichtingen en (dure) medicatie.

Het financiële gedeelte van de LBZ bestaat uit productiegegevens: zorgtrajecten, subtrajecten, uitgevoerde verrichtingen en verstrekte (dure) medicatie. Anders dan het DIS (het landelijke DBC-informatiesysteem) bevat het financiële deel van de LBZ-databank ook de nog niet gedeclareerde zorg en de niet-declarabele zorg.

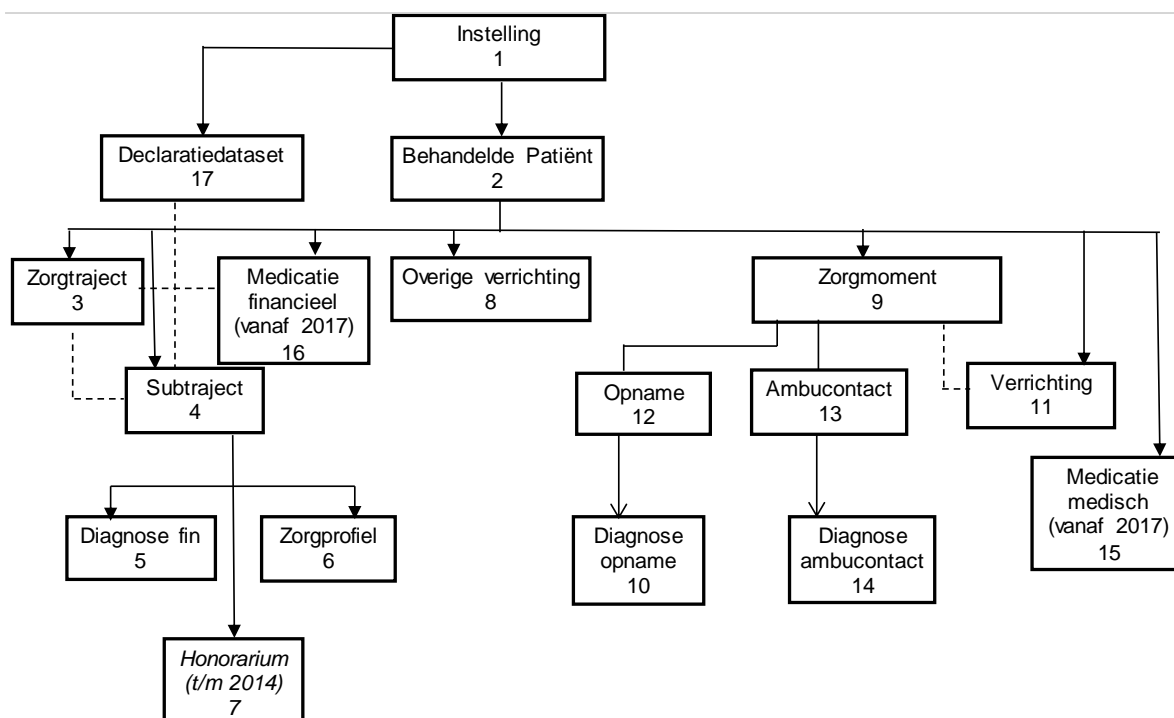
In hoofdstuk 2 wordt op hoofdlijnen beschreven welke data aangeleverd dienen te worden en in de daaropvolgende hoofdstukken wordt hier een toelichting op gegeven.

2 Welke gegevens dient u aan te leveren?

2.1 Datamodel op hoofdlijnen

Het LBZ-datamodel bevat een gedetailleerde, technische beschrijving van de gegevens die ziekenhuizen aan dienen te leveren. De datamodelen voor de financiële en de medische LBZ-data zijn beschikbaar via de [website van DHD](#).

Figuur 1 toont op hoofdlijnen de structuur van de landelijke database en de samenhang tussen de verschillende gegevensgroepen.



Figuur 1: LBZ-datamodel in hoofdlijnen

2.2 Algemene gegevens (groep 1 en 2)


Groep 1 en 2 zijn gelijk voor de financiële en medische gegevens en bevatten de algemene instellingsgegevens en de patiëntgegevens.

- Groep 1 *Instelling*: bevat algemene gegevens over de instelling, zoals AGB-nummer, DIS-volgnummer, deelname aan de morfologieregistratie en vastlegging van locaties. Deze gegevens worden niet via de maandelijkse aanleverbestanden gevuld, maar op basis van de ontvangen referentiegegevens bij start van deelname aan de LBZ en tussentijds bij wijzigingen (zie paragraaf 9.1).
- Groep 2 *Behandelde patiënt*: bevat patiëntgegevens zoals geanonimiseerd patiëntnummer, geboortedatum en gepseudonimiseerd BSN.

2.3 Financiële gegevens (groep 3 t/m 8, 16 en 17)

De groepen 3 t/m 8, 16 en 17 bevatten gegevens die betrekking hebben op de financiële aspecten rond de behandeling van de patiënt, ongeacht of het declarabele of niet-declarabele zorg betreft.

- **Groep 3 *Zorgtraject*:**
Een zorgtraject is het geheel van activiteiten van een zorgverlener, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de zorgverlener heeft geconsulteerd.
Groep 3 bevat overkoepelende gegevens over het zorgtraject, zoals zorgtrajectnummer, begin- en einddatum en verwijsgegevens.
- **Groep 4 *Subtraject*:**
Een subtraject is een afgebakende periode binnen het zorgtraject, met bij die periode behorende zorgactiviteiten.
Groep 4 bevat gegevens zoals subtrajectnummer, behandeld specialisme, diagnose (DBC-diagnosetypering en ICD-10 code) en kosten.
- **Groep 5 *Diagnose financieel*:**
Optioneel bevat deze groep alle nevendagnosen die naast de typerende diagnose van invloed zijn geweest.
Groep 5 bevat gegevens zoals diagnosecode en specialisme.
- **Groep 6 *Zorgprofiel*:**
Een zorgprofiel bestaat uit alle zorgactiviteiten die binnen het subtraject zijn geregistreerd.
Groep 6 bevat gegevens zoals zorgactiviteitcode, aantal en kosten per zorgactiviteit gekoppeld aan subtraject.
- **Groep 7 *Honorarium*:**
Tot en met 2014 was het honorariumcomponent apart opgenomen in het tarief van een DBC-zorgproduct en werd derhalve separaat aangeleverd. Deze groep is voor DBC's geopend vanaf 1 januari 2015 niet meer relevant.
- **Groep 8 *Overige verrichtingen*:**
Een overige verrichting is in DBC-termen een verrichting die geen onderdeel uitmaakt van een DBC-zorgproduct en daarom los gedeclareerd wordt. Binnen de LBZ omvat deze groep, naast de los declarabele verrichtingen, ook zwevende verrichtingen die nog niet aan een subtraject zijn gekoppeld en niet-declarabele verrichtingen. Verrichtingen die in een later stadium worden gekoppeld aan een subtraject, worden bij een heraanlevering aangeleverd in het geleverde zorgprofiel (groep 6) en verdwijnen uit de groep overige verrichtingen.
Groep 8 bevat gegevens zoals verrichtingscode, aantal en kosten per zorgactiviteit.
- **Groep 16 *Medicatie financieel*:**
Medicatie financieel bevat alle gegevens over add-on geneesmiddelen en OZP-stollingsfactoren. Deze gegevens werden voor 1 januari 2017 aangeleverd als los declarabele verrichting (overige verrichting) met een zorgactiviteitcode. Vanaf 2017 worden ze aangeleverd binnen groep 16 volgens de Z-index codering.
Groep 16 bevat gegevens zoals Z-index code, verstrekingsdatum, indicatie en kosten.
- **Groep 17 *Declaratiedataset*:**
De declaratiedataset bevat het geheel aan te declareren gegevens behorend bij een zorgproduct. Voor het afleiden van een zorgproduct uit de diagnose en het zorgprofiel wordt gebruikgemaakt van een grouper, die als een webservice voor de zorginstellingen beschikbaar is. De zorginstelling stuurt een declaratiedataset naar de grouper, die hieruit één zorgproduct en eventueel één of meer add-ons afleidt op



basis van de productstructuur die geldig was op het moment van de openingsdatum van die declaratiedataset. Informatie over de grouper is te vinden bij www.vecozo.nl, waar het beheer van de grouper ligt.

Groep 17 bevat gegevens zoals hashtotal en grouperversie.

In hoofdstuk 3 wordt het financiële deel (groep 3 t/m 8, 16 en 17) nader toegelicht.

2.4 Medische gegevens (groep 9 t/m 15)

De groepen 9 t/m 15 bevatten gegevens die betrekking hebben op de medische aspecten rond de behandeling van de patiënt.

- **Groep 9 *Zorgmomenten*:**
Een zorgmoment is elk identificeerbaar contact, voorzien van start en einde, tussen een patiënt en zorgverlener van het ziekenhuis, waarin zorg is verleend.
Zorgmomenten bevatten de overkoepelende gegevens over:
 - Opnamen, zoals opnamenummer, hoofddiagnose, hoofdverrichting, start- en einddatum;
 - Ambulante contacten, zoals contactnummer en datum.**Groep 12 *Opname*:**
Een opname is een verblijf in het ziekenhuis, te onderscheiden in klinische opnamen, langdurige observaties, dagverpleging en resterende opnamen.
Groep 12 bevat gegevens zoals herkomst, bestemming, urgentie, opname- en ontslagspecialisme.
- **Groep 10 *Diagnose opname*:**
Diagnose opname bevat per specialisme alle relevante diagnosegegevens (vastgestelde aandoening(en)) behorende bij de opname. Er wordt onderscheid gemaakt tussen hoofd-, primaire en nevendiaagnosen.
Groep 10 bevat gegevens zoals ICD-10 diagnosecodes, specialisme en complicaties.
- **Groep 11 *Verrichting*:**
Deze groep bestaat uit alle uitgevoerde verrichtingen, inclusief contacten zoals polikliniekbezoeken en verpleegdagen en declarabele medicatie vóór 1 januari 2017.
Groep 11 bevat gegevens zoals verrichtingscode, specialisme en uitvoeringsdatum.
- **Groep 13 *Ambulante contacten*:**
Een ambulante contact is een contact tussen een patiënt en (medische) zorgverleners, waarin zorg wordt verleend (diagnostiek, beoordeling van gegevens, therapeutisch advies, opstellen van een behandelplan en (het geven van opdracht tot) behandeling) zonder opname (klinisch opnamen, langdurige observatie, dagverpleging, resterende opnamen) in het ziekenhuis.
Groep 13 bevat gegevens zoals datum, verwijzer en behandelend specialisme.
- **Groep 14 *Diagnose ambulante contacten*:**
Diagnose ambulante bevat de diagnosegegevens (vastgestelde aandoening(en)) behorende bij het ambulante contact.
- **Groep 15 *Medicatie medisch*:**
Medicatie medisch bevat alle gegevens over add-on geneesmiddelen en OZP-stollingsfactoren. Deze gegevens werden voor 1 januari 2017 aangeleverd als verrichting met een zorgactiviteitcode. Vanaf 2017 worden ze aangeleverd binnen groep 15 volgens de Z-index codering.
Groep 15 bevat gegevens zoals Z-index code, indicatie en specialisme.

In hoofdstuk 4 wordt het medische deel (groep 9 tot en met 15) nader toegelicht.

3 Toelichting op aanlevering financiële LBZ-data

De financiële LBZ-data bevatten de financiële gegevens rondom de behandeling van een patiënt. Het bevat de productiegegevens waarbij alle in een bepaalde periode geopende zorgtrajecten en subtrajecten, uitgevoerde verrichtingen en verstrekte (dure) medicatie worden aangeleverd, ongeacht hun status bij aanlevering (open, gesloten of gedeclareerd).

De definities van de velden van de financiële LBZ-data zijn conform de geldige standaard voor de 'DIS gegevensaanlevering DBC door aanbieders ziekenhuiszorg' (zie hiervoor www.nza.nl/regelgeving). Wijzigingen in het DIS-datamodel worden een-op-een overgenomen in het financiële LBZ-datamodel, tenzij anders vermeld.

Anders dan het DIS (het landelijke DBC-informatiesysteem) bevat het financiële deel van de LBZ-databank ook de nog niet-gedeclareerde zorg, de niet-declarabele zorg en de verrichtingen uitgevoerd op aanvraag van een andere instelling (niet te declareren door de uitvoerder). Ten behoeve van specifieke informatieproducten zijn de financiële gegevens bovendien uitgebreid met een aantal aanvullende gegevens ten opzichte van het DIS-datamodel.

De aanvullende velden ten opzichte van het DIS-datamodel zijn:

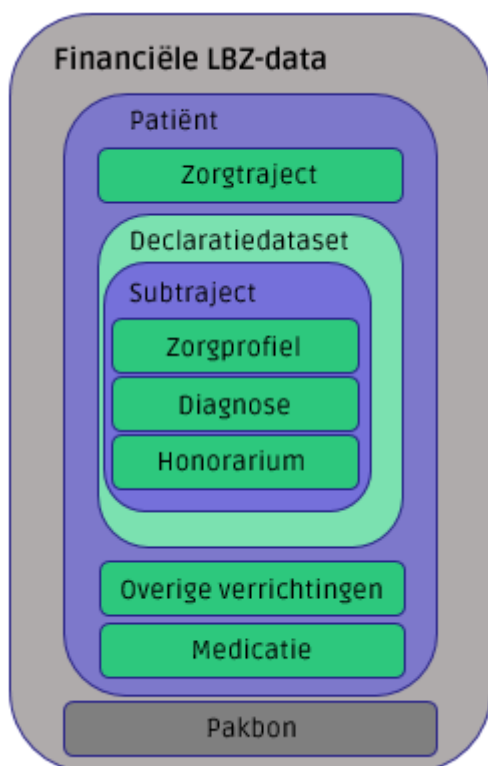
- Het Diagnosethesaurus-ID en Verrichtingsthesaurus-ID (in Subtraject, Nevendiagnose, Geleverd zorgprofiel en Overige verrichting): door aanlevering van deze ID's aan de LBZ kan DHD informatieproducten leveren aan ziekenhuizen die gebaseerd zijn op gedetailleerde diagnose- en verrichtinggegevens.
- Status declaratiedataset: de status geeft aan of het hashtotaal bepaald is via de grouper. Hashtotalen die via de grouper zijn bepaald, kunnen worden gebruikt om de aangeleverde gegevens te controleren.
- Aanvullende ICD-10 codes (4) in Subtraject: hiermee kunnen, in tegenstelling tot het DIS, volledige sets van dagger en asterisk combinaties of van syndromen worden aangeleverd.
- Ten behoeve van de NFU-monitor worden de volgende gegevens gevraagd (bij deelname aan de monitor):
 - Subspecialisme (bij Subtraject, Geleverd zorgprofiel, Overige verrichting en Medicatie): zowel de standaard LBZ-code als de eigen ziekenhuiscode voor het specialisme kan worden aangeleverd.
 - Interne registratiecode (bij Geleverd zorgprofiel en Overige verrichting): dit zijn de interne codes voor de betreffende verrichtingen.
 - Aanvrager soort (bij Geleverd zorgprofiel en Overige verrichting).
 - Producerende afdeling (bij Geleverd zorgprofiel, Overige verrichting en Medicatie).
- Privacy (bij Subtraject en Medicatie): indien nodig kan met behulp van deze data bepaald worden of specifieke gegevens uitgesloten moeten worden van doorlevering aan derden. Doorlevering aan derden van niet-geaggregeerde data gebeurt uitsluitend in opdracht van de betreffende instellingen en verloopt volgens strikte voorwaarden zoals beschreven in het '[Protocol gebruik dataverzamelingen DHD door derden](#)'.
- Opnamenummer (bij Geleverd zorgprofiel en Overige verrichting): de gegevens worden gebruikt ten behoeve van koppelingen tussen de medische en financiële LBZ-data.

- Locatie (bij Geleverd zorgprofiel, Overige verrichting en Medicatie): door locatie mee te leveren kunnen de verschillen tussen twee ziekenhuislocaties van één instelling bekeken worden. Met name na fusies kan hiermee ook de historische lijn beter worden gevolgd.

3.1 Aan te leveren gegevens

De aan te leveren gegevens kunnen in sets worden onderverdeeld. Per gegevensset dient een tekstbestand te worden gemaakt, die vervolgens worden samengevoegd tot één ZIP-bestand. Het ZIP-bestand betreft altijd de gegevens van één aanleverperiode, in dit geval één kalendermaand. Dit is anders dan de aanlevering voor het DIS, waarin de mutaties (nieuw, gewijzigd en vervallen) over verschillende jaren aangeleverd worden in één aanleverbestand.

In figuur 2 is de opbouw voor het bestand met financiële LBZ-data weergegeven. Daarna volgt per set een beschrijving en een overzicht van de relevante velden in de aanlevering. Voor de gedetailleerde, technische specificaties van de aan te leveren bestanden verwijzen we u naar het financiële LBZ-datamodel op de [website van DHD](#).



Figuur 2: Gegevenssets financiële LBZ-data

3.1.1 Patiënt

Deze set bevat de patiëntgegevens van de zorgtrajecten, subtrajecten, overige verrichtingen en medicatie die in de aanleverperiode zijn gestart. Van deze patiënten dienen minimaal de verplichte gegevens ingevuld te worden. Deze set kan niet leeg zijn. Een patiënt komt in deze set eenmaal voor en het record bevat de gegevens die op het moment van de aanlevering bekend zijn.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
AGB instellingsnummer*	AGB-nummer van de aanleverende instelling
Instelling volgnr DIS*	Volgnummer voor aanlevering (hiermee wordt onderscheid gemaakt als meerdere instellingen met hetzelfde AGB-nummer aanleveren of bij de overgang naar een ander ZIS)
Koppelnummer*	Unieke en over aanleveringen heen gelijkblijvende identificatie van de patiënt
Postcode	Postcode van de patiënt indien de patiënt woonachtig is in Nederland
Land inwoning	Land waar de patiënt woonachtig is
Geboortedatum	Geboortedatum van de patiënt
Geslacht	Geslacht van de patiënt
BSN nummer	BSN-nummer van de patiënt (wordt via ZorgTTP gepseudonimiseerd, zie paragraaf 7.3)
Patiënt-id	Unieke en over aanleveringen heen gelijkblijvende identificatie van de patiënt (gelijk aan medische LBZ-aanlevering i.v.m. koppelen van de medische en financiële gegevens)
Huisarts	(Huis)arts van de patiënt die verantwoordelijk is voor de reguliere eerstelijns zorg
Toestemming gebruik data**	Indicatie waarmee aangegeven wordt of de patiënt al dan niet akkoord is met het gebruik van zijn data voor wetenschappelijk onderzoek
PatientID_inst	Binnen de instelling waar de zorg is verleend blijvend unieke identificatie van de patiënt zoals in het ziekenhuis gebruikt
Goedgekeurd	Indicator die aangeeft of de waarschuwingen op niveau van patiënt door ziekenhuis al dan niet zijn goedgekeurd (bij heraanlevering)

* Unieke identificatie patiëntrecord

** Veld wordt in hoofdstuk 6 verder toegelicht

3.1.2 Zorgtraject

In deze set zitten de gegevens over de in de aanleverperiode gestarte zorgtrajecten. Omdat een zorgtraject kalendermaand-overschrijdend kan zijn, kunnen onder het zorgtraject vallende subtrajecten ook in toekomstige periodes worden aangeleverd. Deze set kan leeg zijn, maar dient wel altijd aangeleverd te worden, dus ook als in de rapportageperiode geen zorgtrajecten zijn gestart.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Zorgtraject nummer*	Unieke identificatie van het zorgtraject
Zorgtraject nummer parent	Identificatie van het hoofdtraject (parent) in parent-child combinaties
Begindatum zorgtraject	Begindatum van het zorgtraject

Einddatum zorgtraject	Einddatum van het zorgtraject
Koppelnummer*	Unieke en over aanleveringen heen gelijkblijvende identificatie van de patiënt; wordt gebruikt om zorgtraject en patiënt te koppelen
Verwijzende instelling AGB	AGB-nummer van de instelling die de patiënt verwezen heeft
Verwijzend specialisme	Specialisme/dienst/beroepsgroep die de patiënt verwezen heeft
Code (zelf)verwijzer	Code van de (zelf)verwijzer
Goedgekeurd	Indicator die aangeeft of de waarschuwingen op niveau van subtraject door ziekenhuis al dan niet zijn goedgekeurd (bij heraanlevering)

* *Unieke identificatie zorgtrajectrecord*

3.1.3 Declaratiedataset

Deze set bevat de gegevens over de declaratiedatasets. Een declaratiedataset is de verzameling van subtrajecten en bijbehorende zorgprofielen die nodig is om één of meer declarabele prestaties (zorgproduct) af te leiden in de grouper. Voor ieder gedeclareerd subtraject moet een declaratiedataset aanwezig zijn in het bestand.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Declaratie dataset nummer*	Unieke identificatie van de set bij elkaar horende gegevens m.b.t. één declarabel subtraject en daaraan gerelateerde zorgtrajecten
Hashtotal DIS	Hash zoals deze voor het DIS is afgeleid in de grouper
Hashversie DIS	Gebouwde hashversie
Certificaatversie hash	Gebouwde versie van het certificaat om hashtotal te ontsleutelen
Tabelsetversie	Versie van de tabelset
Grouperversie	Versie van de grouper
Status	Status die aangeeft of de declaratiedataset bepaald is in de grouper t.b.v. declaratie of nog een voorlopige nummer heeft

* *Unieke identificatie declaratiedatasetrecord*

3.1.4 Subtraject

Deze set betreft alle subtrajecten die in de aanleverperiode zijn gestart, onafhankelijk van de maand waarin het (gekoppelde) zorgtraject geopend is.

De volgende subtrajecten dienen aangeleverd te worden:

- *Gefactureerde* subtrajecten conform DIS-aanlevering (declaratiedatum is gevuld);
- *Afgesloten* maar (nog) niet gefactureerde of niet-declarabele subtrajecten (einddatum subtraject is reeds gevuld). Het subtraject is al dan niet door een grouper verwerkt/ declaratiecode is al dan niet ingevuld.
- *Open* subtrajecten (startdatum is gevuld en einddatum is leeg).

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Declaratie dataset nummer	Unieke identificatie van de set bij elkaar horende gegevens m.b.t. één declarabel subtraject en daaraan gerelateerde zorgtrajecten
Zorgtraject nummer	Binnen de instelling waar de zorg is verleend unieke identificatie van het zorgtraject
Subtraject nummer*	Binnen de instelling waar de zorg is verleend unieke identificatie van het subtraject
Hoofdtraject indicatie	Indicatie die aangeeft of dit subtraject een hoofdtraject is
Begindatum Subtraject	De datum waarop het betreffende subtraject is gestart
Einddatum Subtraject	De datum waarop het betreffende subtraject is beëindigd
Behandelend specialisme	De beroepsgroep/specialisme van de medisch beroepsbeoefenaar waartoe de patiënt zich gewend heeft voor de behandeling van zijn zorgvraag
Zorgtype	DBC-zorgtype
Zorgvraag	DBC-zorgvraag
Typerende diagnose	DBC diagnose typering
DBC Ziekenhuiskosten	Integrale kosten van de DBC
Zorgproduct	DBC-zorgproduct
Declaratie	Declaratiecode
Afsluitreden	Reden van afsluiten DBC
Leeftijd	Leeftijd op begindatum subtraject
Aanspraak ZVW	Vergoeding ten laste van de Zorgverzekeringswet (ZVW)
Aanspraak ZVW toegepast	Indicatie die aangeeft of de aanspraak code ZVW is gebruikt
ZA machtiging in profiel	Indicatie die aangeeft of er sprake is van een machtiging in het profiel
Oranje ZA	Indicatie die aangeeft of er sprake is van oranje zorgactiviteiten
Zorgactiviteitvertaling toegepast	Indicatie die aangeeft of er sprake is van een niet-geleverde activiteit waarbij gebruikt is gemaakt van een conversietabel
UZOVI nummer	Zorgverzekeraar van de patiënt aan wie de declarabele producten zijn of worden gefactureerd
Typerende diagnose ICD10	typerende diagnose gecodeerd met ICD-10
1 ^e aanvulling ICD-10	Eerste aanvullende ICD-10 diagnose (set van Typerende diagnose ICD10 en aanvullingen beschrijven de diagnose, bijvoorbeeld in het geval van dagger en asterisk combinaties of in het geval van syndromen)

2 ^e aanvulling ICD-10	Tweede aanvullende ICD-10 diagnose (set van Typerende diagnose ICD10 en aanvullingen beschrijven de diagnose, bijvoorbeeld in het geval van dagger en asterisk combinaties of in het geval van syndromen)
3 ^e aanvulling ICD-10	Derde aanvullende ICD-10 diagnose (set van Typerende diagnose ICD10 en aanvullingen beschrijven de diagnose, bijvoorbeeld in het geval van dagger en asterisk combinaties of in het geval van syndromen)
4 ^e aanvulling ICD-10	Vierde aanvullende ICD-10 diagnose (set van Typerende diagnose ICD10 en aanvullingen beschrijven de diagnose, bijvoorbeeld in het geval van dagger en asterisk combinaties of in het geval van syndromen)
Declaratiedatum	Datum waarop de declaratie bij de verzekeraar, een andere instantie of de patiënt is ingediend
Behandelend subspecialisme	Behandelend subspecialisme volgens codelijst DHD
Behandelend subspecialisme code intern	Behandelend subspecialisme volgens interne codelijst ziekenhuis
Goedgekeurd	Waarschuwingen op niveau van opname zijn door ziekenhuis goedgekeurd (bij heraanlevering)
Koppelnummer*	Unieke identificatie bedoeld om patiëntgegevens te koppelen aan een zorgtraject, subtraject, medicatie en/of overige verrichtingen
Diagnosethesaurus id	ID Diagnosethesaurus van DBC typerende diagnose
Privacy	Niveau van privacy gebaseerd op door de patient ondertekende verklaring aangaande zorgactiviteiten op de nota

* Unieke identificatie subtrajectrecord

3.1.5 Nevendiagnose

Dit bestand bevat alle nevendiagnosen die (mede)bepalend waren voor de zorgverlening binnen een subtraject. Het bestand kan leeg worden aangeleverd.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Subtraject nummer*	Binnen de instelling waar de zorg is geleverd unieke identificatie van het subtraject
Specialisme diagnose*	Het specialisme van de medische beroepsbeoefenaar die de diagnose heeft gesteld
Diagnosecode DBC*	Diagnose in termen van DBC-code
Diagnose ICD10	Diagnose ICD-10
Diagnosethesaurus id	Diagnosethesaurus-ID van DBC typerende diagnose
Goedgekeurd	Waarschuwingen op niveau van opname zijn door ziekenhuis goedgekeurd (bij heraanlevering)

* Unieke identificatie nevendiagnoserecord

3.1.6 Geleverd zorgprofiel

Deze set bestaat uit alle zorgactiviteiten die zijn uitgevoerd in het kader van diagnostiek, behandeling, consulten, verpleegdagen en/of (dure) geneesmiddelen, die gekoppeld zijn aan een subtraject.

Alle geleverde zorgprofielen gekoppeld aan de voor de betreffende periode aangeleverde subtrajecten moeten worden aangeleverd (dus niet alleen de zorgprofielen met een datum in de betreffende periode).

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Declaratie dataset nummer	Nummer van de dataset waartoe dit zorgprofiel behoort
Zorgactiviteit nummer*	Binnen de instelling unieke volgnummer van de uitgevoerde zorgactiviteit
Subtrajectnummer*	Binnen de instelling waar de zorg is geleverd unieke identificatie van het subtraject
Aanvragend specialisme	Specialismecode van het aanvragend specialisme
Aanvragende instelling	Instelling/praktijk die de zorgactiviteit heeft aangevraagd
Uitvoerend specialisme	Het specialisme van de medische beroepsbeoefenaar die de zorgactiviteit heeft uitgevoerd
Uitvoerende instelling	Het ziekenhuis waar de zorgactiviteit is uitgevoerd indien dit niet in het ziekenhuis van verzorging is gebeurd
Zorgactiviteit code	Zorgactiviteitscode van de uitgevoerde zorgactiviteit
Datum zorgactiviteit	De datum waarop de uitvoering van de zorgactiviteit is gestart
Declaratiecode	Declaratiecode
Aantal	Aantal keer dat de zorgactiviteit binnen het subtraject werd uitgevoerd
Verkoopprijs ziekenhuis	De gedeclareerde verkoopprijs per eenheid/integraal tarief
Verkoopprijs honorarium	De gedeclareerde verkoopprijs honorarium per eenheid
UZOVI nummer	Zorgverzekeraar van de patiënt aan wie de declarabele producten zijn of worden gefactureerd
Code CBV	CBV-code van de uitgevoerde zorgactiviteit
Add on informatie	Detailinformatie over de verrichting
Declaratiedatum	Datum indienen declaratie
Opnamenummer	Het binnen de instelling unieke nummer waaronder de klinische opname of dagbehandeling bekend is
Interne registratiecode	Interne code voor zorgactiviteit/verrichting bij het ziekenhuis
AVsoort	Aanvrager soort
Aanvragend subspecialismecode	Subspecialismecode van het aanvragend specialisme
Aanvragend subspecialisme code intern	Interne code voor aanvragend (sub)specialisme

Uitvoerend subspecialismecode	Subspecialismecode van het uitvoerend specialisme
Uitvoerend subspecialisme code intern	Interne code voor uitvoerend (sub)specialisme
Producterende afdeling	Afdeling waar de verrichting is uitgevoerd
Goedgekeurd	Waarschuwingen op niveau van opname zijn door ziekenhuis goedgekeurd (bij heraanlevering)
Verrichting verrichtingthesaurus id	Verrichtingthesaurus-ID van de tijdens de zorg uitgevoerde verrichting
Locatie	Locatie binnen het ziekenhuis waar de zorgactiviteit heeft plaatsgevonden

* *Unieke identificatie van de uitgevoerde zorgactiviteit*

3.1.7 Honorarium

Deze set bevat de honoraria van behandelende en ondersteunende specialismen voor DBC-trajecten. Het is mogelijk om subtrajecten zonder honoraria te leveren, maar niet om honoraria te leveren zonder subtraject. Voor aanleverperiodes na 1 januari 2015 dient het bestand honorarium.txt leeg aangeleverd te worden, omdat de honorariumkosten per 1 januari 2015 integraal onderdeel zijn van de DBC-ziekenhuiskosten in de set Subtraject.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Subtrajectnummer*	Binnen de instelling waar de zorg is geleverd unieke identificatie van het subtraject
Specialismecode*	Code van het behandelend of ondersteunend specialisme
Kostensoort*	Kostensoort behorende bij honorarium
Honorarium	Honorarium van het behandelend of ondersteunend specialisme
Goedgekeurd	Waarschuwingen op niveau van opname zijn door ziekenhuis goedgekeurd (bij heraanlevering)

* *Unieke identificatie honorariumrecord*

3.1.8 Overige verrichting

Deze set bevat de verrichtingen die (nog) niet aan een subtraject kunnen worden gekoppeld. Het aanleveren van deze overige en/of zwevende verrichtingen is verplicht.

Het bestand dient alle verrichtingen te bevatten die zijn uitgevoerd in de aangeleverde periode (gebaseerd op de datum van de verrichting) en niet gekoppeld zijn aan een subtraject (en dus niet aangeleverd worden in de set Geleverd zorgprofiel). Het betreft gedeclareerde verrichtingen, openstaande verrichtingen en verrichtingen die niet gedeclareerd kunnen worden. De aan te leveren gegevens in deze set zijn dus uitgebreider dan de aanlevering binnen het DIS waar alleen de los declarabele verrichtingen verwacht worden.

Verrichtingen die in een later stadium gekoppeld worden aan een subtraject worden bij een heraanlevering aangeleverd in de set Geleverd zorgprofiel en verdwijnen uit de set Overige verrichting.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Verrichtingnummer*	Binnen de instelling unieke volgnummer van de uitgevoerde verrichting
Koppelnummer*	Unieke identificatie bedoeld om patiëntgegevens te koppelen aan een zorgtraject, subtraject, medicatie en/of overige verrichtingen
Aanvragend specialisme	Specialismecode van het aanvragend specialisme
Aanvragende instelling	Instelling/praktijk die de verrichting heeft aangevraagd
Uitvoerend specialisme	Het specialisme van de medische beroepsbeoefenaar uit eigen instelling die de verrichting heeft uitgevoerd
Uitvoerende instelling	De instelling waar de verrichting is uitgevoerd indien dit niet in de instelling van verzorging is gebeurd
Zorgactiviteit code	Zorgactiviteitscode van de uitgevoerde zorgactiviteit
Declaratiecode	Declaratiecode
Datum verrichting	De datum waarop de uitvoering van de verrichting is gestart
Verkoopprijs ziekenhuis	De gedeclareerde verkoopprijs per eenheid/integraal bedrag
Verkoopprijs honorarium	De gedeclareerde verkoopprijs honorarium per eenheid
Aantal	Aantal keer dat de verrichting werd uitgevoerd
Uzovi nummer	Zorgverzekeraar van de patiënt aan wie de declarabele producten zijn of worden gefactureerd
Code CBV	CBV-code van de uitgevoerde verrichting
Add on informatie	Detailinformatie over de verrichting
Declaratiedatum	Datum indienen declaratie
Opnamenummer	Het binnen de instelling unieke nummer waaronder de klinische opname of dagbehandeling bekend is
Interne registratie code	Interne code voor zorgactiviteit/verrichting bij ziekenhuis
AVsoort	Aanvrager soort
Aanvragend subspecialisme code	Subspecialismecode van het aanvragend specialisme
Aanvragend subspecialisme code intern	Interne code voor aanvragend (sub)specialisme
Uitvoerend subspecialisme code	Subspecialismecode van het uitvoerend specialisme

Uitvoerend subspecialisme code intern	Interne code voor uitvoerend (sub)specialisme
Producterende afdeling	Afdeling waar de verrichting is uitgevoerd
Goedgekeurd	Waarschuwingen op niveau van opname zijn door ziekenhuis goedgekeurd (bij heraanlevering)
Verrichting verrichtingthesaurus id	Verrichtingthesaurus-ID van de tijdens de zorg uitgevoerde verrichting
Locatie	Locatie binnen het ziekenhuis waar de zorgactiviteit heeft plaatsgevonden

* *Unieke identificatie verrichtingenrecord*

3.1.9 Medicatie

Deze set bevat alle gegevens over verstrekkingen van geneesmiddelen uitgevoerd in de aangeleverde maand. Vanaf 1 januari 2017 dienen add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren verplicht te worden aangeleverd. Voor aanleveringen van periodes voor 2017 dient het bestand leeg te worden aangeleverd. In de toekomst kan de set ook gebruikt worden voor de registratie van andere geneesmiddelen.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Nummer verstrekking geneesmiddel*	Unieke identificatie van een geneesmiddelverstrekking binnen een instelling
Verstrekingsdatum	De datum waarop het geneesmiddel aan de patiënt is verstrekt of toegediend
Zorgtraject nummer	Binnen de instelling waar de zorg is verleend unieke identificatie van het zorgtraject
Koppelnummer*	Unieke identificatie bedoeld om patiëntgegevens te koppelen aan een zorgtraject, subtraject, medicatie en/of overige verrichtingen
Aantal gebruikte eenheden	Het aantal eenheden of fracties van eenheden dat nodig is om de voorgeschreven hoeveelheid aan de patiënt te kunnen verstrekken
ZI-nummer	Z-index nummer van het geneesmiddel
Indicatie	Indicatie waarvoor het geneesmiddel is verstrekt aan de patiënt (voor add-on en stollingsfactoren)
Code soort geneesmiddel	Code die aangeeft of het geneesmiddel is toegepast als add-on of stollingsfactor
Gedeclareerd bedrag	Het gedeclareerde bedrag van het add-on geneesmiddel of de stollingsfactor
Uitvoerend specialisme	De beroepsgroep/specialisme van de medische beroepsbeoefenaar die het geneesmiddel heeft voorgeschreven
Uitvoerende instelling	AGB-code van de instelling waar het geneesmiddel is voorgeschreven
Declaratiedatum	Datum indienen declaratie
Uitvoerend subspecialisme code	Subspecialismecode van het uitvoerend specialisme
Uitvoerend subspecialisme code intern	Interne code voor het uitvoerend (sub)specialisme
Producterende afdeling	Afdeling waar de verrichting is uitgevoerd

UZOVI nummer	Zorgverzekeraar van de patiënt aan wie de declarabele producten zijn of worden gefactureerd
Locatie	Locatie binnen het ziekenhuis waar het geneesmiddel is voorgeschreven
Goedgekeurd	Waarschuwingen op niveau van medicatie zijn door ziekenhuis goedgekeurd (bij heraanlevering)
Privacy	Niveau van privacy gebaseerd op door de patient ondertekende verklaring aangaande zorgactiviteiten op de nota

* *Unieke identificatie medicatierecord*

3.1.10 Pakbon

Dit bestand bevat de metagegevens van de financiële aanlevering, waarmee de inhoud van het aangeleverde bestand wordt gecontroleerd. Afwijkende aantallen in de pakbon – ten opzichte van het aantal records in het/de betreffend(e) bestand(en) – leidt tot afkeuring van de totale aanlevering.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Instellingsnummer AGB	Unieke identificatie van de instelling die de patiënt zorg heeft verleend volgens AGB-codelijst
Instelling volgnr DIS	Volgnummer van het aanleverende organisatieonderdeel
LBZ versienummer	Versienummer van de LBZ-standaard
Creatiedatum	Datum aanmaken ZIP-file
Volgnummer	Volgnummer van de aanlevering
Zipfilenaam	Volledige naam van de ZIP-file
Software leverancier	Naam van de softwareleverancier
Softwarepakket	Naam van het softwarepakket waarmee de aanlevering is gemaakt
Softwareversie	Versie van het softwarepakket
Periode aanlevering	Periode (kalendermaand) waarop aanlevering betrekking heeft
Indicatie heraanlevering	Indicatie die aangeeft of deze aanlevering een heraanlevering is
Aantal Patiënt	Aantal records in bestand LBZ_patiëntfin.txt
Aantal Zorgtraject	Aantal records in bestand zorgtraject.txt
Aantal declaratiedataset	Aantal records in bestand declaratiedataset.txt
Aantal subtraject	Aantal records in bestand subtraject.txt
Aantal honorarium	Aantal records in bestand honorarium.txt
Aantal zorgprofiel	Aantal records in bestand geleverdzorgprofiel.txt



Aantal nevendoragnose	Aantal records in bestand nevendoragnose.txt
Aantal overige verrichting	Aantal records in bestand overigeverrichting.txt
Aantal medicatiefin	Aantal records in bestand medicatiefin.txt

4 Toelichting op aanlevering medische LBZ-data

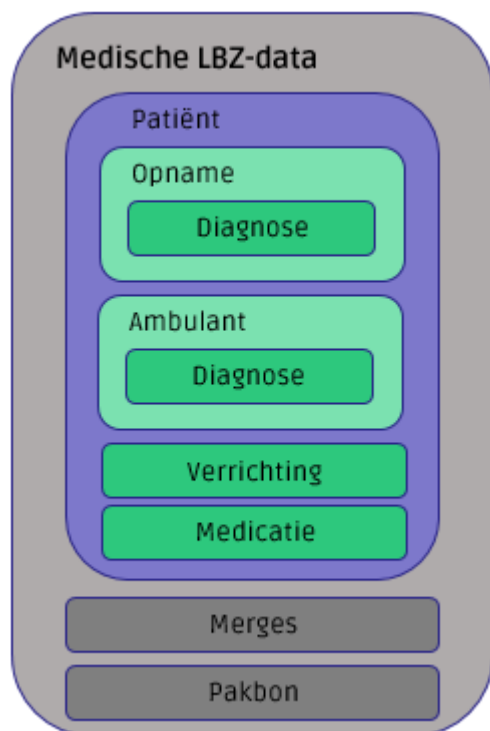
In de medische LBZ-data staan zorgmomenten (opnamen en ambulante contacten) inclusief diagnoses en verrichtingen centraal. Een zorgmoment is elk identificeerbaar contact, voorzien van start en einde, tussen een patiënt en een zorgverlener van het ziekenhuis, waarin zorg is verleend.

Een zorgmoment kan zijn een ambulant contact (A), een klinische opname (K), een langdurige observatie (O), een dagverpleging (D) en een resterende opname (R).

4.1 Aan te leveren gegevens

De aan te leveren gegevens kunnen worden onderverdeeld in sets. Per gegevensset dient een tekstbestand te worden gemaakt, die vervolgens worden samengevoegd tot één ZIP-bestand. Het ZIP-bestand betreft altijd de gegevens van één aanleverperiode, in dit geval één kalendermaand.

In figuur 3 is de opbouw voor het bestand met medische LBZ-data weergegeven. Daarna volgt per set een beschrijving en een overzicht van de velden in de aanlevering. In hoofdstuk 5 wordt een toelichting gegeven op de ICD-10 diagnoseregistratie. In hoofdstuk 6 worden een aantal velden (aangegeven met **) toegelicht en waar nodig wordt met voorbeelden verduidelijkt hoe de gegevens geregistreerd dienen te worden. Voor de gedetailleerde, technische specificaties van de aan te leveren bestanden verwijzen we u naar het medische LBZ-datamodel op de [website van DHD](#).



Figuur 3: Gegevenssets medische LBZ-data

4.1.1 Patiënt

Deze set bevat de patiëntgegevens van de in de aanleverperiode beëindigde opnamen, uitgevoerde ambulante contacten, uitgevoerde verrichtingen en/of verstrekte medicatie. Van deze patiënten dienen minimaal de verplichte gegevens te worden ingevuld. Deze set kan niet leeg zijn. Een patiënt komt in deze set eenmaal voor.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
AGB instellings nummer*	AGB-code van de instelling
Patiënt-id*	Binnen de instelling waar de zorg is verleend blijvend unieke identificatie van de patiënt ten behoeve van de LBZ
BSN nummer	BSN-nummer van de patiënt (wordt via ZorgTTP gepseudonimiseerd, zie paragraaf 7.3)
Geboortedatum	De datum waarop de patiënt geboren is
Geslacht	Het geslacht van de patiënt direct voorafgaand aan het zorgmoment
Postcode	De postcode van de Nederlandse woonplaats waar de patiënt verblijft direct voorafgaand aan het zorgmoment
Land inwoning	Het land waar de patiënt verblijft direct voorafgaand aan het zorgmoment
Huisarts	(Huis)arts van de patiënt die verantwoordelijk is voor de reguliere eerstelijns zorg
Goedgekeurd	Waarschuwingen op niveau van patiënt zijn door ziekenhuis goedgekeurd
Toestemming gebruik data**	Indicatie waarmee aan gegeven wordt of de patiënt al dan niet akkoord is met het gebruik van zijn data voor wetenschappelijk onderzoek
PatientID_inst	Binnen de instelling waar de zorg is verleend blijvend unieke identificatie van de patiënt zoals in het ziekenhuis gebruikt

* *Unieke identificatie patiëntrecord*

** *Veld wordt in hoofdstuk 6 verder toegelicht*

4.1.2 Opname

Deze set betreft de opnamegegevens van de in de aanleverperiode ontslagen patiënten (klinische opname, langdurige observatie, dagverpleging, resterende opname) inclusief de hoofddiagnose en indien van toepassing de hoofdverrichting. Van deze set dienen minimaal de verplichte gegevens te zijn ingevuld. Het aanleveren van een langdurige observatie als opname (in plaats van enkel als verrichting) is verplicht per 1 juli 2014. Vanaf 1 januari 2019 kunnen ook resterende opnamen worden aangeleverd (zie paragraaf 6.8 voor nadere uitleg).

Alle opnamen met een ontslagdatum in de aanleverperiode dienen vanaf registratiejaar 2019 te worden aangeleverd ongeacht of de codering van de diagnoses al gereed is (zie paragraaf 6.10 voor een toelichting).

Deze set kan leeg zijn, maar dient wel altijd aangeleverd te worden, dus ook als in de rapportageperiode geen patiënten ontslagen zijn.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Patiënt-id*	Binnen de instelling waar de zorg is verleend blijvend unieke identificatie van de patiënt
Contact-id*	Het binnen de instelling unieke nummer waaronder het zorgmoment bekend is
Locatie	Locatie binnen het ziekenhuis waar de opname of het ambulante contact heeft plaatsgevonden
Casenummer	De binnen de instelling unieke nummers waaronder de zorgvragen van de patiënt bekend zijn
Type zorg	Het zorgtype van het zorgmoment
Aard zorg	De vorm van zorg van het zorgmoment
Startdatum	De datum waarop het betreffende zorgmoment is gestart of heeft plaatsgevonden
Starttijd	Tijdstip waarop het betreffende zorgmoment is gestart of heeft plaatsgevonden
Ontslag datum	De datum waarop de betreffende opname is beëindigd
Ontslag tijd	Het uur waarop de betreffende opname is beëindigd
Opname specialisme	De beroepsgroep/het specialisme van de medische beroepsbeoefenaar die de patiënt heeft opgenomen
Herkomst**	De verblijfplaats waar de patiënt verbleef direct voorafgaand aan de start van de opname
Bestemming**	De verblijfplaats waar de patiënt zal verblijven direct na het einde van de opname
Urgentie opname**	Indicatie m.b.t. de urgentie van de opname
Ontslag specialisme	De beroepsgroep/specialisme van de medisch beroepsbeoefenaar die de patiënt heeft ontslagen
Hoofddiagnose zorgmoment ICD-10***	De diagnose die achteraf (dus bij ontslag) beschouwd wordt als de belangrijkste reden voor opname volgens ICD-10 codering
Hoofddiagnose zorgmoment diagnose thesaurus id***	Diagnosethesaurus-ID van de diagnose die achteraf (dus bij ontslag) beschouwd wordt als de belangrijkste reden voor opname
Hoofdverrichting zorgmoment CBV**	De verrichting die aan het eind van het zorgmoment beschouwd wordt als de belangrijkste verrichting binnen de opname indien aanwezig volgens CBV-codering
Hoofdverrichting zorgmoment ZA**	De verrichting die aan het eind van het zorgmoment beschouwd wordt als de belangrijkste verrichting binnen de opname indien aanwezig volgens ZA-codering
Hoofdverrichting verrichtingthesaurus id**	Thesaurus id van de verrichting die aan het eind van het zorgmoment beschouwd wordt als de belangrijkste verrichting binnen de opname indien aanwezig
Opname specialist	Specialist die de patiënt heeft opgenomen
Ontslag specialist	Specialist die de patiënt heeft ontslagen
Goedgekeurd	Waarschuwingen op niveau van opname zijn door ziekenhuis goedgekeurd

Privacy	Niveau van privacy gebaseerd op door de patient ondertekende verklaring aangaande zorgactiviteiten op de nota
Status**	Indicatie die aangeeft of de opname al dan niet gecodeerd met diagnoses is aangeleverd

* *Unieke identificatie opnamerecord*

** *Veld wordt in hoofdstuk 6 verder toegelicht*

*** *In hoofdstuk 5 wordt een toelichting gegeven op de ICD-10 diagnoseregistratie*

4.1.3 Diagnose opname

Deze set betreft alle diagnoses, behorend tot de set Opname (ontslagen patiënten). Van deze set dienen minimaal de verplichte gegevens te zijn ingevuld. De set bevat per opname minimaal één primaire diagnose (indien de status van de opname aangeeft dat de opname gecodeerd met diagnoses is aangeleverd). Indien er sprake is van opname door meer specialismen, wordt per specialisme een primaire diagnose vastgelegd. Eén van deze primaire diagnoses is de hoofddiagnose. Wanneer er meer diagnoses zijn per specialisme, worden deze als nevendiagnose aangemerkt. In hoofdstuk 5 vindt u meer informatie over de ICD-10 diagnoseregistratie.

Indien de set Opname leeg is, dient ook deze set leeg te zijn en leeg te worden aangeleverd.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Patiënt-id*	Binnen de instelling waar de zorg is verleend blijvend unieke identificatie van de patiënt
Contact-id*	Het binnen de instelling unieke nummer waaronder het zorgmoment bekend is
Diagnose –id*	Binnen de opname uniek nummer van de diagnose
Casenummer	De binnen de instelling unieke nummers waaronder de zorgvragen van de patiënt bekend zijn
Specialisme diagnose	De beroepsgroep/specialisme van de medische beroepsbeoefenaar waartoe de patient zich gewend heeft voor de behandeling van zijn zorgvraag
Indicatie primaire diagnose	Indicatie die aangeeft of de bijbehorende diagnose de primaire diagnose van opname voor het betreffende specialisme is
Diagnose ICD-10***	Diagnose die de geleverde zorg (mede) heeft bepaald
MC code ICD-10***	Indicatie complicatie
Diagnose diagnose thesaurus id***	Diagnose die de geleverde zorg (mede) heeft bepaald
SNOMED identificatie	Identificatie overeenkomstige SNOMED-code
Diagnose stellend specialist	Specialist die de diagnose heeft gesteld of aangemerkt als zijnde belangrijk voor de opname
Indicatie Hoofddiagnose	Indicatie die aangeeft of de betreffende diagnose/specialisme combinatie de hoofddiagnose betreft
Indicatie diagnose set	Indicatie die aangeeft dat bepaalde diagnoses samen een set vormen
Soort behandelaar	Indicatie die aangeeft of de diagnose gekoppeld is aan een hoofdbehandelaar, medebehandelaar of ICC

Goedgekeurd	Waarschuwingen op niveau van diagnose opname zijn door ziekenhuis goedgekeurd (bij heraanlevering)
Indicatie algemene nevendiagnose	Indicatie die aangeeft of de diagnose voor alle specialismen binnen de opname als nevendiagnose geldt (bij verwerking wordt een regel per specialisme aangemaakt)
Bron***	Bron waarin de diagnose is vastgelegd: EPD (door arts), LBZ-codeermodule (door medisch codeur), afgeleid middels verrifieerbaar AI-algoritme of afgeleid maar niet verifieerbaar
AI_voorgestelde diagnose***	Meest waarschijnlijke diagnosecode voorgesteld door AI-algoritme
AI_zekerheidsperc_voorstel***	Zekerheidspercentage van de voorgestelde diagnosecode door het AI-algoritme
DiagAI_gecontroleerd***	Indicatie die aangeeft of de medisch codeur de code die afgeleid is middels een AI-algoritme heeft gecontroleerd en overgenomen
AI_zekerheidsperc_overgenomen_diagnose***	Zekerheidspercentage van de aangeleverde diagnose aangegeven door het algoritme waarmee de code is afgeleid indien er sprake is van AI

* *Unieke identificatie diagnoserecord*

*** *In hoofdstuk 5 wordt een toelichting gegeven op de ICD-10 diagnoseregistratie*

4.1.4 Ambulant contact

Deze set betreft de gegevens over de in de aanleverperiode uitgevoerde ambulante contacten, waarvan minimaal de verplichte gegevens zijn ingevuld. Voor het selecteren en vastleggen van ambulante contacten wordt gebruikgemaakt van de tabellen 'LBZcodesCBVsoortcontact' en 'LBZcodesZAsoortcontact' (zie paragraaf 8.1.3). Hierin staan de verrichtingen die een ambulant contact aangeven. Verrichtingen zoals SEH-bezoek of intercollegiaal consult die ook bij het ambulant contact horen, maar naast de codes als eerste polikliniekbezoek, herhaalbezoek en belconsult worden vastgelegd, kunnen niet als ambulant contact worden aangeleverd. Deze dienen alleen in de verrichtingen te worden meegeleverd.

Deze set kan leeg zijn indien in de rapportageperiode geen ambulante contacten hebben plaatsgevonden, maar dient wel altijd te worden aangeleverd.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Patiënt-id*	Binnen de instelling waar de zorg is verleend blijvend unieke identificatie van de patiënt
Contact-id*	Het binnen de instelling unieke nummer waaronder het zorgmoment bekend is
Startdatum	De datum waarop het betreffende zorgmoment is gestart of heeft plaatsgevonden
Uitvoerend specialisme	Het specialisme van de medische beroepsbeoefenaar uit de eigen instelling die verantwoordelijk was voor dit contact
Locatie	Locatie binnen het ziekenhuis waar het ambulante contact heeft plaatsgevonden
Casenummer	De binnen de instelling unieke nummers waaronder de zorgvragen van de patiënt bekend zijn
Aard zorg	De vorm van zorg van het zorgmoment
Starttijd	Tijdstip waarop het betreffende zorgmoment is gestart of heeft plaatsgevonden

Verrichting CBV**	Verrichting die aangeeft om welk soort contact het gaat volgens CBV-codering
Verrichting ZA**	Verrichting die aangeeft om welk soort contact het gaat volgens ZA-codering
Verrichting verrichtingthesaurus id**	Thesaurus id van de verrichting die aangeeft om welk soort contact het gaat
SEH	Geeft aan of het contact op de SEH heeft plaats gevonden
Indicatie EAC	Indicatie die aangeeft of er sprake is van een Eerste Administratief Consult c.q Eerste Polikliniek Bezoek
Polikliniek nummer	Poliklinieknummer opgegeven door het ziekenhuis
Verwijzend specialisme	Specialisme/beroep/dienst die/dat de patiënt voor dit contact naar het ziekenhuis heeft verwezen
Uitvoerend specialist	Medisch specialist uit eigen instelling die verantwoordelijk was voor dit contact
Verwijzend specialist	Medisch specialist die de patiënt voor dit contact naar het ziekenhuis heeft verwezen
Zelfverwijzer	Code van de (zelf)verwijzer
SEH nummer	Uniek volgnummer van SEH-bezoek
Triagecode binnenkomst	Triagecode bij binnenkomst
Triagetype	Gebruikte systeem van triage
Triagecode	Kleurcode afgegeven bij triage
Shockroom	Indicatie die aangeeft of er gebruik is gemaakt van de shockroom
Traumakamer	Indicatie die aangeeft of er gebruik is gemaakt van de traumakamer
Datum ongeval	Datum waarop ongeval heeft plaatsgevonden
Tijd ongeval	Tijd waarop ongeval heeft plaatsgevonden
Reden bezoek	Reden van bezoek aan SEH
Oorzaak letsel	Oorzaak letsel
Verwijzing SEH	Degene die de patiënt naar de SEH heeft verwezen
AGB nummer verwijzer SEH	AGB-nummer van de verwijzende instelling
Vervoer	Type vervoer waarmee de patient naar de SEH is gekomen
Bestemming na SEH	Bestemming patiënt na SEH-bezoek
AGB nummer bestemming na SEH	AGB-nummer van de instelling waar de patient vanuit de SEH naar wordt verwezen indien dit niet de eigen instelling betreft
Tijd opname SEH	Tijd waarop de patient is opgenomen op de SEH
Datum Triage	Datum waarop de triage is gestart

Tijd triage	Tijd waarop de triage is gestart
Datum aanvang behandeling	Datum waarop de behandeling op de SEH is gestart
Tijd aanvang behandeling	Tijd waarop de behandeling op de SEH is gestart
Datum ontslag SEH	Datum waarop de behandeling van de patiënt is afgelopen op de SEH of waarop de patiënt is overleden op de SEH
Tijd ontslag SEH	Tijd waarop de patiënt is ontslagen van de SEH of is overleden op de SEH
Datum vertrek SEH	Datum waarop de patiënt fysiek de SEH verlaat
Tijd vertrek SEH	Tijd waarop de patient fysiek de SEH verlaat
Goedgekeurd	Waarschuwingen op niveau van ambulante contact zijn door ziekenhuis goedgekeurd (bij heraanlevering)
Privacy	Niveau van privacy gebaseerd op door de patient ondertekende verklaring aangaande zorgactiviteiten op de nota

* *Unieke identificatie ambulante contactrecord*

** *Veld wordt in hoofdstuk 6 verder toegelicht*

4.1.5 Diagnose ambulante

Deze set betreft de gestelde diagnoses, behorend bij de set Ambulante contact. Gewenst is dat de diagnose per contactmoment wordt vastgelegd, bijvoorbeeld met behulp van de Diagnosethesaurus. De code kan echter ook worden afgeleid van de typerende diagnose ICD-10 uit het subtraject. De set bevat minimaal de verplichte gegevens van tenminste één diagnose (verplicht per 1 januari 2016 indien af te leiden uit de het subtraject of het contactmoment).

Indien de set Ambulante contact leeg is, moet ook deze set leeg zijn. De set dient wel altijd aangeleverd te worden.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Patiënt-id*	Binnen de instelling waar de zorg is verleend blijvend unieke identificatie van de patiënt
Contact-id*	Het binnen de instelling unieke nummer waaronder het zorgmoment bekend is
Casenummer	De binnen de instelling unieke nummers waaronder de zorgvragen van de patiënt bekend zijn
Diagnose-id*	Binnen het contact unieke nummer van de diagnose
Specialisme diagnose	De beroepsgroep/specialisme van de medische beroepsbeoefenaar waartoe de patient zich gewend heeft voor de behandeling van zijn zorgvraag
Diagnose ICD-10***	Diagnose die de geleverde zorg (mede) heeft bepaald volgens ICD-10 codering
MC code ICD-10***	Indicatie complicatie behorend bij de ICD-10 codering
Diagnose diagnose thesaurus***	Diagnosethesaurus-ID van de diagnose die de geleverde zorg (mede) heeft bepaald

SNOMED identificatie	Identificatie overeenkomstige SNOMED-code
Diagnose stellend specialist	Specialist die de diagnose heeft gesteld of aangemerkt als zijnde van belang voor het ambulante contact
Indicatie diagnose set	Indicatie die aangeeft dat bepaalde diagnoses samen een set vormen
Goedgekeurd	Waarschuwingen op niveau van diagnose ambulante contact zijn door ziekenhuis goedgekeurd (bij heraanlevering)

* *Unieke identificatie diagnoserecord*

*** *In hoofdstuk 5 wordt een toelichting gegeven op de ICD-10 diagnoseregistratie*

4.1.6 Verrichting

In deze gegevensset zitten de gegevens over alle in de aanleverperiode uitgevoerde verrichtingen en zorgactiviteiten, waarvan minimaal de verplichte gegevens zijn ingevuld. Zowel verrichtingen gerelateerd aan opnamen en ambulante contacten als losse verrichtingen (bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek) dienen te worden aangeleverd. Deze set kan leeg zijn indien in de rapportageperiode geen verrichtingen hebben plaatsgevonden, maar dient wel altijd aangeleverd te worden.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Patiënt-id*	Binnen de instelling waar de zorg is verleend blijvend unieke identificatie van de patiënt
Verrichting-id*	Binnen de instelling unieke volgnummer van de uitgevoerde verrichting
Locatie	Locatie binnen het ziekenhuis waar de opname of het ambulante contact heeft plaatsgevonden
Casenummer	De binnen de instelling unieke nummers waaronder de zorgvragen van de patiënt bekend zijn
Aanvragend specialisme	De beroepsgroep/specialisme van de medisch beroepsbeoefenaar die de verrichting heeft aangevraagd
Aanvragende instelling	Instelling/praktijk die de verrichting heeft aangevraagd
Uitvoerend specialisme	De beroepsgroep/specialisme van de medisch beroepsbeoefenaar die de verrichting heeft uitgevoerd
Uitvoerende instelling	De instelling waar de verrichting is uitgevoerd indien dit niet in de eigen instelling is gebeurd
Verrichting CBV**	Tijdens de zorg uitgevoerde verrichting volgens CBV-codering
Verrichting ZA**	Tijdens de zorg uitgevoerde verrichting volgens ZA-codering
Verrichting verrichtingthesaurus id**	Verrichtingthesaurus-ID van de tijdens de zorg uitgevoerde verrichting
Startdatum	Datum waarop de verrichting is gestart c.q de datum waarop de patiënt de OK-ruimte is binnengekomen
Starttijd	Tijdstip waarop de verrichting is gestart c.q het tijdstip waarop de patiënt de OK-ruimte is binnengekomen
Eind datum	Datum waarop de verrichting is beëindigd c.q de datum waarop de patiënt de OK-ruimte heeft verlaten
Eindtijd	Tijdstip waarop de verrichting is beëindigd c.q het tijdstip waarop de patiënt de OK-ruimte heeft verlaten

SNOMED identificatie	Identificatie overeenkomstige SNOMED-code
Aantal	Aantal keren dat de verrichting op dezelfde datum is uitgevoerd
Subtraject nummer	DIS-subtrajectnummer waar de verrichting bij hoort
Typerende diagnose code	DBC diagnose typering
Typerende diagnose ICD-10	Typerende diagnose van het subtraject volgens ICD-10 codering
Aanvragend specialist	Medisch specialist die de verrichting heeft aangevraagd
Uitvoerend specialist	Medisch specialist die de verrichting heeft uitgevoerd of onder wiens verantwoordelijkheid de verrichting is uitgevoerd
Goedgekeurd	Waarschuwingen op niveau van verrichting zijn door ziekenhuis goedgekeurd (bij heraanlevering)
UDI code**	Unieke aanduiding van het implantaat conform de GS1 UDI (Barcode)
Tijd implantaat**	Tijdstip in uren en minuten waarop het implantaat is geïmplant of geëxplanteerd

* Unieke identificatie verrichtingenrecord

** Veld wordt in hoofdstuk 6 verder toegelicht

4.1.7 Medicatie

Deze set bevat alle gegevens over verstrekkingen van geneesmiddelen uitgevoerd in de aangeleverde maand. Vanaf 1 januari 2017 moeten add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren verplicht worden aangeleverd (voor aanleveringen van periodes voor 2017 dient het bestand leeg te worden aangeleverd). In de toekomst kan de set ook gebruikt worden voor de registratie van andere geneesmiddelen.

De gegevensset bevat de volgende velden:

Naam	Omschrijving
Nummer verstrekking geneesmiddel*	Unieke identificatie van een geneesmiddelverstrekking binnen een instelling
Verstrekingsdatum	De datum waarop het geneesmiddel aan de patiënt is verstrekt
Patient-id*	Binnen de instelling waar de zorg is verleend blijvend unieke identificatie van de patiënt
Aantal gebruikte eenheden	Het aantal eenheden of fracties van eenheden dat nodig is om de voorgeschreven hoeveelheid aan de patiënt te kunnen verstrekken
ZI-nummer	Zorgidentificatienummer van het geneesmiddel
Indicatie	Indicatie waarvoor het geneesmiddel is verstrekt aan de patient (voor add-on en stollingsfactoren)
Code soort geneesmiddel	Code die aangeeft of het geneesmiddel is toegepast als add-on of stollingsfactor
Uitvoerend specialisme	De beroepsgroep/specialisme van de medische beroepsbeoefenaar die het geneesmiddel heeft voorgeschreven
Uitvoerende instelling	AGB-code van de instelling waar het geneesmiddel is voorgeschreven

Locatie	Locatie binnen het ziekenhuis waar de medicijnverstrekking heeft plaatsgevonden
Goedgekeurd	Waarschuwingen op niveau van medicatie zijn door ziekenhuis goedgekeurd (bij heraanlevering)
Privacy	Niveau van privacy gebaseerd op door de patient ondertekende verklaring aangaande zorgactiviteiten op de nota

* *Unieke identificatie medicatie*

4.1.8 Merges

Het komt voor dat een patiënt in een instelling dubbel wordt geregistreerd. Indien dit wordt vastgesteld is het noodzakelijk om de gegevens samen te voegen. Nadat dit in de instelling is gebeurd, worden beide patiënt-ID's aan de LBZ doorgegeven, zodat ook in de LBZ de gegevens kunnen worden samengevoegd. Hiertoe wordt een bestand opgesteld dat de volgende inhoud kent: huidig patiënt-ID en nieuw patiënt-ID.

Merges zijn uitsluitend onderdeel van eerste medische LBZ-aanleveringen en worden aangeleverd in de aanlevering van de maand waarin ze hebben plaatsgevonden.

Bijvoorbeeld: indien gemerged in mei wordt de aanlevering in de eerste aanlevering van de maand mei gedaan. Merges zijn geen onderdeel van heraanleveringen en/of financiële LBZ-aanleveringen.

Naam	Omschrijving
Patient-id oud	Oude patiënt-ID
Patient-id nieuw	Nieuw patiënt-ID

4.1.9 Pakbon

Dit bestand bevat de metagegevens van de medische aanlevering, waarmee de inhoud van het aangeleverde bestand wordt gecontroleerd. Afwijkende aantallen in de pakbon – ten opzichte van het aantal records in het/de betreffend(e) bestand(en) – leidt tot afkeuring van de totale aanlevering.

Naam	Omschrijving
AGB instellings nummer	AGB-code van de instelling
Instelling volgnr DIS	Volgnummer van het aanleverende organisatieonderdeel
LBZ versienummer	Versienummer van de LBZ standaard
Creatiedatum	Datum aanmaken ZIP-file
Volgnummer	Volgnummer van de aanlevering
Zipfilenaam	Volledige naam van de ZIP-file
Software leverancier	Naam van de softwareleverancier
Softwarepakket	Naam van het softwarepakket waarmee de aanlevering is gemaakt



Softwareversie	Versie van het softwarepakket
Periode aanlevering	Periode (kalendermaand) waarop de aanlevering betrekking heeft
Indicatie heraanlevering	Indicatie die aangeeft of deze aanlevering een heraanlevering is
Aantal Patient	Aantal records in bestand LBZ_patientmed.txt
Aantal Opname	Aantal records in bestand LBZ_opname.txt
Aantal Diagnose opname	Aantal records in bestand LBZ_diagnoseopn.txt
Aantal Ambulant contact	Aantal records in bestand LBZ_ambulant_contact.txt
Aantal Diagnose ambulante	Aantal records in bestand LBZ_diagnoseamb.txt
Aantal Verrichting	Aantal records in bestand LBZ_verrichting.txt
Aantal merges	Aantal records in bestand LBZ-merges.txt
Aantal medicatiemed	Aantal records in bestand medicatiemed.txt



5 Hoe gaat de ICD-10 diagnoseregistratie binnen de LBZ in zijn werk?

Het aanleveren van diagnosegegevens is onder andere van belang voor het bepalen van de HSMR, het monitoren van de ontwikkeling van ziekten en het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. Bij aanlevering aan de LBZ zijn naast de hoofd- en primaire diagnoses ook alle overige gestelde of aangemerkte diagnoses van de bij de behandeling betrokken specialismen² van belang.

Voor een uniforme vastlegging van diagnoses dienen deze vastgelegd te worden volgens de ICD-10 classificatie.

5.1 ICD-10

De ICD-10 is het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnoses. Dit classificatiesysteem wordt beheerd door de World Health Organization (WHO). Het WHO-FIC Collaborating Centre in Nederland heeft als taak om op nationaal niveau de informatieverstrekking en advisering met betrekking tot de classificaties en hun (mogelijke) toepassingen te verzorgen. Het RIVM draagt zorg voor de uitgifte van de ICD-10.

De diagnoses worden in de LBZ vastgelegd op het diepste niveau van de ICD-10, inclusief leestekens (punt, slash, asterisk en dagger (plusteken)). De ICD-10 versie die geschikt is voor de LBZ is te downloaden via <https://www.whofig.nl/downloads-en-links>. Kies hierbij het meest recente bestand behorende bij het betreffende registratiejaar onder het kopje 'ICD-10 bestanden voor gebruik in de LMR/LBZ'.

5.1.1 Instructies en ICD-10 codeadviezen


Voor gedetailleerde instructies over de registratie aan de hand van de ICD-10 verwijzen we u naar de Tiende Revisie van de 'Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen'. Let op: de definitie van de hoofddiagnose zoals deze voor de LBZ gehanteerd wordt, wijkt af van de definitie zoals opgenomen in de handleiding van de ICD-10 (zie paragraaf 5.2.2).

Op de [website van DHD](#) vindt u een groot aantal codeadviezen die zijn vastgesteld door de Expertgroep ICD-10. Ieder kwartaal verschijnt een geüpdatet bestand. Voor overige codevragen kunt u contact opnemen met de Servicedesk van DHD via info@dhd.nl of 030 799 61 65

5.1.2 ICD-10 registratie met de Diagnosethesaurus

De Diagnosethesaurus ondersteunt de arts bij het gestandaardiseerd vastleggen van diagnoses in het elektronisch patiëntendossier (EPD). De Diagnosethesaurus is een lijst met klinisch relevante diagnosetermen in de taal die medisch specialisten in de praktijk gebruiken. Medisch specialisten gebruiken de Diagnosethesaurus via het EPD-systeem van het ziekenhuis. De diagnosetermen zijn gegroepeerd in views per specialisme die kunnen overlappen. De geregistreerde diagnoses leiden (indien van toepassing) af naar de financieel georiënteerde codes (DBC-diagnosetypering) en naar ICD-10 codes. De lijst is

² Of buiten medisch specialisten een van de volgende beroepsbeoefenaren: arts-assistent, klinisch fysicus audioloog (1900), specialist ouderengeneeskunde (8418), SEHarts KNMG, verpleegkundig specialist en physician assistant.



gekoppeld aan de internationale standaard SNOMED CT ten behoeve van meervoudig gebruik.

De primaire diagnoses en nevendiagnosen die door de medisch specialist met de Diagnosethesaurus worden vastgelegd, kunnen benut worden voor de aanlevering aan de LBZ. Meer informatie over de Diagnosethesaurus vindt u op de [website van DHD](#).

5.2 Registratie van ICD-10 diagnoses

Voor klinische opnamen, langdurige observaties en dagverpleging dienen de hoofddiagnose, de primaire diagnose(n) en eventuele nevendiagnosen aangeleverd te worden. Voor de ambulante contacten dient de primaire diagnose aangeleverd te worden.

Het aanleveren van minimaal één primaire diagnose is verplicht voor klinische opnamen, langdurige observaties, dagverpleging en ambulante contacten. Aanvullend wordt gevraagd om het Diagnosethesaurus-ID en het SNOMED-ID aan te leveren (dit is optioneel). Aan de hand van deze ID's kan de LBZ-databank voor nog meer informatiebehoeften worden ingezet. Een voorbeeld is [CRAMP](#), een landelijke database van spierziekten die wordt gevuld vanuit de LBZ aan de hand van de aangeleverde ID's uit de Diagnosethesaurus.

5.2.1 Primaire diagnose

De primaire diagnose is de diagnose die voor het specialisme dat de zorg verleent achteraf (dus bij ontslag) beschouwd wordt als de voornaamste reden van opname, overname, medebehandeling of ICC.

Per (mee)behandelend specialisme wordt minimaal een primaire diagnose vastgelegd, eventueel aangevuld met nevendiagnosen. Voor een intercollegiaal consult (ICC) is het registreren van een primaire diagnose niet verplicht.

5.2.2 Hoofddiagnose

De hoofddiagnose is de diagnose die achteraf (dus bij ontslag) wordt beschouwd als de belangrijkste reden voor opname.

Er is altijd maar één hoofddiagnose en deze komt overeen met één van de primaire diagnoses die tijdens de opname zijn vastgelegd. Als er meerdere specialismen bij de opname zijn betrokken, wordt de hoofddiagnose geregistreerd bij het specialisme dat het grootste aandeel heeft gehad in de behandeling van de diagnose die de reden van opname was.

Voorbeeld

Een internist neemt een patiënt op vanwege benauwdheid. Het blijkt om een pneumonie te gaan waarvoor de patiënt wordt overdragen aan de longarts voor behandeling. De hoofddiagnose wordt in dat geval toegekend aan de longarts.

Let op:

- De hoofddiagnose is dus een aandoening die bij opname aanwezig was, al dan niet reeds gediagnostiseerd. *Voorbeeld:* Patiënt wordt opgenomen met acute uitvalsverschijnselen en spraakproblemen. Er wordt een herseninfarct geconstateerd. Het herseninfarct is de hoofdaandoening.
- Een complicatie die is ontstaan tijdens een opname kan nooit de hoofddiagnose zijn, omdat deze niet aanwezig was bij opname en dus niet de reden van opname is.

- De hoofddiagnose hoeft niet per definitie de zwaarste diagnose te zijn:
 - Het kan zijn dat er een ernstiger aandoening aanwezig is die op zich geen reden tot opname was. *Voorbeeld:* Een patiënt met ALS wordt opgenomen vanwege een acute galblaasontsteking. De reden van opname is de galblaasontsteking; dit is dus de hoofddiagnose.
 - Het kan zijn dat er tijdens de opname een ernstiger aandoening wordt geconstateerd die achteraf gezien al wel aanwezig was bij opname, maar dus niet de reden voor opname was. *Voorbeeld:* Een patiënt wordt voor Heelkunde opgenomen met gebroken ribben na een val. Op de röntgenfoto wordt een vlek op de long gezien waarvoor de longarts in consult komt. Er blijkt sprake van een kwaadaardige longtumor te zijn en de patiënt wordt overgeplaatst naar de afdeling Longgeneeskunde. De hoofddiagnose van deze opname is de gekneusde ribben, omdat dit de reden van opname was. Het longcarcinoom is een 'bijkomstige bevinding' en wordt als nevensdiagnose geregistreerd bij Heelkunde en is de primaire diagnose voor Longgeneeskunde.
 - Het kan zijn dat er gedurende de opname een ernstigere aandoening ontstaat dan de aandoening waarvoor de patiënt was opgenomen. In dat geval wordt deze aandoening als complicatie geregistreerd; dit kan daarom niet de hoofddiagnose zijn.
- Er zijn enkele codeerregels die van invloed kunnen zijn op de registratie van de hoofddiagnose. *Voorbeelden:*
 - Opname voor terminale nierinsufficiëntie door hypertensie:
De terminale nierinsufficiëntie is de reden van opname, maar de ICD-10 indeling bepaalt dat de hypertensieve nierinsufficiëntie de hoofddiagnose is. De terminale nierinsufficiëntie wordt aanvullend gecodeerd.
 - Opname vanwege neuropathie door diabetes mellitus:
De opnamereden is neuropathie, maar de dagger/asterisk-systematiek bepaalt de volgorde van de codering: eerst de code voor de gecompliceerde diabetes mellitus en aanvullend de neuropathie.
- Met deze definitie van de hoofddiagnose wordt afgeweken van de ICD-10 richtlijn, waarin de hoofdaandoening wordt gedefinieerd als de aandoening waarvan aan het eind van de zorgperiode wordt gesteld dat deze hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek. Indien er meer dan één zo'n aandoening bestaat, dan dient de aandoening die het meest verantwoordelijk wordt geacht voor het grootste gebruik van middelen te worden geselecteerd. Indien geen diagnose werd gesteld, dient het belangrijkste symptoom, een abnormale bevinding of probleem als hoofdaandoening te worden gekozen. Deze diagnose zal vaak gelijk zijn aan de reden van opname, maar kan verschillen.

5.2.3 Nevendiagnosen

Nevendiagnosen kunnen per (mee)behandelend specialisme of het in consult geroepen specialisme worden geregistreerd.

Nevendiagnosen zijn bijkomende aandoeningen of problemen die gedurende het zorgmoment naast elkaar voorkomen of zich ontwikkelen, en daarmee van invloed kunnen zijn op de behandeling of de uitkomst van de behandeling van de patiënt. Als meerdere specialismen bij de opname zijn betrokken, worden voor elk specialisme de relevante nevensdiagnosen geregistreerd. Hierdoor kan het voorkomen dat eenzelfde diagnose bij meerdere specialismen wordt vastgelegd.

Voorbeeld

Een patiënt wordt opgenomen met een blindedarmontsteking. Hij is tevens bekend met diabetes, waarvoor extra controles plaatsvinden. Ook is de patiënt uitgedroogd door het vele braken bij de ontsteking. De blindedarmontsteking is de hoofddiagnose en de bijkomende aandoeningen diabetes en uitdroging worden als nevendiaagnosen geregistreerd.

Algemene nevendiaagnosen

Het is mogelijk om nevendiaagnosen die voor alle (mede)behandelende specialismen gelden (bijvoorbeeld diabetes mellitus) slechts éénmaal aan te leveren per opname. Hiervoor is het veld 'Indicatie algemene nevendiaagnose' toegevoegd. Als dit veld is gevuld, wordt bij de verwerking in de LBZ een diagnoseregulering aangemaakt voor alle bij de betreffende opname betrokken specialismen. Dit kan alleen bij diagnoses die geen primaire diagnose zijn.

Voorbeeld

Een dementerende patiënt wordt opgenomen met een heupfractuur bij een orthopeed. Vanwege een delier komt de geriater in medebehandeling. Het delier is voor zowel de orthopeed als de geriater relevant, maar omdat het de primaire diagnose voor de geriater is kan het geen algemene nevendiaagnose zijn. De dementie is ook voor beide specialismen relevant en is daarmee wel een algemene nevendiaagnose.

Minimaal te coderen comorbiditeiten en risicofactoren

Het coderen van nevendiaagnosen roept vaak de vraag op: wanneer is een (chronische/voorgaande) aandoening, die niet in de conclusie wordt genoemd, wel of niet relevant voor een opname?

Deze afweging is voor codeurs vaak moeilijk te maken en mogelijk wordt hier verschillend mee omgegaan. Om codeurs te ondersteunen bij het registreren van nevendiaagnosen en meer uniformiteit van de ICD-10 diagnose-informatie binnen de LBZ-data te bewerkstelligen, heeft de expertgroep ICD-10 een lijst opgesteld met minimaal te coderen comorbiditeiten en risicofactoren.

Op de lijst staan:


- Chronische aandoeningen en factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden -> Indien vermeld, worden deze te allen tijde aanvullend gecodeerd.
- Aandoeningen en factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden die mogelijk genezen/overgaan -> Indien vermeld, worden deze uiteraard alleen gecodeerd als ze nog actueel zijn.

In beide gevallen hoeven de aandoeningen niet per se een relatie tot de opname te hebben.

Het betreft aandoeningen en risicofactoren waarvan aannemelijk is dat deze van invloed zijn op de gezondheid, behandeling en/of prognose van de patiënt.

Als basis voor de lijst is een selectie uit de Charlson index gebruikt, aangevuld met suggesties vanuit de expertgroep ICD-10. Omdat niet alle aandoeningen op de Charlson index door de expertgroep als chronisch en/of relevant worden beschouwd, is de Charlson index niet in zijn geheel overgenomen.

De lijst is als bijlage aan codeadvies 0-2 'Coderen van nevendiaagnosen en risicofactoren bij (dag)opnamen binnen de LBZ' toegevoegd, achterin het document [codeadviezen](#). Het advies



is om met ingang van registratiejaar 2020 de lijst met minimaal te coderen comorbiditeiten en risicofactoren als richtlijn voor de codering van nevendiaagnosen aan te houden.

De lijst is nog niet compleet, alleen aandoeningen waarover binnen de expertgroep ICD-10 overeenstemming is, zijn opgenomen. Suggesties voor het opnemen van aandoeningen, of andere ideeën, kunnen worden doorgegeven aan info@dhd.nl en zullen door de expertgroep ICD-10 worden beoordeeld.

5.2.4 Bron

Vanaf datamodel 8.0 worden naast de door de codeurs in de LBZ-codeermodule vastgelegde diagnoses ook de door de arts gestructureerd in het EPD vastgelegde diagnoses verwacht in de LBZ-aanlevering. Deze aanvulling is gedaan ten behoeve van analyse van verschillen in deze vastlegging. Hiermee kunnen wij onderzoek doen naar de gestructureerde vastlegging door artsen en het gebruik van de Diagnosethesaurus, zodat eventuele verbeterpunten voor de registratie en de Diagnosethesaurus gevonden kunnen worden. Deze aanpassing wordt op de achtergrond geregeld door de ZIS-leveranciers en heeft geen gevolgen voor de codeurs.

Om onderscheid te kunnen maken tussen de diagnoses vastgelegd door de codeurs en diagnoses vastgelegd door de artsen is het veld bron toegevoegd aan de diagnose. Dit veld wordt gevuld met een 0 als de codeur de diagnose heeft gecodeerd, met een 1 als de diagnose uit het EPD komt en met een 2 als de codeur de door een arts vastgelegde diagnose één-op-één overgenomen heeft.

Vanaf datamodel 8.1 zijn er twee nieuwe codes toegevoegd voor de bron om aan te kunnen geven dat een diagnose is afgeleid middels een algoritme. Code 3 geeft aan dat de diagnose middels een verifieerbaar algoritme is afgeleid en code 4 dat dit middels een niet verifieerbaar algoritme is gebeurd. Zie paragraaf 5.2.5 voor meer uitleg.


Voor de informatieproducten en indicatoren (HSMR, OLO, Heropnamen, etc.) worden de diagnoses met bron 1 (EPD) en 4 (afgeleid met niet verifieerbaar algoritme) nog niet gebruikt.

5.2.5 Afleiden diagnoses middels (AI) algoritme

Er zijn verschillende initiatieven ontwikkeld en in ontwikkeling die door middel van Artificial Intelligence (AI) ondersteuning bieden bij de codering van diagnoses. Om zicht te kunnen houden op de kwaliteit van de diagnosecodering in de LBZ is het van belang te weten hoe de diagnoses gecodeerd zijn (de bron) en - als dit middels een AI-algoritme is gebeurd - hoe betrouwbaar deze afleiding is.

In de LBZ maken we onderscheid tussen verifieerbare algoritmen en niet-verifieerbare algoritmen. Met verifieerbaar bedoelen wij dat in de LBZ-aanlevering meegegeven kan worden wat de door het algoritme gesuggereerde diagnosecode is, wat het percentage zekerheid van deze gesuggereerde diagnosecode is, of de codeur deze code heeft gecontroleerd en of de codeur de suggestie van het AI-algoritme heeft overgenomen.

Wanneer bij de medische codering gebruik wordt gemaakt van een AI-algoritme, maar er geen informatie aan de LBZ wordt aangeleverd over de betrouwbaarheid van de aangeleverde diagnosecodes zullen wij het algoritme als niet-verifieerbaar beschouwen.



Meer uitleg over de aanlevering en vulling van de bron en AI-verificatievelden vindt u in het document [Uitleg velden voor AI-afgeleide diagnosecodes in medische LBZ datamodel versie 8.1 e.v.](#).

5.2.6 ICD-10 code bij medebehandeling

Een meebehandelend specialisme is een specialisme dat betrokken is bij de behandeling van de patiënt zonder dat er verpleegdagen voor het betreffende specialisme zijn geregistreerd. Een medebehandeling is normaliter te herkennen aan de geregistreerde zorgactiviteit 190017.

Een meebehandelend specialisme registreert minimaal een primaire diagnose. Indien het voor de duiding van de zorgvraag relevant is – *waarom is het specialisme betrokken bij de behandeling?* – kunnen ook nevendiaagnosen worden vastgelegd (zie 5.2.3).

5.2.7 ICD-10 code bij ICC (intercollegiaal consult)

Tijdens een klinische opname kan er sprake zijn van een intercollegiaal consult door een ander specialisme dan het opnemend specialisme. Een ICC is te herkennen aan de geregistreerde zorgactiviteit 190009.

Bij een ICC is de registratie van een ICD-10 code niet verplicht, maar uiteraard wel toegestaan. In dat geval wordt voor het ICC een primaire diagnose geregistreerd.

5.2.8 Volgorde van diagnoses bij aanlevering

Binnen een opname hoeven de meeste diagnoses niet in een specifieke volgorde te worden aangeleverd, maar diagnoses die bij elkaar horen moeten wel opeenvolgend worden aangeleverd in verband met controles. Dit geldt voor de diagnoses van ICD-10 hoofdstuk II (Nieuwvormingen) en de bijbehorende morfologiecodes, en voor de diagnoses uit hoofdstuk XIX (Letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken) en hoofdstuk XX (Uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte). Hierbij hoeft niet elke code uit hoofdstuk II en hoofdstuk XIX herhaald te worden, zolang er maar een opeenvolgende set wordt aangeleverd.

Bijvoorbeeld:


Code uit Hst II
Code uit Hst II
Morfologie uit ICD-O-3

Code uit Hst XIX
Code uit Hst XIX
Code uit Hst XIX
Code uit Hst XX

Indien een code uit hoofdstuk XX ook wordt gebruikt bij een code uit een ander hoofdstuk dan hoofdstuk XIX, moet de code wel herhaald worden direct na die betreffende code. Alleen setjes van hoofdstuk XX- en hoofdstuk XIX-codes worden als zodanig herkend. Indien er twee codes uit een ander hoofdstuk gevolgd worden door dezelfde hoofdstuk XX-code, wordt dit niet als set herkend. Ook hier zal de hoofdstuk XX-code dus herhaald moeten worden.

Bijvoorbeeld:

Code uit Hst XIX



Code uit Hst XIX
Code uit Hst XIX
Code uit Hst XX
Code uit Hst III
Code uit Hst XX
Code uit Hst III
Code uit Hst X

Ook bij elkaar behorende dagger- en asteriskcodes moeten opeenvolgend worden aangeleverd (met eerst de dagger- en dan de asteriskcode).

Een dagger/asterisk-combinatie met morfologiecode dient in deze volgorde te worden aangeleverd:

Code uit Hst II (dagger)
Asterisk
Morfologie

Bijvoorbeeld:

Pathologische fractuur bij metastase bovenbeen bij adenocarcinoom: C79.5 + M90.75* + M8140/3

5.2.9 Relateren van codes

Door diagnosecodes aan elkaar te relateren (koppelen) wordt duidelijk dat de codes een set vormen en op die manier een volledig ziektebeeld beschrijven. Het relateren kan op twee of meer codes worden toegepast. U kunt navraag doen bij uw ZIS/EPD-leverancier hoe deze functionaliteit wordt ondersteund.

Het betreft verschillende toepassingen:

- Combinatie van dagger- en asteriskcode.

Bijvoorbeeld: sarcoïdose met leveraandoening:

{ D86.8† sarcoïdose van overige en gecombineerde lokalisaties
K77.8* leveraandoeningen bij elders geclassificeerde infectieziekten en parasitaire aandoeningen

- Diagnosen uit hoofdstuk II (Nieuwvormingen) en de morfologiecodes.

Bijvoorbeeld: plaveiselcelcarcinoom van de long:

{ C34.9 maligne neoplasma van bronchus of long, niet-gespecificeerd
M8070/3 plaveiselcelcarcinoom NNO

- Diagnosen met een aanvullende code uit hoofdstuk XX (Uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte).

Bijvoorbeeld: fractuur heup en hoofd wond na val van trap:

{ S72.00 fractuur van femurhals
S01.9 open wond van hoofd, deel niet-gespecificeerd
W10.99 val op en van trappen en treden

- Diagnosen waarbij aanvullend het infectieuze agens wordt aangegeven.



Bijvoorbeeld: urineweginfectie met E-coli:

- { N39.0 urineweginfectie
- { B96.2 *Escherichia coli* [*E.coli*]

- Diagnosen waarbij ter specificatie aanvullend gecodeerd wordt.

Bijvoorbeeld: postoperatieve sepsis:

- { T81.4 infectie na medische verrichting
- { Y83.9 heelkundige verrichting als oorzaak van afwijkende reactie van patiënt
- { A41.9 sepsis

en obstructieve galwegsteen:

- { K80.5 steen van galweg zonder cholangitis of cholecystitis
- { K83.1 obstructie van galweg

In feite moet het mogelijk zijn iedere code aan een andere code te koppelen (rekening houdend met de geldende codeerregels).

5.2.10 Registratie van complicaties ontstaan tijdens opname in het ziekenhuis (of klinische zorg in de thuissituatie³)

Binnen de LBZ is een complicatie een aandoening die tijdens een opname in het ziekenhuis is ontstaan, ongeacht de oorzaak. Een specialist zal bij complicaties vooral denken aan verwikkelingen die optreden in het ziektebeeld, spontaan of als gevolg van de behandeling. Het begrip complicatie is binnen de LBZ ruimer. Bijvoorbeeld: een beenbreuk door een val tijdens een opnameperiode die geen verband houdt met de aandoening of behandeling waarvoor de patiënt werd opgenomen, wordt binnen de LBZ als complicatie beschouwd. Complicaties worden aangeduid met een 'C'. De aanvullende codering bij een complicatie (zoals voor de infectieuze agentia of uitwendige oorzaak) wordt ook aangeduid met een 'C'. Indien niet duidelijk is of een aandoening/complicatie al bij opname aanwezig was, dan registreer je deze niet als een complicatie met de aanduiding 'C'.


Een complicatie die tijdens de opname ontstaat, kan geen hoofddiagnose zijn. Deze was immers niet aanwezig bij opname en kan daarom niet de reden van opname zijn. Een primaire diagnose die geen hoofddiagnose is, kan echter wel een complicatie zijn.

Voorbeeld:

Een patiënt is voor orthopedie opgenomen vanwege een heupfractuur (=hoofddiagnose). Tijdens de opname ontstaat een pneumonie (=complicatie). De longarts komt in medebehandeling vanwege de pneumonie. De pneumonie wordt voor de longarts als primaire diagnose geregistreerd en daarbij aangeduid met een 'C'.

Let op: een aandoening die is ontstaan tijdens het verblijf in het ziekenhuis wordt dus bij alle betrokken specialismen als complicatie aangeduid, ook bij overname door een ander specialisme.

³ Voor complicaties die ontstaan tijdens een periode van klinische zorg in de thuissituaties geldt dezelfde regel als voor complicaties ontstaan tijdens opname in het ziekenhuis.



Binnen de LBZ is de aanlevering van de C-code, indien van toepassing, verplicht bij een klinische opname, langdurige observatie en dagverpleging. De vastlegging van complicaties is vooral van belang in het kader van de bewaking van de kwaliteit van zorg en voor de berekening van de LBZ-indicatoren zoals de HSMR.

Voorbeelden:

1. Patiënt is opgenomen vanwege een myocardinfarct. Tijdens de opname krijgt de patiënt een urineweginfectie.
Complicatie: urineweginfectie C N39.0
2. Bij een diabetespatiënt treedt een hyperglycemische ontregeling op tijdens de postoperatieve fase.
Complicatie: hyperglycaemie C R73.9 (alleen de hyperglykemie is een complicatie, de diabetes niet want deze was al bij opname aanwezig)
3. Bij een patiënt die opgenomen is vanwege algehele malaise wordt diabetes geconstateerd.
Complicatie: geen (de diabetes is tijdens het verblijf in het ziekenhuis gediagnosticeerd en was al aanwezig bij opname).
4. Patiënt is opgenomen voor het verwijderen van de galblaas, waarna een postoperatieve bloeding optreedt.
Complicatie: postoperatieve bloeding C T81.0 + C Y83.6.
5. Een COPD-patiënt ontwikkelt tijdens de opname een exacerbatie o.b.v. een pneumonie.
Complicatie: exacerbatie COPD met pneumonie C J44.09 + C J18.9
Let op: omdat het een COPD-patiënt is wordt tevens J44.99 geregistreerd om de COPD bij opname aan te geven.


5.2.11 Ongevallen

De hoofd-, primaire en nevendiaagnosen beschrijven de aard van de aandoening en worden met behulp van de ICD-10 hoofdstukken I-XIX en XXI geclassificeerd. In hoofdstuk XX zijn codes opgenomen om de uitwendige oorzaak van aandoeningen uit hoofdstuk XIX en aandoeningen in andere hoofdstukken die een uitwendige oorzaak hebben, te classificeren. Uitwendige oorzaken worden onder meer gebruikt ten behoeve van CBS- en RIVM-statistieken, de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) en voor internationale aanleveringen.

5.2.12 Morfologie

Aanvullend op de nieuwvormingen (hoofdstuk II) kan met de ICD-10 de morfologie – de aard van de tumor op basis van histologische of cytologische diagnose – worden vastgelegd. De morfologiecodes kunnen zowel bij een hoofd-, primaire als nevendiagnose worden vastgelegd.

De landelijke kankerregistratie legt ook een morfologiecode vast. Omdat dit een registratie achteraf is, kiest een aantal ziekenhuizen ervoor de morfologie zelf in de basisregistratie vast te leggen. In de aanlevering aan de LBZ is dit niet verplicht, het ziekenhuis bepaalt zelf of het de morfologie wil vastleggen. Wanneer het ziekenhuis besluit de morfologie aan te leveren, wordt in de LBZ gecontroleerd of deze is vastgelegd.



Met ingang van januari 2014 vindt de morfologiecodering binnen de LBZ plaats aan de hand van de ICD-O-3 (Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie, 3^e editie). De morfologiecoderingen van de ICD-10 zijn net als bij de ICD-9 gebaseerd op de ICD-O-2. De afgelopen jaren is gebleken dat deze morfologiecodering verouderd is. Daarom is de ICD-O-2 in de LBZ-tabellen vervangen door de ICD-O-3. Zie voor meer informatie de [Handleiding morfologie codering in de LBZ](#).



6 Hoe registreert u bepaalde gegevens?

In dit hoofdstuk wordt de toepassing en registratie van een aantal entiteiten uit het LBZ-datamodel nader toegelicht. Het betreft grotendeels gegevens uit het medische deel. Voor de definities en registratieregels voor de financiële LBZ-data verwijzen wij u naar de NZa-richtlijnen.

6.1 Verrichtingen (medisch en financieel)

Verrichtingen zijn activiteiten die worden uitgevoerd ten behoeve van de patiënt, zoals operaties, laboratoriumonderzoek, diagnostisch onderzoek en therapie. Daarnaast vallen ook zaken als verpleegdagen, consulten en besprekingen tussen artsen onder de verrichtingen. Verrichtingen worden ook wel zorgactiviteiten genoemd. Een set van verrichtingen die samen de zorg voor een patiënt bepalen bij een bepaald ziektebeeld, wordt een zorgprofiel genoemd.

6.1.1 Codering verrichtingen (medisch en financieel)

De verrichtingen kunnen op vier manieren worden aangeleverd:

1. *Aan de hand van de Zorgactiviteitentabel (ZA):*

De Zorgactiviteitentabel (ZA) bevat zorgactiviteiten die voor de DBC-systematiek van belang zijn. De verleende zorg wordt vastgelegd in de door de NZa vastgestelde zorgactiviteiten.

Alle codes kunnen worden aangeleverd exclusief de GGZ-codes (startend met 10 of 25). Er mogen geen declaratiecodes (startend met 14,15,16 of 17) worden aangeleverd als verrichting.


2. *Aan de hand van de Verrichtingenthesaurus:*

De Verrichtingenthesaurus is een lijst met medisch relevante termen van verrichtingen bij patiënten in de taal die medisch specialisten in de praktijk gebruiken. DHD heeft de Verrichtingenthesaurus ontwikkeld in nauw overleg met de wetenschappelijke verenigingen, ziekenhuizen, artsen en andere zorgverleners en Nictiz.

De Verrichtingenthesaurus ondersteunt artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners bij het gestandaardiseerd vastleggen van verrichtingen in het elektronisch patiëntendossier (EPD). De geregistreerde verrichtingen leiden (indien van toepassing) automatisch af naar de financieel georiënteerde codes voor zorgactiviteiten, de ZA-codes. De lijst is gekoppeld aan de internationale standaarden (o.a. SNOMED CT), en gegroepeerd in deelsets per specialisme die kunnen overlappen. Meer informatie over de Verrichtingenthesaurus vindt u op de [website van DHD](#).

3. *Aan de hand van het Verrichtingenbestand (CBV):*

Het Verrichtingenbestand (CBV) is een systematische lijst van verrichtingen waarmee alle medische, paramedische en verpleegkundige verrichtingen kunnen worden vastgelegd. DHD beheert en onderhoudt het Verrichtingenbestand (CBV) voor de ziekenhuizen en draagt zorg voor de verspreiding hiervan.



Alle codes kunnen worden aangeleverd, behalve codes die niet zijn opgenomen in de landelijke lijst (boven de 90xxxx (eigen codes)). Deze codes kunnen eventueel als interne verrichtingscode worden aangeleverd (zie punt 4). Er mogen geen declaratiecodes (startend met 14,15,16 of 17) worden aangeleverd als verrichting.

Na de oplevering van de Verrichtingenthesaurus heeft DHD tijdelijk twee verrichtingenbestanden in beheer: het huidige Verrichtingenbestand (CBV) en de Verrichtingenthesaurus. Voor het CBV geldt dat er geen landelijke updates meer worden uitgevoerd (laatste landelijke update was in december 2018). Alleen ziekenhuizen die hier nadrukkelijk opdracht voor hebben gegeven, maken gebruik van een bestand waarin wijzigingsverzoeken en de RZ-releases worden verwerkt. Jaarlijks wordt met deze ziekenhuizen onderzocht of deze service nog gewenst is.

4. *Interne verrichtingscode (alleen financieel)*

Interne verrichtingscodes zijn door ziekenhuizen zelf bepaalde codes die niet behoren tot één van de bovengenoemde drie categorieën. Deze codes mogen altijd aanvullend op de bovenstaande drie codes worden aangeleverd. Alleen indien er geen koppeling is naar één van de bovenstaande codes mag de interne code als enige worden aangeleverd.

6.1.2 *Hoofdverrichting (medisch)*


Met het oog op internationale rapportages en het berekenen van de verwachte opnameduur wordt gevraagd om binnen de LBZ de hoofdverrichting vast te leggen. Het aanleveren van de hoofdverrichting, indien deze heeft plaatsgevonden, is verplicht bij klinische opnamen, langdurige observaties en dagverpleging.

De hoofdverrichting is de verrichting die aan het eind van het zorgmoment beschouwd wordt als de zwaarste verrichting: de verrichting die naar verwachting de meeste invloed heeft op de opnameduur. Het gaat daarbij om operatieve verrichtingen. De hoofdverrichting hoeft niet te passen bij de hoofddiagnose. Als er meerdere verrichtingen van gelijke zwaarte zijn, moet er één van die zwaarte gekozen worden (al dan niet willekeurig).

DHD heeft tabellen opgesteld ('LBZcodesZAhoofdverrichting' en 'LBZcodesCBVhoofdverrichting', zie paragraaf 8.1.3) waarin respectievelijk voor de diverse codes van de Zorgactiviteitentabel en het Verrichtingenbestand is aangegeven of hierbij sprake kan zijn van een hoofdverrichting.

Met ingang van registratiejaar 2018 hoeft de hoofdverrichting niet meer handmatig geselecteerd te worden, maar wordt deze door DHD afgeleid uit de geregistreerde verrichtingen (alleen operatieve verrichtingen). Voorwaarde hiervoor is dat de verrichtingen volledig worden aangeleverd.

Voor de afleiding van de hoofdverrichting wordt als eerste bepaald welke verrichtingen hebben plaatsgevonden gedurende de opnameperiode. Hiervan wordt de verrichting gekozen die als zwaarst wordt gekenmerkt. De zwaarte wordt gebaseerd op de gemiddelde verpleegduur van voorgaand jaar. Deze verpleegduur wordt berekend met behulp van de combinatie verrichting, hoofddiagnose en leeftijd. Indien meerdere verrichtingen als even zwaar worden gekenmerkt, wordt de verrichting gekozen die het eerst heeft plaatsgevonden (gebaseerd op startdatum en verrichting-ID).



De afgeleide hoofdverrichting wordt separaat opgeslagen. Alle instellingen ontvangen naar aanleiding van de kwaliteitscontroles van de medische LBZ-data in oktober/november en in januari en bij de jaarafsluiting een bestand met hierin alle tot dan toe aangeleverde opnamen. Hierin staan de gegevens aangaande de aangeleverde data en de afgeleide data en de op grond van beide berekende verpleegduur.

6.2 Onderlinge/wederzijdse dienstverlening

Voor verrichtingen en opnamen die worden uitgevoerd in het kader van onderlinge/wederzijdse dienstverlening (conform beleidsregel NZa) geldt dat alle in het ziekenhuis uitgevoerde verrichtingen aan de LBZ aangeleverd dienen te worden, ongeacht de wijze waarop het ziekenhuis deze verrichtingen vergoed krijgt. Op dit gebied verschilt de aanlevering aan de LBZ dus van de aanlevering aan het DIS.

Voor de onderlinge/wederzijdse dienstverlening gelden binnen de twee datastromen de volgende richtlijnen:

Financiële aanlevering

De patiënt is onder behandeling in Ziekenhuis A, maar er wordt op verzoek een verrichting uitgevoerd in Ziekenhuis B.

Ziekenhuis B kan hiervoor geen zorgtraject openen, omdat de verrichting heeft plaatsgevonden in het kader van de zorgvraag waarvoor in Ziekenhuis A een zorgtraject is geopend. De verrichting dient te worden aangeleverd als overige verrichting met de volgende velden:

- Aanvragende instelling is gevuld met de AGB-code van Ziekenhuis A.
- Code van de uitgevoerde verrichting is gevuld.
- Declaratiecode is niet gevuld, omdat Ziekenhuis B alles doorberekent aan Ziekenhuis A. Of er kan gebruik worden gemaakt van declaratiecode: 190064 (Onderlinge dienstverlening).
- AVsoort (aanvrager soort) is gevuld met een W van Wederzijdse dienstverlening.

In Ziekenhuis A is er een zorgtraject geopend. De verrichting die is uitgevoerd door Ziekenhuis B wordt door Ziekenhuis A aangeleverd binnen het geleverde zorgprofiel. De verrichting dient als volgt aangeleverd te worden:

- AVsoort (aanvrager soort) is gevuld met een I/E van Intern, Eerste lijn.
- Uitvoerende instelling is gevuld met de AGB-code van Ziekenhuis B.
- Declaratiecode van het subtraject is gevuld.

Uitzondering: Als de uitgevoerde verrichting onder de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) valt en de uitvoerende instelling een Wbmv-vergunning heeft, dient het uitvoerende ziekenhuis een zorgtraject te openen en op die manier de verrichting(en) te declareren.

Medische aanlevering

De patiënt is onder behandeling in Ziekenhuis A, maar er wordt op verzoek een verrichting uitgevoerd in Ziekenhuis B. In de LBZ dient de verrichting in beide ziekenhuizen aangeleverd te worden:

- In ziekenhuis A met uitvoerende instelling Ziekenhuis B.
- In ziekenhuis B met aanvragende instelling Ziekenhuis A.

6.3 Urgentie (medisch)

Een urgente opname is een opname die niet kan worden uitgesteld omdat onmiddellijke observatie, onderzoek en/of behandeling binnen 24 uur noodzakelijk is. Binnen 24 uur wil zeggen: gerekend vanaf het moment dat de medisch specialist oordeelt dat een urgente opname noodzakelijk is. Als de patiënt als urgent wordt gecategoriseerd maar de daadwerkelijke opname 24 uur of later plaatsvindt, dan kan toch de definitie urgent worden gehanteerd. Als een dagopname overgaat in een klinische opname wordt de urgentie niet aangepast. De dagopname is immers de start van de gehele opname.

Voor de registratie van urgent en niet-urgent bij ziekenhuis geboren zuigelingen en bevallingen geldt:

- Ziekenhuis geboren zuigelingen:
 - Urgent: ziekenhuis geboren zuigelingen die, vanwege een eigen zorgvraag, worden opgenomen voor de kinderarts. Indien er geen eigen zorgvraag voor de kinderarts is, zal de kinderarts niet het opnemend specialisme zijn.
 - Niet-urgent: ziekenhuis geboren zuigelingen die opgenomen worden voor de gynaecoloog (gezonde zuigelingen).

Voor de volgorde van de codering voor behoefte aan extra zorg/aandacht/observatie bij gezonde neonaten zie codeadvies 16-3.

- Opnamen voor klinische bevallingen zijn urgent tenzij:
 - Het een opname is vanwege een bevalling waarbij de datum van de bevalling (inleiden of primaire sectio) van te voren is afgesproken en de bevalling noodzakelijkerwijs niet binnen 24 uur hoeft aan te vangen.

Gastverblijf (bijvoorbeeld traject gezonde moeder/kind) is een niet-urgente opname.

Hieronder worden een aantal voorbeelden gegeven voor het registreren van urgent dan wel niet-urgent. Voorbeelden 1 t/m 5 zijn algemene voorbeelden, voorbeelden 6 t/m 10 gaan specifiek over ziekenhuis geboren zuigelingen en bevallingen en voorbeelden 11 t/m 16 betreffen overplaatsingen vanuit een ander ziekenhuis.

Voorbeeld 1:

De opname van de patiënt is door de medisch specialist als acuut gecategoriseerd maar de daadwerkelijke opname vindt 24 uur of later plaats.

- Coderen: urgent

Voorbeeld 2:

Een patiënt komt op de afdeling EHBO waar wordt geconstateerd dat de patiënt onmiddellijk, binnen 24 uur, moet worden opgenomen.

- Coderen: urgent

Voorbeeld 3:

De patiënt wordt door de huisarts met spoed naar het poliklinisch spreekuur verwezen. Telefonisch wordt een afspraak gemaakt voor dezelfde dag. Tijdens het spreekuur blijkt opname noodzakelijk te zijn. De patiënt gaat nog wel naar huis om nachtkleding op te halen.

- Coderen: urgent



Voorbeeld 4:

Idem aan voorbeeld 3, maar de patiënt komt de volgende dag voor opname binnen 24 uur.

- Coderen: urgent

Voorbeeld 5:

Een patiënt komt op het spreekuur. Opname op termijn is wenselijk. Om praktische redenen (bijvoorbeeld wens van de patiënt, opengevallen operatieschema van het ziekenhuis, etc.) vindt een directe opname plaats.

- Coderen: niet-urgent

Voorbeeld 6:

Een patiënte bevalt in het ziekenhuis van een gezonde baby. Er is van te voren afgesproken om te bevallen in het ziekenhuis. Midden in de nacht wordt de vrouw opgenomen omdat de weeën zijn gestart.

- Coderen moeder: urgent
- Coderen kind: niet-urgent

Voorbeeld 7:

Tijdens een bevalling thuis is onmiddellijke opname van de vrouw in het ziekenhuis noodzakelijk. Het kind (gezonde zuigeling) wordt in het ziekenhuis geboren.

- Coderen moeder: urgent
- Coderen kind: niet-urgent

Voorbeeld 8:

Een pasgeborene moet onmiddellijk na de thuisbevalling door de kinderarts worden opgenomen. De moeder blijft bij het kind om de voeding te verzorgen.

- Coderen moeder: niet-urgent (gastverblijf is nooit urgent)
- Coderen kind: urgent

Voorbeeld 9:

Vanwege een complicatie tijdens een thuisbevalling wordt een patiënte opgenomen om in het ziekenhuis te bevallen. Vanwege de gecompliceerde bevalling wordt het kind opgenomen door de kinderarts.

- Coderen moeder: urgent
- Coderen kind: urgent

Voorbeeld 10:

Vanwege een sectio in de anamnese zal een patiënte in de huidige zwangerschap een primaire sectio ondergaan. Aan het einde van de zwangerschap wordt een datum afgesproken wanneer dit zal plaatsvinden en de patiënte ondergaat op de geplande datum de sectio. Het kindje wordt aansluitend aan de sectio opgenomen voor de kinderarts.

- Coderen moeder: niet-urgent
- Coderen kind: urgent

Voorbeeld 11:

Een patiënt is in ziekenhuis A acuut opgenomen en wordt doorverwezen voor acute opname (observatie, onderzoek of behandeling) naar ziekenhuis B.

- Coderen ziekenhuis A: urgent
- Coderen ziekenhuis B: urgent

Voorbeeld 12:

Een patiënt is in ziekenhuis A vanaf de wachtlijst opgenomen en wordt vanwege een complicatie doorverwezen voor acute opname (observatie, onderzoek of behandeling) naar ziekenhuis B.

- Coderen ziekenhuis A: niet-urgent
- Coderen ziekenhuis B: urgent

Voorbeeld 13:

Een patiënt bezoekt de SEH in ziekenhuis A waarbij besloten wordt om de patiënt voor operatie over te plaatsen naar ziekenhuis B.

- Coderen ziekenhuis A: n.v.t.
- Coderen ziekenhuis B: urgent

Voorbeeld 14:

Een patiënt bezoekt de SEH in ziekenhuis A waarbij blijkt dat acute interventie in ziekenhuis B noodzakelijk is. De patiënt wordt niet opgenomen in ziekenhuis B maar direct aansluitend op de interventie overgeplaatst naar ziekenhuis A.

- Coderen ziekenhuis A: urgent
- Coderen ziekenhuis B: n.v.t.

Voorbeeld 15:

Een patiënt bezoekt de SEH in ziekenhuis A waarbij blijkt dat acute interventie in ziekenhuis B noodzakelijk is. De patiënt wordt voor behandeling opgenomen in ziekenhuis B en de volgende dag, nadat de patiënt stabiel is, overgeplaatst naar ziekenhuis A.

- Coderen ziekenhuis A: niet-urgent
- Coderen ziekenhuis B: urgent

Voorbeeld 16:

Een patiënt is met spoed opgenomen in ziekenhuis A, wordt daarna doorverwezen voor acute behandeling naar ziekenhuis B en de volgende dag weer naar ziekenhuis A teruggeplaatst.

- Coderen ziekenhuis A: eerste opname urgent, tweede opname niet-urgent
- Coderen ziekenhuis B: urgent

6.4 Herkomst en bestemming (medisch)

Met herkomst en bestemming wordt de verblijfplaats van de patiënt direct voorafgaand aan de start van de opname respectievelijk direct na het ontslag vastgelegd.

Het doel hiervan is inzicht krijgen in

- de patient journey/route van de patiënt, en
- de mate van kwetsbaarheid/zorgzwaarte van de patiënt (met name bij aanvang van de opname).

De herkomst is ten behoeve van de LBZ-indicatoren ingedeeld in drie categorieën: eigen woonomgeving, ander ziekenhuis en overige instelling.

Hierbij zijn de volgende mogelijkheden te onderscheiden:

Code	Omschrijving	Herkomst	Bestemming	Categorie
0	Eigen woonomgeving, niet zijnde een instelling	✓	✓	eigen woonomgeving
1	Instelling voor revalidatie	✓	✓	overige instelling

2	Instelling voor verpleging/verzorging	✓	✓	overige instelling
3	Psychiatrische instelling/ziekenhuis	✓	✓	overige instelling
4	(Ander) academisch ziekenhuis	✓	✓	ander ziekenhuis
5	(Ander) algemeen ziekenhuis	✓	✓	ander ziekenhuis
6	(Ander) categoriaal ziekenhuis	✓	✓	ander ziekenhuis
7	(Ander) ZBC	✓	✓	ander ziekenhuis
8	In dit ziekenhuis geboren	✓	X	eigen woonomgeving
9	Overige instellingen	✓	✓	overige instelling
10	Overleden, obductie ja	X	✓	X
11	Overleden, obductie nee	X	✓	X
12	Ziekenhuis buitenland	✓	✓	ander ziekenhuis
13	Hospice	✓	✓	overige instelling
14	Tegen advies weggegaan	X	✓	X

Nadere toelichting op:

- Eigen woonomgeving

Bij de eigen woonomgeving waar de patiënt regulier verblijft, wordt uitgegaan van wonen in een thuissituatie waarbij niet standaard zorg wordt aangeboden. Daarbij dient onderscheid gemaakt te worden tussen 'zelfstandig wonen met eventuele aanvullende (thuis)zorg' en 'verzorgd worden inclusief wonen'. Zo worden aanleunwoningen gerekend tot de eerste categorie en verblijf in een verzorgingshuis of verpleeghuis tot de tweede. Een patiënt die woonachtig is in een verpleeghuis heeft dus als herkomst (en bestemming) 'instelling voor verpleging/verzorging'. Een patiënt woonachtig in een aanleunwoning heeft als herkomst (en bestemming) 'eigen woonomgeving, niet zijnde een instelling'.

- Begeleid wonen

Bij de situatie van begeleid wonen geldt ook dat er onderscheid gemaakt moeten worden tussen het wonen vanwege begeleiding ten behoeve van een verstandelijke en/of lichamelijke beperking of dat de focus voornamelijk op verzorging ligt. In het eerste geval valt begeleid wonen onder 'eigen woonomgeving, niet zijnde een instelling' (0), in het tweede geval onder 'instelling voor verzorging' (2).

- Klinische zorg in de thuissituatie

Klinische zorg in de thuissituatie is te beschouwen als een klinische opname. Een opname kan geheel in de thuissituatie plaatsvinden maar ook deel uitmaken van een opname in het ziekenhuis.

Voor de registratie van de herkomst geldt de verblijfplaats voorafgaand aan deze opname, en voor de registratie van de bestemming de verblijfplaats na ontslag. De dag van opname kan een klinische zorgdag in de thuissituatie of een klinische verpleegdag zijn; dit geldt ook voor de dag van ontslag.

Er zijn situaties waarbij niet met 100% zekerheid is te zeggen of bij de eigen woonomgeving de nadruk ligt op wonen zonder zorg of op verzorging/verpleging. In dat geval wordt de meest waarschijnlijke herkomst/bestemming geregistreerd.

Type verblijfplaats in specifieke omstandigheden:

Situatie	Code	Omschrijving
Bejaardenhuis	2	Instelling voor verpleging/verzorging
Penitentiaire inrichting	0	Eigen woonomgeving, niet zijnde een instelling
Ziekenafdeling penitentiaire inrichting	6	(Ander) categoriaal ziekenhuis
Asielzoekerscentrum	0	Eigen woonomgeving, niet zijnde een instelling
Zorghuis	9	Overige instellingen
Zorghotel	9	Overige instellingen
PAAZ/PUC	3	Overige instellingen
Zuigeling die aansluitend aan een poliklinische bevalling wordt opgenomen	0	Eigen woonomgeving, niet zijnde een instelling (een poliklinische bevalling is immers geen bevalling in klinische setting)
Revalidatie-afdeling van een verpleeghuis	2	Instelling voor verpleging/verzorging ⁴
Kraamhotel en poliklinische bevalling	0	Eigen woonomgeving, niet zijnde een instelling

6.5 Locatie LBZ (medisch en financieel)

De locatie geeft aan of een instelling meerdere locaties onderscheidt. Dit kunnen verschillende vestigingen zijn, maar ook de verschillende vleugels van een ziekenhuis. Criterium voor een ziekenhuis is over het algemeen dat men onderscheid wil kunnen maken in de geleverde zorg per locatie ten behoeve van informatieproducten.

Het aanleveren van locaties is facultatief. Indien een ziekenhuis locaties wil registreren, vindt vooraf afstemming plaats over de te gebruiken codes. Op het gebruik van codes wordt bij aanlevering gecontroleerd. Indien de locatie onbekend is, dient de locatie 'onbekend/niet te bepalen' te worden toegevoegd aan de codelijst en te worden geregistreerd.

6.6 Poliklinieknummer (medisch)


De instelling kan aangeven waar een ambulant contact heeft plaatsgevonden. Hiervoor kunnen nummers/codes aan diverse poliklinieken worden toegekend. Dit gegeven kan in combinatie met de locatie gebruikt worden (als er meerdere poliklinieken bij één locatie horen), maar ook onafhankelijk (als er geen locaties worden geregistreerd). Het poliklinieknummer kan worden gebruikt ten behoeve van informatieproducten, zodat bijvoorbeeld de buitenpoli's onderscheiden kunnen worden van de poli's in het ziekenhuis.

Het aanleveren van het poliklinieknummer is facultatief. Indien het ziekenhuis aangeeft op polikliniekniveau te willen registreren, wordt vooraf de codelijst afgestemd. Vervolgens dient dit gegeven te worden aangeleverd in alle ambulant contactrecords.

6.7 Specialisme (medisch en financieel)

De aanlevering van het specialisme is in alle betreffende sets verplicht. Binnen de medische aanlevering bestaan de specialismecodes uit de beroepsgroep (medisch specialist, twee posities), de AGB-code van het medisch specialisme (twee posities) en het subspecialisme

⁴ Een revalidatie-afdeling van een verpleeghuis heeft een speciale functie binnen het verpleeghuis, maar de instelling blijft primair een verpleeghuis.



(twee posities). De eerste vier posities zijn conform de zorgverlenersspecificatietabel van Vektis ('COD016'). De laatste twee posities zijn in overleg met de branche vastgesteld.

Aanlevering van de subspecialismen aan de LBZ vereist uitbreiding van de betreffende referentietabel(len) in de LBZ-module met de subspecialismecodes en een juiste koppeling met de achterliggende registratie in het ZIS. Het bestand met LBZ-subspecialismen maakt onderdeel uit van de [brontabellen](#) die DHD uitlevert ('LBZcodesSpecialismen-controle'). Indien u geen subspecialisme aanlevert, dient u '00' in te vullen. Dit leidt echter wel tot verlies van detailinformatie, zoals informatie over intensivisme.

Binnen de financiële LBZ-aanlevering is het aanleveren van de codes conform de Vektis-zorgverlenersspecificatietabel ('COD016') verplicht en kan aanvullend gekozen worden om subspecialismen aan te leveren. Dit kan conform de DHD-tabel 'LBZcodesSpecialismen-controle' en/of met ziekenhuseigen codes. Wanneer alleen ziekenhuseigen codes voor subspecialismen worden gebruikt, kan hier ook alleen in ziekenhuisspecifieke informatieproducten gebruik van worden gemaakt. Voor landelijke producten en benchmarking moeten de door DHD uitgeleverde codes worden gebruikt.

6.8 Type zorg (medisch)


Het type zorg geeft aan of er sprake is van een ambulant contact (A), klinische opname (K), langdurige observatie (O), dagverpleging (D) of resterende opname (R).

Bij ambulante contacten gaat het om contacten tussen een patiënt en (medische) zorgverleners, waarin zorg wordt verleend (de diagnostiek, de beoordeling van gegevens, het therapeutisch advies, het opstellen van een behandelplan en (het geven van opdracht tot) behandeling) zonder dat er sprake is van een opname. De ambulante contacten kunnen worden aangeleverd met behulp van een ZA-verrichting of een CBV-verrichting uit de LBZ-codelijsten 'LBZcodesZAsoortcontact' en 'LBZcodesCBVsoortcontact' (zie paragraaf 8.1.3).

6.8.1 Type zorg die voldoet aan de NZa-regeling

Voor de medische LBZ-aanlevering worden voor de klinische opnamen, langdurige observaties en dagverpleging de definities gevolgd die de NZa hanteert in het kader van de bekostiging van medisch specialistische zorg (zie NZa Regeling medisch-specialistische zorg').

- Een klinische opname voor de medische LBZ-aanlevering bevat minimaal:
 - een verpleegdag, of
 - een IC-dag, of
 - klinische zorg in de thuissituatie (m.i.v. 2020), of
 - een combinatie van bovenstaande verpleegdagvarianten, eventueel aangevuld met verkeerde bed- of afwezigheidsdagen.
 - aanvullend op de NZa-regeling wordt een verblijf gezonde moeder of gezonde zuigeling (waarvoor geen verpleegdag maar een overig traject 190032 of 190033 wordt geregistreerd) binnen de LBZ ook beschouwd als een klinische opname. Dit geldt ook voor een opname waarvoor alleen één of meer verkeerde beddagen worden vastgelegd. Omdat er bij deze trajecten sprake moet zijn van een overnachting, wordt het binnen de medische LBZ als bezetting in het ziekenhuis gezien.
- Een langdurige observatie bevat een verrichting 'langdurige observatie zonder overnachting'.

- 
- Een dagverpleging bevat een verrichting ‘dagverpleging’.

Alle opnamen zoals hierboven genoemd dienen gecodeerd te worden aangeleverd met ICD-10 diagnosecodes.

Een verpleegdag voor een klinische opname mag geregistreerd worden als sprake is van:

- Een opname op een afdeling voor klinische zorg met opnametijd voor 0.00 uur en ontslag/overlijden/overplaatsing naar een andere instelling voor klinische zorg na 7.00 uur de volgende dag.
- Een opname op een afdeling voor klinische zorg met opnametijd voor 20.00 uur en overlijden of overplaatsing naar een andere instelling voor klinische zorg op dezelfde dag of de volgende dag voor of om 7.00 uur.
- Let op: bij opname na 20.00 uur en overlijden/overplaatsing op dezelfde dag (voor 0.00 uur) mag geen verpleegdag geregistreerd worden.

Normaliter worden op de Spoed Eisende Hulp (SEH) geen verpleegdag of observatie geregistreerd. In gevallen waarin wel een verpleegdag of observatie geregistreerd mag worden op de SEH, moeten deze opnamen ook met diagnoses gecodeerd aan de LBZ worden aangeleverd. Ditzelfde geldt voor de Eerste Hart Hulp (EHH) of de Acute Opname Afdeling (AOA). Beide afdelingen zijn in de meeste gevallen voor kort verblijf ingerichte opnameafdelingen waar observaties en verpleegdagen mogen worden geregistreerd. Indien voor een verblijf op een EHH of AOA geen verpleegdag of observatie wordt geregistreerd, is geen sprake van een opname die met diagnoses gecodeerd hoeft te worden.

6.8.2 Type zorg die niet voldoet aan de NZa-regeling


Vanaf registratiejaar 2018 geldt dat alle geleverde zorg aangeleverd moet worden, ook als een (dag)opname of langdurige observatie niet aan de NZa-definitie voldoet. Ziekenhuizen hebben zelf de keus om de opnamen die niet voldoen aan de NZa-regels gecodeerd met ICD-10 diagnoses aan te leveren. DHD adviseert om dit alleen voor de klinische opnamen te doen, omdat volledige diagnose-informatie van dit soort opnamen waardevolle informatie voor de ziekenhuizen kan opleveren. Voor dagverpleging en langdurige observatie zonder overnachting geldt dit advies (met het oog op de registratielast) niet.

Opnamen die niet aan de NZa-definities voldoen zijn:

- Klinische opnamen waarvoor geen verpleegdag of klinische zorg in de thuissituatie geregistreerd mag worden (let op: eendaags verblijf op de IC is wel een te coderen klinische opname).
- Dagverpleging korter dan 2 uur.
- Langdurige observaties korter dan 4 uur.

Opnamen die niet aan de NZa-definities voldoen, kunnen worden aangeleverd onder het opnametype waaronder ze zijn geregistreerd in het ziekenhuis. Binnen de LBZ zullen deze opnamen door DHD gelabeld worden als opnamen die niet voldoen aan de NZa-definitie. Dit gebeurt op basis van opnamedatum, opnametijd, ontslagdatum en ontslagtijd. We gaan er hierbij vanuit dat dit juist geregistreerd wordt in de ziekenhuizen.

Omdat er verschillen zijn in de mogelijkheden voor registratie binnen instellingen, is met ingang van registratiejaar 2019 een extra type zorg gedefinieerd, namelijk resterende opname. Op deze manier kunnen ook opnamen aangeleverd worden die niet onder het



opnametype klinische opname, langdurige observatie of dagverpleging zijn geregistreerd, maar wel als opname gelden (bijvoorbeeld vastgelegd als poliklinische opname).

Bij selecties voor informatieproducten, benchmarks en gegevensverzoeken zal steeds bekeken worden welke opnamen worden meegenomen in de selectie; dit zal worden opgenomen in de specificaties van het betreffende product of de selectie.

6.9 SEH-registratie (medisch)

Binnen de ambulante contacten is er een mogelijkheid om gegevens aan te leveren over de spoedeisende hulp (SEH) indien het contact daar heeft plaatsgevonden. De gegevens die hier worden gevraagd, zijn in overleg met VeiligheidNL vastgesteld en kunnen dienen om de aanlevering aan het [Letsel Informatie Systeem \(LIS\)](#)⁵ te vervangen (met toestemming van het aanleverende ziekenhuis). Ziekenhuizen die hieraan willen deelnemen kunnen dit aan DHD kenbaar maken via het opgaveformulier (zie paragraaf 9.1).

Er worden onder andere gegevens vastgelegd over de triage, oorzaken van het letsel, vervoer naar de SEH, verschillende tijdstippen binnen het SEH-proces (ongeval, triage, behandeling, ontslag en vertrek) en bestemming na de SEH.

6.10 Status opname (medisch)

Vanaf 2019 is het veld Status toegevoegd aan de opnamegegevens. Het doel van deze aanpassing is dat opnamen al aangeleverd worden vanaf de ontslagdatum zonder dat zij gecodeerd hoeven te zijn. Zolang de diagnosecodering van de opname nog niet gereed is, wordt de opname aangeleverd met de status 'voorlopig' en zonder diagnoses. Er zal dan geen controle plaatsvinden op de aanwezigheid van de hoofddiagnose en minimaal één primaire diagnose. Wanneer de codering gereed is, dient de opname aangeleverd te worden met de status 'gereed' en dienen de diagnoses meegeleverd te worden. Op dat moment zullen ook de controles op de verplichte aanlevering van de hoofddiagnose en één primaire diagnose worden uitgevoerd.


Deze aanpassing maakt het aanleveren van losse bestanden met ongecodeerde opnamen bij de jaarafsluiting overbodig (mits de aanlevering van voorlopige opnamen compleet is) en geeft gedurende het jaar steeds zicht op de nog te verwachten opnamen. Voorlopige opnamen kunnen ook al gebruikt worden voor gegevensleveringen, benchmarks of informatieproducten waar diagnoses geen rol bij spelen.

Indien voor opnamen alleen diagnoses afgeleid worden uit de door de arts vastgelegde diagnoses zonder tussenkomst van de codeur, dienen de diagnoses aangeleverd te worden met bron = 1 (zie paragraaf 5.2.4) en de opname met status = 0 (niet gecodeerd door de codeur).

6.11 Implantaten (medisch)

Om aansluiting met het Landelijk Implantatenregister mogelijk te maken, zijn vanaf datamodel 7.0 twee velden toegevoegd waarin respectievelijk de UDI-code en het tijdstip van de implantatie of explantatie opgenomen kunnen worden. De UDI-code betreft de landelijke standaard voor de vastlegging van implantaatgegevens en bevat onder andere gegevens over de specifieke code van het betreffende implantaat en gegevens voor het soort

⁵ <https://www.veiligheid.nl/organisatie/wat-we-doen/onderzoek/letsel-informatie-systeem>



implantaat en de fabrikant. Het tijdstip betreft het startmoment (in uren en minuten) van de implantatie of van de explantatie.

6.12 Toestemming gebruik data voor wetenschappelijk onderzoek (medisch en financieel)

In het kader van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) moet het mogelijk zijn voor een patiënt om aan te geven dat zijn gegevens niet gebruikt mogen worden voor wetenschappelijk onderzoek. Omdat de gegevens vanuit de LBZ regelmatig gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek, is het noodzakelijk dat in de LBZ bekend is welke patiënten al dan niet toestemming hebben gegeven voor gebruik van hun gegevens voor wetenschappelijk onderzoek. Vanaf datamodel 7.0 kan dit gegeven meegeleverd worden met de patiëntgegevens in zowel de medische als de financiële aanlevering. Er zijn drie mogelijkheden:

- De patiënt geeft geen toestemming
- De patiënt geeft expliciet toestemming
- De patiënt heeft geen expliciete uitspraak gedaan/onbekend

De toestemming heeft geen invloed op gegevens die geaggregeerd worden uitgeleverd (bijvoorbeeld: aantallen per diagnosecode (waarbij het aantal kleiner of gelijk aan 5 als ≤ 5 geleverd wordt)). Bij gegevens die op detailniveau worden uitgeleverd (alleen in opdracht van de betreffende instellingen) worden gegevens van patiënten die geen toestemming hebben gegeven uitgesloten. Dit wordt expliciet op het opdrachtformulier vermeld dat door de betreffende instellingen getekend moet worden alvorens het gegevensverzoek kan worden uitgeleverd (zie ook het ['Protocol gebruik dataverzamelingen DHD door derden'](#)). In de LBZ wordt dit gegeven historisch opgeslagen, zodat bij een nieuwe uitvraag de op dat moment geldende situatie getoetst kan worden.

7 Wanneer en hoe dient u aan te leveren?

7.1 Aanleverschema

Frequente aanlevering en heraanlevering van de LBZ-data zijn belangrijke vereisten om uw ziekenhuis van volledige en up-to-date benchmarkinformatie te kunnen voorzien (zie paragraaf 1.2 voor de verschillende informatieproducten). Door de eerste aanlevering kort na de betreffende maand te doen, kunnen de informatieproducten met actuele informatie gevuld worden. Omdat de data bij deze eerste aanlevering echter veelal nog niet compleet zijn of nog fouten kunnen bevatten, dienen de data op een later tijdstip te worden heraangeleverd. Bij heraanleveringen worden de aanwezige gegevens behorend tot de betreffende aanleverperiode compleet verwijderd en vervangen door de nieuw aangeleverde gegevens van deze periode. In de paragrafen hieronder worden de geadviseerde aanleverschema's van de financiële en medische data weergegeven.

7.1.1 (Her)aanleveren financiële LBZ-data

De geadviseerde (her)aanleverfrequentie voor de LBZ-financieel is:

- de 1^e keer na 2 maanden;
- de 2^e keer na 6 maanden;
- de 3^e keer na 12 maanden;
- de 4^e keer na 18 maanden.

De aanlevermomenten voor bijvoorbeeld de maand januari 2018 zijn: de eerste aanlevering na twee maanden (maart 2018) en heraanleveringen na zes maanden (juli 2018), twaalf maanden (januari 2019) en achttien maanden (juli 2019).

Omgekeerd verwachten we in één maand dus de aanlevering van (minimaal) vier periodes. In januari 2018 zijn dat: november 2017, juli 2017, januari 2017 en juli 2016. Zie ook onderstaand schema voor een uitgebreid overzicht van de verwachte (her)aanleveringen van de financiële LBZ-data.

Maand waarin een aanlevering wordt gedaan	Maanden die moeten worden aangeleverd			
	Minus 2 maanden	Minus 6 maanden	Minus 12 maanden	Minus 18 maanden
jan-jaar x	nov-jaar x-1	juli-jaar x-1	jan-jaar x-1	jul-jaar x-2
feb-jaar x	dec-jaar x-1	aug-jaar x-1	feb-jaar x-1	aug-jaar x-2
mrt-jaar x	jan-jaar x	sep-jaar x-1	mrt-jaar x-1	sep-jaar x-2
apr-jaar x	feb-jaar x	okt-jaar x-1	apr-jaar x-1	okt-jaar x-2
mei-jaar x	mrt-jaar x	nov-jaar x-1	mei-jaar x-1	nov-jaar x-2
jun-jaar x	apr-jaar x	dec-jaar x-1	jun-jaar x-1	dec-jaar x-2
jul-jaar x	Mei-jaar x	jan-jaar x	jul-jaar x-1	jan-jaar x-1
aug-jaar x	jun-jaar x	feb-jaar x	aug-jaar x-1	feb-jaar x-1
sep-jaar x	jul-jaar x	mrt-jaar x	sep-jaar x-1	mrt-jaar x-1
okt-jaar x	aug-jaar x	apr-jaar x	okt-jaar x-1	apr-jaar x-1
nov-jaar x	sep-jaar x	mei-jaar x	nov-jaar x-1	mei-jaar x-1
dec-jaar x	okt-jaar x	jun-jaar x	dec-jaar x-1	jun-jaar x-1
jan-jaar x+1	nov-jaar x	jul-jaar x	jan-jaar x	jul-jaar x-1
feb-jaar x+1	dec-jaar x	aug-jaar x	feb-jaar x	aug-jaar x-1

In de onderstaande tabel worden het doel en het belang van (her)aanlevering nader toegelicht. Op de [website van DHD](#) vindt u meer informatie over de verschillende informatieproducten.

Aanlevering na X maanden	Relatie met administratief proces ziekenhuis	Toelichting	Informatieproducten voor ziekenhuizen
2 maanden	<ul style="list-style-type: none"> Onderhanden werk Bevat groot deel van de verrichtingen en add-ons Nog relatief veel 'zwevende' verrichtingen 	Belangrijk om actueel te kunnen zijn. Data is op onderdelen nog incompleet.	<ul style="list-style-type: none"> Onderhanden werk DHD-dashboard: zorgprofielen Geneesmiddelenmonitor Alle overige producten waarvoor een actuele trend/ontwikkeling relevant is (al dan niet o.b.v. schatting/extrapolatie)
6 maanden	<ul style="list-style-type: none"> Subtrajecten afgesloten (>120 dagen verstreken sinds peilmaand) Subtrajecten deels gedeclareerd Registratie nog niet 100% volledig 	Bevat afgesloten en (deels) gedeclareerde subtrajecten. Minder 'zwevende' verrichtingen.	<ul style="list-style-type: none"> Minimaal niveau voor rapport Kostenontwikkeling ziekenhuiszorg DHD-dashboard: omzet, zorgprofielen, verkoopprijzen, marktinformatie Geneesmiddelenmonitor
12 maanden	<ul style="list-style-type: none"> Naar verwachting grootste deel subtrajecten gedeclareerd Registratie nagenoeg volledig 		<ul style="list-style-type: none"> DHD-dashboard: omzet, zorgprofielen, verkoopprijzen, marktinformatie Rapport Kostenontwikkeling Ziekenhuiszorg NFU-monitor en project ROBIJN Geneesmiddelenmonitor
18 maanden	Registratie (nagenoeg) volledig		<ul style="list-style-type: none"> DHD-dashboard: omzet, zorgprofielen, verkoopprijzen, marktinformatie NFU-monitor en project ROBIJN GeneesmiddelenMonitor
>18 maanden	Completeren van data		<ul style="list-style-type: none"> DHD-dashboard: omzet, zorgprofielen, verkoopprijzen, marktinformatie NFU-monitor en project ROBIJN Geneesmiddelenmonitor

Belangrijke datums

Ten behoeve van een aantal informatieproducten zijn de volgende deadlines van belang voor de financiële LBZ-aanlevering:

Wanneer?	Wat?
1 mei	Deadline voor het aanleveren van de enquête over de contractafspraken (eerste ronde)

1 juli	Deadline voor complete en up-to-date aanlevering ten behoeve van het Rapport Kostenontwikkeling Ziekenhuiszorg en voor het NVZ Brancherapport (wordt aan voldaan indien conform aanleverschema wordt aangeleverd)
15 september	Deadline voor het aanleveren van de enquête over de contractafspraken (tweede ronde)

7.1.2 (Her)aanleveren medische LBZ-data

Voor de medische LBZ-data wordt geadviseerd binnen twee maanden na het einde van de desbetreffende maand een eerste aanlevering te doen. Bijvoorbeeld: in maart wordt de maand januari aangeleverd en in april de maand februari. Hiermee is tijdig informatie beschikbaar voor informatieproducten en voor het uitvoeren van kwaliteitscontroles op de aangeleverde gegevens.

Mutaties, correcties, verwijderingen en niet aangeleverde gegevens dienen op een zo kort mogelijke termijn doorgevoerd en heraangeleverd te worden.

In verband met wijzigingen van de gegevens in de ziekenhuisadministratie die invloed hebben op de LBZ-data (bijvoorbeeld verschuiving van zorgtype) dient in februari/maart iedere maand van het registratiejaar nogmaals te worden heraangeleverd (ten behoeve van de jaarafsluiting).

Belangrijke datums

Op 1 mei van ieder jaar wordt het voorgaande registratiejaar afgesloten. Voor elk registratiejaar zijn de volgende datums van belang:

Wanneer?	Wat?
31 januari	Deadline voor het invullen van het online antwoordformulier LBZ-jaarafsluiting.
28 februari	Deadline voor het aanleveren van de randtotalen.
Tussen 1 en 31 maart 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Elke maand van het registratiejaar dient minimaal éénmaal opnieuw aangeleverd te zijn. • Ziekenhuis geeft aan het registratiejaar volledig te hebben aangeleverd, zodat DHD een laatste controle kan uitvoeren. Hieruit volgt een bestand met resterende aandachtspunten.
1 april – 15 april	Oplossen resterende aandachtspunten
15 april	Laatste dag voor het aanleveren van de LBZ-data van het registratiejaar. Dit betekent dat op 15 april alle aandachtspunten moeten zijn verwerkt.
30 april	Deadline voor het retour zenden van de ondertekende akkoordverklaring aan DHD.

Na de jaarafsluiting wordt de mogelijkheid tot het verwerken van heraanleveringen voor het betreffende registratiejaar door DHD geblokkeerd. Op uitdrukkelijk verzoek van het individuele ziekenhuis kan deze blokkade worden opgeheven en kan heraanlevering van de data plaatsvinden. Hierbij wordt de nadrukkelijke kanttekening geplaatst dat deze inzendingen geen invloed (meer) hebben op de indicatoren (HSMR/OLO/Heropnamen), wel mee zullen komen in de informatieproducten van DHD en/of derden en dat (eenmalige) aanpassingen die ten behoeve van de jaarafsluiting op verzoek van het ziekenhuis door DHD zijn doorgevoerd niet opnieuw zullen plaatsvinden.



7.2 Bestandsaanlevering

Voor zowel de medische als de financiële LBZ-data is het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) in combinatie met het elektronisch patiëntendossier (EPD) de bron waaruit de gegevens worden gehaald. De medische LBZ-data worden door de zorgadministratie gecontroleerd en aangevuld voordat de data aan DHD worden aangeleverd.

7.2.1 LBZ-datamodel

Het LBZ-datamodel beschrijft welke medische en financiële data aangeleverd dienen te worden. In hoofdstuk 2, 3 en 4 wordt het datamodel beschreven en op de [website van DHD](#) staat de gedetailleerde, technische beschrijving van het datamodel.

7.2.2 Registreren, beheren en verzendklaar maken van de gegevens

De LBZ-gegevens sluiten zo veel mogelijk aan bij de gegevens die ten behoeve van de zorgprocessen reeds worden vastgelegd in het EPD/ZIS van de instellingen. Door de softwareleveranciers is een LBZ-module gebouwd waarin aanvullend de ICD-10 diagnosen en de hoofdverrichting ten behoeve van de medische LBZ-data vastgelegd kunnen worden. Tevens kunnen hier de bestanden voor zowel de medische als de financiële aanleverstroom klaargezet worden voor verzending.

Van belang voor de juiste doorlevering aan de LBZ is het op de juiste wijze vertalen van instellingseigen codes naar LBZ-codes (bijvoorbeeld voor herkomst en bestemming en voor specialismen). Hiertoe zijn veelal vertaaltabellen aanwezig die ingericht dienen te worden voordat de gegevens aan de LBZ kunnen worden aangeleverd. Voor meer informatie over de LBZ-module en de vertaaltabellen verwijzen we u naar uw softwareleverancier.

7.2.3 Opbouw en naamgeving bestanden

Bestanden dienen volgens een vaste opbouw en naamgeving als ZIP-bestand te worden (her)aangeleverd. De aanleverspecificaties worden beschreven in het datamodel op de [website van DHD](#).

7.2.4 Verzenden van de bestanden

Verzending van de LBZ ZIP-bestanden vindt plaats door middel van de Privacy- en Verzend Module (PVM). Deze kan worden gedownload via de website van ZorgTTP, onder het kopje DHD op de pagina met downloads (www.zorgttp.nl/downloads). Het versienummer van de te gebruiken PVM hangt samen met het versienummer van de LBZ-datamodellen; wanneer de LBZ-datamodellen overgaan naar een nieuw nummer (bijvoorbeeld van 6.x naar 7.x en/of van 21.x naar 22.x), is een nieuwe versie van de PVM noodzakelijk. Bij overgang naar een nieuw subnummer (bijvoorbeeld van 6.0 naar 6.1 en/of van 21.0 naar 21.1) is dit niet nodig.

Via ZorgTTP dient een certificaat te worden aangevraagd ten behoeve van het beveiligd verzenden van de gegevens via de PVM (zie ook www.zorgttp.nl/downloads). Meer informatie vindt u in de handleiding van de PVM. Dit certificaat dient elke drie jaar vernieuwd te worden. Wanneer het certificaat is verlopen, verschijnt hiervan een melding in de PVM bij de eerstvolgende verzending.

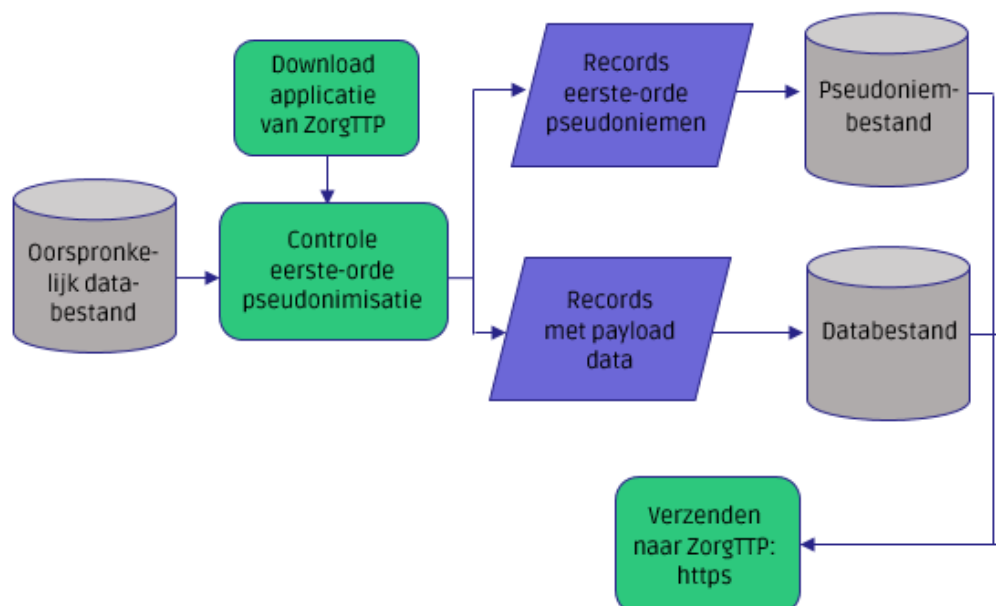
Bij het downloaden van de software vindt u ook een handleiding voor het gebruik van de PVM. In het kort werkt de PVM als volgt: na het opstarten van de applicatie kunt u het te verzenden bestand selecteren. Alleen bestanden die aan de aanleverstandaard voor de LBZ voldoen, worden in behandeling genomen. Vervolgens kunt u het bestand verzenden. Er worden een aantal controles gedaan (zie handleiding PVM of [gedetailleerd LBZ-datamodel](#)

[op de website van DHD](#)). Op uw scherm ziet u of het bestand succesvol is verzonden of dat er fouten zijn opgetreden.

7.3 Pseudonimisatie van persoonsgegevens


Omdat de ziekenhuizen als verwerkingsverantwoordelijke – met DHD als verwerker – een dienstverlenings- en verwerkerovereenkomst hebben gesloten, mag DHD binnen de reikwijdte van de Wet Bescherming Persoonsgegevens (en vanaf 25 mei 2018 de Algemene Verordening Gegevensbescherming) bijzondere persoonsgegevens verwerken voor de afgesproken doelen. Een aantal (bijzondere) persoonsgegevens is voor deze doelen niet noodzakelijk en daarom wordt pseudonimisatie toegepast. Persoonsidentificerende kenmerken (BSN en registratienummers) worden bij pseudonimisatie vervangen door een pseudoniem, zodanig dat voor ieder persoonsgegeven steeds hetzelfde pseudoniem wordt gegenereerd. Individuen worden op deze wijze koppelbaar in tijd en over verschillende bronnen heen, zonder dat daartoe de oorspronkelijke persoonsgegevens verstrekt hoeven te worden.

Binnen de LBZ wordt voor de variabele ‘burgerservicenummer’ gebruikgemaakt van pseudonimisatie. ZorgTTP is als trusted third party verantwoordelijk voor pseudonimisatie ten behoeve van de LBZ. De eerste stap naar een pseudoniem wordt gezet aan de bron, in de Privacy- en Verzend Module (PVM). Daarbij worden persoonskenmerken gebruikt als invoer in een hashfunctie. De output van deze hashfunctie wordt ook wel eerste-orde pseudoniem genoemd. Het uiteindelijke pseudoniem wordt in de Centrale Module ZorgTTP berekend, door het eerste-orde pseudoniem nogmaals te hashen en het resultaat te versleutelen met Advanced Encryption Standard (AES). In figuur 4 is de werking van de PVM beschreven.



Figuur 4: werking van de Privacy- en Verzend Module

Na verwerking in de PVM worden bestanden automatisch verzonden naar de Centrale Module TTP (CMT), de centrale verwerkingsomgeving die onder beheer van ZorgTTP valt en verantwoordelijk is voor het produceren van de definitieve pseudoniemen. Door tussenkomst van de TTP zijn bron en doel niet in staat om persoonsgegevens en het daaruit resulterende



pseudoniem aan elkaar te relateren. Tenslotte worden de gepseudonimiseerde gegevens vanaf CMT beschikbaar gesteld aan de eindontvanger middels een Doel- en Retour Module (DRM). De DRM draait onder verantwoordelijkheid van DHD.

ZorgTTP heeft in het pseudonimisatieproces alleen kennis over de verwerkte pseudoniemen en ziet geen inhoudelijke gegevens (payload data), al is ZorgTTP wel het doorgeefluik voor die gegevens. Uitwisseling van gegevens tussen de diverse partijen vindt altijd plaats over beveiligde verbindingen (https). De identiteit van partijen en de juistheid van sleutels wordt gecontroleerd met een Public Key Infrastructuur.



8 Hoe worden de data gecontroleerd en teruggekoppeld?

8.1 Controle (na aanlevering) van de bestanden

Bij de verwerking van aangeleverde bestanden controleert de LBZ-applicatie het aangeleverde ZIP-bestand/de aangeleverde data op:

- Technische verwerkbaarheid: voldoen de aangeleverde bestanden aan de technische conventies en komt de inhoud van de aangeleverde bestanden overeen met de begeleidende informatie (pakbonnen)? Een deel van deze controles wordt binnen de Privacy- en Verzend Module uitgevoerd.
- Vernieuwing data: is het aangeleverde bestand nieuwer dan het vorige bestand? De controle vindt plaats op de combinatie creatiedatum-volgnummer van het aangeleverde bestand per aanleverstroom (financieel of medisch) per ziekenhuis. Vanaf 2019 is dit per aanleverperiode per aanleverstroom per ziekenhuis.
- Inhoud rubrieken: zijn de juiste formaten gehanteerd en voldoet de inhoud aan de (geldige) codelijsten?
- Onderlinge relaties: zijn de onderkende onderlinge relaties correct?
- Inhoudelijke juistheid: voldoen de gegevens aan de eisen die vanuit de medische/financiële classificaties en codelijsten (diagnosen/verrichtingen/zorgproducten) worden gesteld?

Indien bestanden technisch niet verwerkbaar of niet nieuwer zijn dan het voorgaande bestand dat is aangeboden, wordt het hele aangeleverde ZIP-bestand van het betreffende ziekenhuis afgekeurd en niet verwerkt.

Van bestanden die technisch verwerkbaar zijn, wordt de inhoud gecontroleerd, verwerkt en opgeslagen. Deze controle kan per gegeven leiden tot de volgende uitkomsten:

- Akkoord bevonden.
- Fout (F): deze gegevens dienen in een latere (her)aanlevering gecorrigeerd te worden aangeleverd en worden in principe niet in informatieproducten en/of gegevensleveringen opgenomen.
- Waarschuwing (W): deze gegevens kunnen in een latere (her-)aanlevering gecorrigeerd of goedgekeurd aangeleverd worden. Middels de rubriek 'goedgekeurd' in de diverse LBZ-tabellen kan een ziekenhuis bij een heraanlevering aangeven dat een waarschuwing door hen is goedgekeurd. Hierdoor worden er bij de desbetreffende onderdelen bij heraanleveringen geen waarschuwingmeldingen meer verzonden naar het ziekenhuis.
- Niet opgeslagen wegens integriteitsfouten (R).

8.1.1 Verwerkingsverslagen

Per aanlevering wordt een verslag gegenereerd van de uitgevoerde controles, met hierin de geconstateerde integriteitsfouten (R), fouten (F) en waarschuwingen (W). Deze verwerkingsverslagen zijn na verwerking beschikbaar in [Mijn DHD](#), het beveiligde deel van de DHD-website. De aan DHD opgegeven contactpersonen ontvangen – zodra het bestand is verwerkt – een e-mail dat het bestand is klaargezet. Doorgaans is dit binnen een à twee dagen na inzending. De verwerkingsverslagen zijn met een AES-encryptie beveiligd en om ze te openen is een wachtwoord vereist. Dit wachtwoord is gecommuniceerd naar de bij

DHD bekende contactpersonen, zie paragraaf 8.1.2. In paragraaf 9.3 leest u hoe u toegang krijgt tot de verwerkingsverslagen in Mijn DHD.

De verwerkingsverslagen bestaan uit twee delen:

- Een pdf met informatie over het aanleverde bestand, de integriteitsfouten (niet verwerkte records) en de fouten en waarschuwingen van de verwerkte records.
- Een csv-bestand met alleen de fouten en waarschuwingen van de verwerkte records. Dit bestand kan gebruikt worden om in te lezen in de LBZ-module in het ZIS voor het sneller afhandelen van de betreffende meldingen (indien dit door de softwareleverancier wordt ondersteund).

De specificaties van beide onderdelen van de verwerkingsverslagen vindt u op de [website van DHD](#).

8.1.2 Wachtwoorden LBZ

Om de zes maanden wordt het wachtwoord voor de LBZ-verwerkingsverslagen gewijzigd en per e-mail toegezonden aan de contactpersonen voor de LBZ. Indien gewenst kunnen zowel verschillende wachtwoorden als hetzelfde wachtwoord voor de medische en voor de financiële aanleveringen worden aangemaakt.

De wachtwoorden worden gebruikt om de verwerkingsverslagen te beveiligen. Ook andere bestanden die DHD beveiligd beschikbaar stelt via [Mijn DHD](#), zoals kwaliteitscontroles en detailbestanden met opnamen, worden met dit wachtwoord beveiligd. Tevens kunnen instellingen dit wachtwoord zelf ook gebruiken wanneer zij bestanden met gevoelige gegevens aan DHD toesturen. Het toesturen van deze bestanden kan via het uploadformulier in [Mijn DHD](#) of via secureFTP. Het versturen van bestanden per e-mail wordt niet geadviseerd en kan alleen als de bestanden AES-encrypted zijn beveiligd.

8.1.3 Codelijsten LBZ

Een aantal gegevens in de LBZ wordt geregistreerd en gecontroleerd aan de hand van codelijsten. Omwille van uniforme registratie is zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande, landelijk geldende codelijsten.

Hieronder de codelijsten die gebruikt worden voor de LBZ, met daarbij aangeduid door wie zij worden gedistribueerd.

Onderwerp	Naam codelijst	Distributie t.b.v. LBZ door	Financieel (FIN)/medisch (MED)
Diagnosen ICD-10	ICD-10, versie 2014	RIVM	FIN/MED
Diagnosen	Diagnosethesaurus bestand	DHD	FIN/MED
Verrichtingen	CBV bestand	DHD	FIN/MED
Verrichtingen	Verrichtingenthesaurus bestand	DHD	FIN/MED
DBC-zorgactiviteiten	Zorgactiviteiten Tabel	NZa	FIN/MED
DBC-zorgproducten	Zorgproducten Tabel	NZa	FIN
DBC-typering	Elektronische typeringslijst	NZa	FIN
DBC-tarieven	Tarieven Tabel	NZa	FIN
DBC-afsluitreden	Afsluitreden Tabel	NZa	FIN
Revalidatiezorg	Modules MSZ	NZa	FIN
Instellingen	AGBU_759_AB-en.csv + FAGBX_23_01_AB-en.csv +	VEKTIS	FIN/MED

	FAGBX_23_04_AB-en.csv + FAGBX_23_08_AB-en.csv + FAGBX_23_12_AB-en.csv + FAGBX_23_14_AB-en.csv + FAGBX_23_84_AB-en.csv		
Huisarts	FAGBX_20_01_AB-en.csv + FAGBX_23_01_AB-en.csv	VEKTIS	MED
Medisch Specialisten	FAGBX_20_03_AB-en.csv	VEKTIS	MED
Tandartspecialisten	FAGBX_20_11_AB-en.csv + FAGBX_20_13_AB-en.csv	VEKTIS	MED
Overige artsen	FAGBX_20_84_AB-en.csv	VEKTIS	MED
Zorgverleners	Zorgverlenersspecificatie (specialismen) COD016	VEKTIS	FIN/MED
(Zelf)verwijzer	COD327	VEKTIS	FIN/MED
Geslacht	Geslacht COD046	VEKTIS	FIN/MED
Zorgverzekeraars	UZOVI register	VEKTIS	FIN
Z-Index Add-on	Addonhist	Z-Index	FIN/MED
Postcodes	Postcodes	Op eigen initiatief*	FIN/MED
SNOMED	Snomed CT	Nictiz	MED
LBZ aardzorg	LBZcodesAardZorg	DHD	MED
LBZ Herkomst/bestemming	LBZcodesHerkomstBestemming	DHD	MED
LBZ Huisartsen niet Vektis	LBZcodesHuisartsenNietVektis	DHD	MED
LBZ Soort behandelaar	LBZcodessoortbehandelaar	DHD	MED
LBZ Soortcontact CBV	LBZcodesCBVsoortContact	DHD	MED
LBZ Soortcontact ZA	LBZcodesZAsoortContact	DHD	MED
LBZ Soortcontact	LBZcodesSoortContact	DHD	MED
LBZ Typezorg	LBZcodesTypeZorg	DHD	MED
LBZ (sub)Specialismen	LBZcodesSpecialismen-controle	DHD	FIN/MED
LBZ Verrichtingsgroepen (operatief)	LBZverrichtingsgroepenVGMOG	DHD	MED
LBZ Verrichtingsgroepen	LBZverrichtingsgroepenVERGR	DHD	MED
LBZ Diagnosegroepen	LBZdiagnosegroepen	DHD	MED
LBZ CBV verrichtingsgroepen	LBZindelingCBVverrichtingsgroepen	DHD	MED
LBZ ZA verrichtingsgroepen	LBZindelingZAVerrichtingsgroepen	DHD	MED
LBZ ICD10 diagnosen	LBZindelingICD10diagr_bestaanbaar _hoofddiag	DHD	MED
LBZ CBV hoofdverrichting	LBZcodesCBVhoofdverrichting	DHD	MED
LBZ ZA hoofdverrichting	LBZcodesZAhoofdverrichting	DHD	MED
LBZ opnamenummer verplicht	LBZcodesZAOpnamenVerplicht	DHD	FIN
LBZ Triagecode kleur	LBZcodestriagecode	DHD	MED
LBZ Triagecode binnenkomst	LBZcodestriagecodebin	DHD	MED
LBZ Triagetype	LBZcodestriagecode	DHD	MED
LBZ Reden SEH bezoek	LBZcodesredenbezoek	DHD	MED
LBZ Letseloorzaak SEH	LBZcodesoorzaakletsel	DHD	MED
LBZ Verwijzing SEH	LBZcodesverwijzingSEH	DHD	MED
LBZ Bestemming SEH	LBZcodesbestemmingSEH	DHD	MED
LBZ Vervoer SEH	LBZcodesvervoer	DHD	MED

LBZ toestemming gebruik data	LBZcodestoestemming	DHD	FIN/MED
------------------------------	---------------------	-----	---------

* De postcodetabel is in de meeste ziekenhuisinformatiesystemen reeds aanwezig.

De brontabellen van de door DHD uitgeleverde codelijsten zijn te downloaden via de [website van DHD](#). Hier vindt u ook de beschrijvingen van de betreffende codelijsten.

8.1.4 Medisch inhoudelijke controletabellen

Ten behoeve van de medisch inhoudelijke controle van diagnoses en verrichtingen in relatie tot onder meer elkaar, leeftijd en geslacht zijn een aantal controletabellen opgesteld waarin per diagnose of verrichting in combinatie met een ander gegeven is aangegeven of bij voorkomen hiervan sprake is van een Fout of een Waarschuwing.


De tabellen worden in csv-formaat gedistribueerd. Hier volgt een opgave van de controletabellen. De tabellen zijn te downloaden via de [website van DHD](#).

Onderwerp	Naam controletabel	Distributie t.b.v. LBZ door	Financieel (FIN)/medisch (MED)
Diagnosen	LBZrelatieICD10diagnoseGeslacht	DHD	MED
Diagnosen	LBZrelatieICD10diagnoseLeeftijd	DHD	MED
Verrichtingen	LBZrelatieCBVverrichtingGeslacht	DHD	MED
Verrichtingen	LBZrelatieCBVverrichtingLeeftijd	DHD	MED
Verrichtingen	LBZrelatieZAvrrichtingGeslacht	DHD	MED
Verrichtingen	LBZrelatieZAvrrichtingLeeftijd	DHD	MED
Diagnosen/Verrichtingen	LBZverrichtingsgroepVGMOG_diagnosegroep	DHD	MED
Diagnose complicatie	LBZICD10diagnosecomplicatie	DHD	MED

8.2 Rapportages en terugkoppelingen

Naast de verwerkingsverslagen (zie paragraaf 8.1.1) ontvangt ieder ziekenhuis diverse rapportages en andere terugkoppelingen:

- Het [LBZ-portaal](#) met een wekelijkse update van de aangeleverde LBZ-data. In het portaal kunnen ziekenhuizen de voortgang en kwaliteit van hun data monitoren. Voortgang en kwaliteit worden visueel weergegeven in grafieken en tabellen. Bij een aantal grafieken kan worden doorgedrukt naar detailgegevens om in te zoomen op de specifieke opnamen. Met signaalkleuren is aangegeven of er aandachtspunten zijn voor het ziekenhuis. Meer informatie over interpretatie van de getoonde waarden/gegevens is terug te vinden in de informatieknop bij de diverse onderdelen.
- Een maandelijks e-mail naar de hoofden financieel en zorgadministratie. Deze e-mail geeft op hoofdlijnen inzicht in de medische en financiële data-aanlevering.
- Via het thema Aanlevering in het DHD-dashboard. Middels tabellen en grafieken wordt de status, volledigheid en tijdigheid van de aanleveringen inzichtelijk gemaakt. De data in het dashboard worden wekelijks ververs. Op deze manier wordt snel inzichtelijk welke data (nog) niet correct zijn en wat nog ontbreekt. De data kunnen bekeken worden per jaar, maand en zorginstellingvolgnummer.
- Rapportage naar aanleiding van de kwaliteitscontrole van de medische LBZ-data in oktober/november en in januari. Door de kwaliteitscontrole ruim voor de jaarafsluiting te houden en terug te koppelen, kunnen ziekenhuizen – indien nodig – de data tijdig heraanleveren.

- 
- Tussentijdse terugkoppeling via e-mail (al dan niet in combinatie met bestanden op Mijn DHD) of telefonisch naar aanleiding van een specifieke controle. Dit kan naar alle instellingen, een specifieke groep of een individuele instelling zijn.

8.3 Randtotalen

De randtotalen zijn een belangrijk controlemiddel voor de medische LBZ-data. Ze dienen om te controleren of de aanlevering aan de LBZ compleet is, zowel qua aantallen opnamen en ambulante contacten als qua aantallen overledenen.

Voor een juiste controle haalt u de randtotalen uit het datawarehouse van uw ziekenhuis. Hiermee wordt gezorgd dat een fout in het klaarzetten van de gegevens voor de LBZ-module in het ZIS ook gedetecteerd wordt. De aanleverspecificaties voor de randtotalen worden jaarlijks gemaïld naar de LBZ-contactpersonen van ieder ziekenhuis.

Onder randtotalen wordt verstaan:

- Het totaal aantal opnamen uitgesplitst naar klinische opnamen, langdurige observaties en dagverpleging (bepaald op ontslagdatum) en ambulante contacten (bepaald op startdatum) per maand.
- Het aantal per maand in het ziekenhuis overleden patiënten uitgesplitst naar klinische opnamen, langdurige observaties en dagverpleging (bepaald op overlijdensdatum).



9 Contact

9.1 Wijzigingen doorgeven

Als uw ziekenhuis deel gaat nemen aan de LBZ of als er sprake is van structurele wijzigingen binnen uw ziekenhuis (bijvoorbeeld wanneer u wijzigt van EPD/ZIS-leverancier of bij fusies) dient u het te allen tijde het 'Opgaveformulier gegevens LBZ' in te dienen bij DHD. U vindt dit formulier op de [website van DHD](#).

Op het formulier geeft u onder andere informatie aan over de instelling, contactpersonen, locaties en poliklinieken en van welke registratiestandaarden u gebruikmaakt.

9.2 Communicatie

De bij ons bekende LBZ-contactpersonen worden (voornamelijk) per e-mail op de hoogte gesteld van belangrijke informatie en datums. Als u toegevoegd wilt worden aan deze verzendlijst, dient u dit kenbaar te maken via het 'Opgaveformulier gegevens LBZ'.

9.3 Toegang tot Mijn DHD

Via [Mijn DHD](#), het beveiligde deel van de DHD-website, worden onder andere de verwerkingsverslagen, kwaliteitscontroles en detailbestanden met opnamen beschikbaar gesteld. Ieder ziekenhuis heeft minimaal één lokaal beheerder aangesteld die u toegang kan verlenen tot de LBZ-gerelateerde downloads in Mijn DHD. Weet u niet wie de lokaal beheerder in uw ziekenhuis is, dan kunt u contact met ons opnemen via onderstaand telefoonnummer.

9.4 Bijeenkomsten

DHD organiseert regelmatig kennissessies en andere bijeenkomsten voor medewerkers van ziekenhuizen. Houd hiervoor de [eventpagina](#) van onze website in de gaten of meld u aan voor onze [nieuwsbrief](#).

9.5 Heeft u nog vragen?

Wij adviseren en ondersteunen u graag bij vragen en problemen rondom de aanlevering van de LBZ-data. U kunt hiervoor contact met ons opnemen via 030 799 61 65 of info@dhd.nl.

10 Wijzigingen

10.1 Versie 1.4 (23-03-2021)

10.1.1 Datamodelwijzigingen

(geen wijzigingen)

10.1.2 Tekstuele en inhoudelijke wijzigingen

- Paragraaf 4.1.4 Ambulant contact

Nadere toelichting over verrichtingen die afleiden naar een ambulant contact toegevoegd met uitleg waarom codes als SEH-bezoek niet apart afleiden naar een ambulant contact.

- Paragraaf 6.4 Herkomst en bestemming

De omschrijving van herkomst code 0 is aangepast van 'eigen woonomgeving zonder zorg' naar 'eigen woonomgeving, niet zijnde een instelling'. De toepassing van dit type herkomst is onveranderd maar door 'niet zijnde een instelling' toe te voegen wordt concreter aangegeven dat de code gebruikt dient te worden bij opnamen vanuit situaties waarbij de woonomgeving niet is ingericht op structurele zorgverlening. De tekst bij 6.4 is in lijn gebracht met de uitbreiding van de omschrijving van code 0.

- Paragraaf 8.3 Randtotalen

Tekst over aantal overledenen per specialismen opgesplitst naar opnametype verwijderd; deze gegevens worden vanaf de jaarafsluiting van registratiejaar 2020 niet meer opgevraagd.

10.2 Versie 1.3 (29-09-2020)

10.2.1 Datamodelwijzigingen

- Paragraaf 4.1.3 Diagnose opname

Aan de gegevensset Diagnose opname is toegevoegd (zie voor uitleg over de velden paragraaf 5.2.5):

AI_voorgestelde diagnose***	Meest waarschijnlijke diagnosecode voorgesteld door AI-algoritme
AI_zekerheidsperc_voorstel***	Zekerheidspercentage van de voorgestelde diagnosecode door het AI-algoritme
DiagAI_gecontroleerd***	Indicatie die aangeeft of de medisch codeur de code die afgeleid is middels een AI algoritme heeft gecontroleerd en overgenomen
AI_zekerheidsperc_overgenomen_diagnose***	Zekerheidspercentage van de aangeleverde diagnose aangegeven door het algoritme waarmee de code is afgeleid indien er sprake is van AI

10.2.2 Tekstuele en inhoudelijke wijzigingen

- Paragraaf 4.1.3 Diagnose opname

De omschrijving van het veld bron is aangepast (zie ook paragraaf 5.2.4)

- Paragraaf 5.2.3 Nevendiagnosen

Tekst over de lijst met minimaal te coderen comorbiditeiten en risicofactoren opgenomen.

- Paragraaf 5.2.4 Bron

Toevoeging van twee nieuwe broncodes voor diagnosen die middels een algoritme worden afgeleid

- Paragraaf 5.2.5 Afleiden diagnosen middels (AI) algoritme (nieuwe paragraaf)

Uitleg over afleiden van diagnosen middels Artificial Intelligence en over welke aanvullende informatie over zekerheidspercentage en mate van controle door de codeur moet worden aangeleverd om een afleiding verifieerbaar te maken.

- Paragraaf 5.2.10 Registratie van complicaties ontstaan tijdens opname in het ziekenhuis (paragraaf 5.2.9 in versie 1.2)

Toegevoegd dat als niet duidelijk is of een aandoening/complicatie al bij opname aanwezig was, deze niet als een complicatie met de aanduiding 'C' wordt geregistreerd.

Met voetnoot aangegeven dat de registratiewijze voor complicaties ook geldt voor klinische zorg in de thuissituatie.

- Paragraaf 6.4 Herkomst en bestemming

Uitleg over doel van 'herkomst' en 'bestemming' opgenomen, aangegeven in welke categorieën 'herkomst' is ingedeeld, en de tabel daarmee uitgebreid.

De omschrijving van herkomst code 0 is aangepast van 'eigen woonomgeving' in 'eigen woonomgeving zonder zorg'. De toepassing van dit type herkomst is onveranderd maar door 'zonder zorg' toe te voegen wordt concreter aangegeven dat de code gebruikt dient te worden bij opnamen vanuit situaties waarbij de woonomgeving niet is ingericht op structurele zorgverlening. De tekst bij 6.4 is in lijn gebracht met de uitbreiding van de omschrijving van code 0.

Toelichting opgenomen over herkomst en bestemming in het geval van klinische zorg in de thuissituatie

Tevens is opgenomen dat de herkomst of bestemming niet altijd duidelijk zal zijn en dan de meest waarschijnlijke optie gekozen dient te worden.

In de tabel met type verblijfplaats in specifieke omstandigheden, is de situatie PAAZ van algemeen ziekenhuis, aangepast in PAAZ/PUC en aangepast dat daarbij code 3 'Psychiatrische instelling/ziekenhuis' van toepassing is. Daarnaast is de uitbreiding 'zonder zorg' bij de omschrijving van code 0 doorgevoerd.

Paragraaf 6.8.1 Type zorg die voldoet aan de NZa-regeling

Klinische zorg in de thuissituatie en de situatie waarin alleen sprake is van verkeerde beddagen is toegevoegd. Tevens is een verduidelijking toegevoegd over wanneer een verpleegdag of klinische zorg in de thuissituatie geregistreerd mag worden. Ook is informatie toegevoegd over de Eerste Hart Hulp en Acute Opname Afdeling.

Paragraaf 6.8.2 Type zorg die niet voldoet aan de NZa-regeling

Tekst is herschreven i.c.m. paragraaf 6.8.2 i.v.m. duidelijker duiden van welke zorg al dan niet onder NZa-regeling valt

Paragraaf 8.2 Rapportages en terugkoppelingen



Toelichting over de Voortgangs- en Kwaliteitsrapportage voor de financiële en de medische LBZ-data (wordt niet meer verstrekt) vervangen door een korte toelichting op het LBZ-portaal.