

# LBZ Gegevensaanlevering

In opdracht van DHD

**Versie 0.8 behorende bij datamodel LBZ versie 5.3**  
**Datum: 24 november 2011**  
**Auteur: Tieto Netherlands Healthcare BV**

## Inhoudsopgave

<b>Versiebeheer</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>5</b>
1.1 Doel .....	5
1.2 Doelgroep .....	5
1.3 Leeswijzer .....	5
<b>2 LBZ databank</b> .....	<b>6</b>
2.1 Doel LBZ .....	6
2.2 Inhoud centrale LBZ Databank .....	7
2.3 Invoering .....	8
2.4 Diagram centrale LBZ Databank .....	8
2.4.1 Toelichting algemene gegevens (DE1 t/m DE2) .....	9
2.4.2 Toelichting financiële gegevens (DE3 t/m DE8) .....	9
2.4.3 Toelichting medische gegevens (DE9 t/m DE13) .....	9
2.5 Pseudonimisatie .....	11
<b>3 Aanlevering</b> .....	<b>13</b>
3.1 Inleiding .....	13
3.2 Gegevensstroom 2, Medisch .....	13
3.2.1 Algemeen .....	13
3.2.2 Structuur.....	13
3.2.3 Aan te leveren gegevens.....	14
3.2.4 Bestand- en gegevensbeschrijvingen.....	17
3.2.5 Wijzigen/corrigeren (heraanleveren) .....	17
3.2.6 Wijzigen van BSN of patiëntnummer .....	17
3.3 Gegevensstroom 1, Financieel .....	18
3.3.1 Algemeen .....	18
3.3.2 Structuur.....	18
3.3.3 Aan te leveren gegevens.....	18
3.3.4 Bestand- en gegevensbeschrijvingen.....	18
3.3.5 Wijzigen/corrigeren.....	19
3.3.6 Verwijderen .....	19
<b>4 Aanleverproces</b> .....	<b>20</b>
4.1 Start van de LBZ .....	20
4.2 Reguliere aanlevering .....	20
4.2.1 Aanleverfrequentie .....	21
4.2.2 Controles.....	21
4.2.3 Rapportages.....	23
4.3 Invoering ICD-10 .....	24
4.4 Invoering CBV .....	25
<b>5 Gegevensbeschrijving</b> .....	<b>26</b>
5.1 LBZ inputbestanden .....	26
5.1.1 Specificatie inputbestanden .....	26
5.2 Codelijsten medische gegevensstroom .....	26
5.3 Controle bestanden medische gegevensstroom .....	27

<b>6 Voorbeelden.....</b>	<b>33</b>
6.1 Rapportages .....	33
6.1.1 Rapportage LBZ verwerking financiële gegevens .....	34
6.1.2 Rapportage LBZ verwerking medische gegevens .....	35
6.1.3 Statusrapportage LBZ .....	36
<b>6.2 Beschrijving codelijsten medische gegevensstroom.....</b>	<b>38</b>

**Versiebeheer**

<b>Versie</b>	<b>Datum</b>	<b>Betreft</b>	<b>Status</b>	<b>Door</b>
0.7	14-11-2011	Te publiceren versie behorende bij datamodel versie 5.3	Voorlopig definitief	Tieto (EvD&RP)
0.8	24-11-2011	Tekstuele verduidelijkingen n.a.v. review door WG Datamodel	Voorlopig definitief	Tieto (EvD&RP)

## **1 Inleiding**

### **1.1 Doel**

Doel van dit document is om inzicht te verschaffen in de wijze waarop de LBZ (Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg) is opgezet en hoe de aanlevering aan de LBZ plaatsvindt.

De voorliggende versie is te beschouwen als een voorlopig definitieve versie.

### **1.2 Doelgroep**

Dit document is bedoeld voor de leveranciers van gegevens (ziekenhuizen, ZBC's, privéklinieken en categorale instellingen), betrokken ICT leveranciers en het LBZ ontwikkelteam.

### **1.3 Leeswijzer**

Hoofdstuk 2 gaat in op het doel, de invoering en de pseudonimisatie van de LBZ. Hoofdstuk 3 beschrijft de aanlevering van gegevens aan de LBZ op hoofdlijnen. Het aanleverproces aan de LBZ wordt in hoofdstuk 4 beschreven. Hoofdstuk 5 en 6 bevatten respectievelijk de gegevensbeschrijving, de aanleverspecificaties en voorbeelden van aanlevering.

## 2 LBZ databank

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet wat het doel van de LBZ is, welke informatie uit de LBZ geproduceerd kan worden en wat de kaderstellende uitgangspunten zijn. Vervolgens wordt ingegaan op de inhoud van de centrale LBZ databank op hoofdlijnen en wordt het centrale datamodel toegelicht. Afgesloten wordt met de wijze waarop de pseudonimisatie plaatsvindt. Informatie over de aanlevering op detailniveau is in hoofdstuk 3 beschreven.

### 2.1 Doel LBZ

#### Vastleggen van zorg verleend door ziekenhuizen

Met behulp van de LBZ worden de basis gegevens van instellingen rondom de zorg aan patiënten vastgelegd en verzameld t.b.v. de volgende informatiebehoeften:

- Bedrijfsvoering ziekenhuizen
- Monitoren zorgproductie
- Monitoren gezondheidstoestand van bevolking
- Benchmarking
- Marktinformatie
- Wettelijke verplichtingen (DIS)
- (Inter)Nationale verplichtingen (CBS, EU)
- Onderzoek en onderwijs

Instellingen (verzamelnaam ziekenhuizen) zijn:

- Ziekenhuizen
- ZBC's
- Privé-klinieken

De zorg omvat de door het ziekenhuis aan patiënten geleverde zorg behorend tot de volgende vormen van zorg:

- Zorgverzekeringswet (Zvw):
  - Medisch specialistische zorg die het ziekenhuis levert in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw):
    - Zorg die een medisch specialist levert aan de eigen patiënten van de zorginstelling (inclusief (consultatieve) psychiatrie) en onderdeel uitmaakt van de aanspraken in het kader van de Zvw
    - Overige zorg die de medische specialist of andere beroepsbeoefenaren leveren in het kader van de Zvw (zorg verleend op aanvraag van de 1<sup>e</sup> lijn, paramedische zorg, et cetera)
  - Overige financieringsstromen:
    - AWBZ:
      - Zorg die het ziekenhuis levert in het kader van de AWBZ (o.a. "verkeerde bed")
    - Private zorg:
      - Niet in het kader van de Zvw en AWBZ, maar voor rekening van de patiënt of diens verzekering verstrekte zorg (eigen betalingen, aanvullende verzekering)
    - Onderlinge zorgverlening:
      - (Een deel van de) zorg op aanvraag en voor rekening van een andere instelling voor gezondheidszorg

- Keuringen, onderzoeken en rapportages:
  - Keuringen, onderzoeken en rapportages voor derden
- Zorg in het kader van wetenschappelijk onderzoek:
  - Zorg in het kader van wetenschappelijk onderzoek, die niet wordt verstrekt in het kader van de Zvw en/of de patiënt en diens verzekering
- Overig
  - Alle overige niet hierboven genoemde zorg

### Informatieverstrekking

Met behulp van de LBZ kan informatie geproduceerd worden op instellings-, omgevings-, regionaal en landelijk niveau over Kliniek, Dagverpleging, Ambulante contacten, Verrichtingen en Patiëntstromen. Deze informatie wordt gebruikt voor managementdoeleinden, beleidsevaluatie en beleid(her)bepaling en richt zich vooral op organisatie (structuur), zorgverlening, bekostiging, planning en beleid van de deelnemers en medisch specialisten.

### Kaderstellende uitgangspunten

De volgende kaderstellende uitgangspunten zijn gehanteerd:

- Aansluiting op aanlevering aan DIS
- Landelijke dekking inclusief ZBC's en privéklinieken
- LBZ is de kapstok voor additionele deelregistraties, bijvoorbeeld klinische medicatie.
  - Hierdoor ontstaan mogelijkheden om het aantal zelfstandige registraties te verminderen en deze te integreren als module binnen LBZ, waardoor de administratieve lasten in de ziekenhuizen kunnen verminderen
- Voldoen aan eisen in het kader van de Wet Bescherming Persoonsgegevens

## 2.2 Inhoud centrale LBZ Databank

De inhoud van de centrale LBZ databank is gebaseerd op de genoemde informatiebehoeften en omvat:

- Geregistreeerde zorg
  - Per behandelde patiënt, per zorgmoment (ambulant, kliniek en dagverpleging)
    - Kliniek en dagverpleging op ontslagbasis
    - Ambulant per contact
  - Hierbij wordt gebruik gemaakt van:
    - Standaard diagnose classificatie (ICD10 en facultatief diagnosethesaurus)  
Geregistreerd worden de hoofddiagnose per zorgmoment (facultatief voor ambulante contacten), en specifiek voor opnamen de primaire diagnose per betrokken specialisme en neven diagnoses  
In de overgangssituatie c.q. opstartfase is gebruik van de CvZ80 ook mogelijk
    - Standaard verrichtingen bestand (CBV)  
Geregistreerd worden de hoofdverrichting per opname (kliniek en dagverpleging) en alle (medische) verrichtingen of (ambulant, kliniek en dagverpleging).  
In de overgangssituatie c.q. opstartfase is gebruik van CvV en DBC-zorgactiviteiten ook mogelijk
  - Kosten
    - Per patiënt
      - Gedecclareerde zorg  
Conform DBC 6.0 versie 4.3 (DOT)

Gegevens worden in de LBZ databank opgenomen in een relationele structuur. In deze structuur worden financiële gegevens en medische gegevens gekoppeld.

## 2.3 Invoering

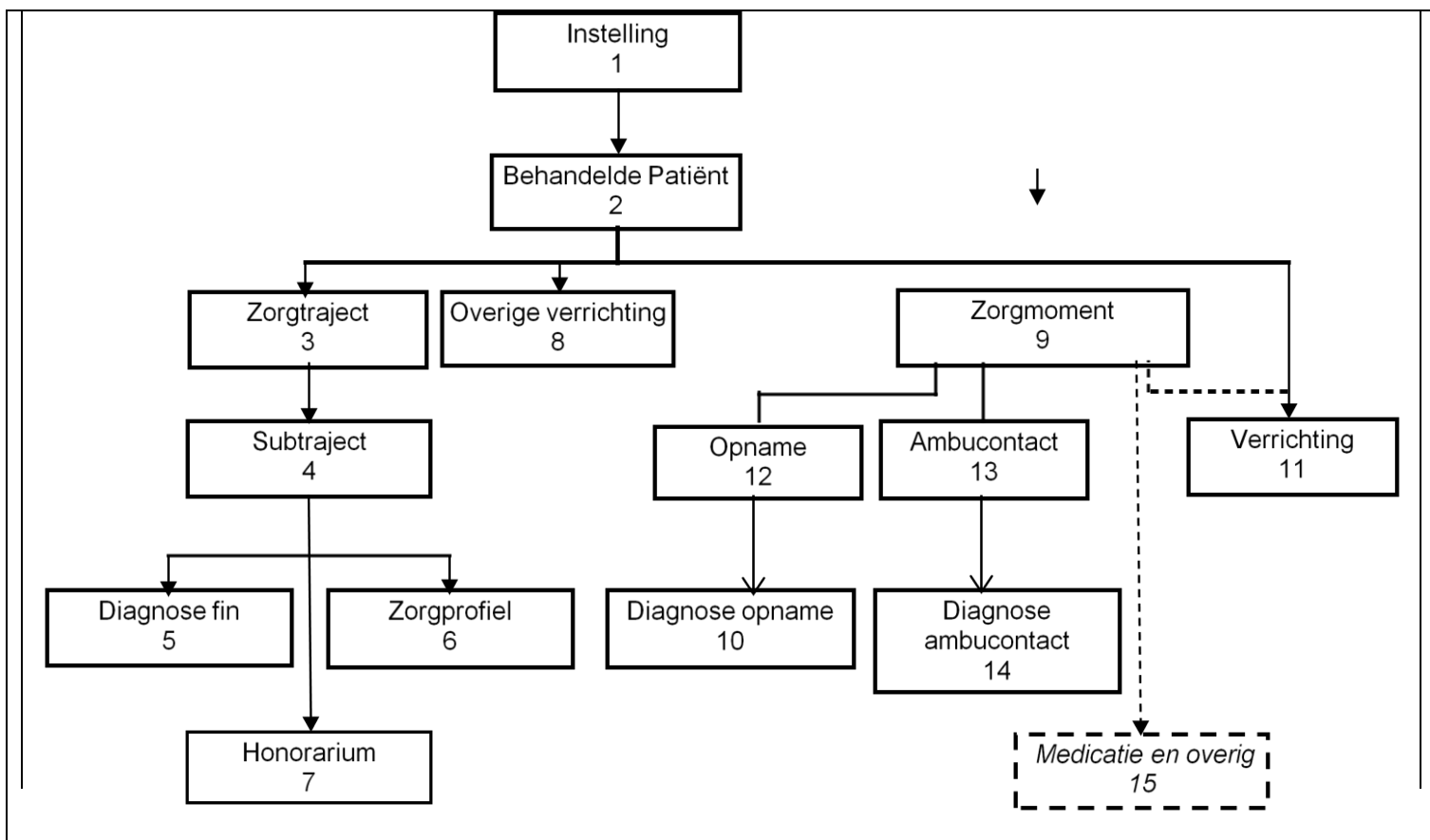
De LBZ wordt uiterlijk vanaf 1-1-2014 landelijk ingevoerd. Instellingen kunnen desgewenst vanaf 1-1-2012 gegevens aanleveren. Vanaf 1-1-2014 zullen alle ziekenhuizen op bepaalde aanlevermomenten gegevens aan de LBZ leveren.

Gedurende de invoeringperiode zullen ook de ICD-10 (per 1-1-2013 voor alle ziekenhuizen) en het CBV verrichtingenbestand (per 1-1-2014 voor alle ziekenhuizen) worden ingevoerd op geleide van de mogelijkheden van individuele ziekenhuizen. Zolang een ziekenhuis niet aanlevert aan de LBZ, zullen de LMR en LAZR voor dat ziekenhuis worden gecontinueerd tot ultimo 2013. LMR gegevens zullen deels worden geconverteerd naar de centrale LBZ databank om de productie van landelijke informatie mogelijk te maken.

Voor de implementatie van de LBZ, incl. ICD-10 en CBV, binnen het ziekenhuis wordt verwezen naar het implementatieplan LBZ.

## 2.4 Diagram centrale LBZ Databank

In onderstaand diagram is, uitsluitend ter informatie, de opzet van de centrale LBZ databank weergegeven en vervolgens toegelicht. Dit is **NIET** het model op basis waarvan de gegevens worden aangeleverd, zie hiervoor de volgende hoofdstukken.



In het basismodel LBZ is de samenhang tussen de verschillende gegevens groepen aangegeven.

## 2.4.1 Toelichting algemene gegevens (DE1 t/m DE2)

### DE 1 INSTELLING

Hierin zijn opgenomen specifieke kenmerken m.b.t. deelname varianten van de deelnemende ziekenhuizen.

### DE 2 BEHANDELDE PATIENT

Hierin zijn opgenomen de koppel- en (deels) gespseudonimiseerde gegevens van de behandelde patiënten.

## 2.4.2 Toelichting financiële gegevens (DE3 t/m DE8)

In deze groep is de set aan financiële gegevens conform DBC 6.0 versie 4.3 (DOT) opgenomen. Ten behoeve van de koppeling met de medische gegevens zijn de financiële gegevens (t.o.v. DBC 6.0 versie 4.3) uitgebreid met een blijvend unieke patiënt-id en het opnamenummer voor die zorgactiviteiten welke een vorm van opname (klinisch of dagbehandeling) representeren. Aangezien niet iedere patiënt een BSN heeft en het koppelnummer in veel gevallen op het moment van declaratie wordt toegekend wordt er een patiënt-id in de patiëntgegevens opgenomen welke de patiënt blijvend uniek maar betekenisloos identificeert. Het opnamenummer wordt opgenomen bij die zorgactiviteiten en overige verrichtingen welke lig/verpleegdagen aangeven. Met behulp van dit opnamenummer kunnen overdrachten tijdens een opname worden afgeleid.

## 2.4.3 Toelichting medische gegevens (DE9 t/m DE14)

De groepen 9 t/m 14 bevatten de medische gegevens welke bestaan uit zorgmomenten (1 (dag)opname en 1 ambulante contact) en verrichtingen (al dan niet geplaatst binnen een zorgmoment). Diagnosen worden vastgelegd bij opnamen (verplicht) en ambulante contacten (vooralsnog facultatief). Doorontwikkeling van het (medische gedeelte van het) model kan plaatsvinden door aanvullende gegevensgroepen (15) te definiëren.

### DE9 ZORGMOMENT

Door instelling aan een patiënt geleverde zorg in termen van contacten zijnde klinische opname, dagopname en ambulante contacten.

Belangrijke kenmerken:

- De primaire sleutel van DE9 bestaat uit instellingsnummer en onderdeel van de instelling, unieke patiënt en contact identificaties.
- De contact identificatie bevat bij de zorgtypes Kliniek en Dagverpleging het opnamenummer en bij zorgtype Ambulant contact een uniek contactnummer.
- Het casenummer is het (order)nummer van de case. Indien ziekenhuizen gebruik maken van een orderadministratie kunnen relaties tussen de verschillende gegevens op een eenduidige wijze worden gelegd. Het casenummer is vooralsnog facultatief.
- Type zorg is K voor klinische opnamen, D voor dagopnamen en A voor ambulante contacten.
- Aard zorg is een nadere aanduiding van de door het ziekenhuis geleverde zorg voor de verschillende zorgtypes.
- Hoofddiagnose is bij typezorg K en D verplicht en is de diagnose die bij ontslag als belangrijkste reden voor de opname wordt gezien (conform ICD10 definitie). Bij typezorg A is deze facultatief (vooralsnog) en betreft het de diagnose die op het moment van het contact geldt als de reden voor het leveren van de zorg.

- Hoofdverrichting is bij typezorg K en D verplicht en is de verrichting die aan het eind van de opname beschouwd wordt als de belangrijkste verrichting binnen de opname (indien er sprake is geweest van een verrichting).  
Bij typezorg A wordt deze niet geregistreerd.

#### DE10 DIAGOPNAME en DE14 DIAG AMBULANT CONTACT

(Primaire) diagnoses die de aard en omvang van de zorg aan de patiënt voor een bij de behandeling betrokken specialisme (mede) hebben bepaald.  
Nevendiagnosen die de zorg aan de patiënt hebben beïnvloed.  
Alle aangeleverde diagnoses van zowel K, D en A zullen in resp. DE10 en DE14 worden opgenomen.

#### DE11 VERRICHTING

Elke medische handeling die door een medisch professional op, binnen of buiten het zorgmoment is uitgevoerd en welke behoort tot de landelijke CBV-lijst met maximaal 7 posities (6 cijfers, mogelijk 1 letter). Hierop zijn enkele uitzonderingen welke in hoofdstuk 3.3.3 zijn beschreven.

Deze verrichtingen staan los van de voor DIS en het financiële deel van LBZ aan te leveren zorgactiviteiten en overige verrichtingen. Ten aanzien van de aanlevering wordt van het ziekenhuis verwacht dat, rekening houdend met de aanleverfrequentie, alle in de periode uitgevoerde verrichtingen voorzien van een CBV code worden aangeleverd ongeacht of zij zijn gedeclareerd.

Uitgevoerde verrichtingen worden, voor de zorgtypen K en D op basis van de datum verrichting aan het zorgmoment gekoppeld. Anders gezegd: verrichtingen die tijdens een (K of D) opname zijn uitgevoerd, worden door het LBZ systeem aan het betreffende zorgmoment gekoppeld. Hierbij wordt geaccepteerd dat er op de opname en ontslagdatum mogelijk verrichtingen worden gekoppeld die feitelijk niet tot de opname behoren.

#### DE12 OPNAME

Een in de kliniek of dagverpleging uitgevoerde behandeling van een patiënt geëindigd met ontslag van de patiënt waarbij tenminste één klinische verpleegdag of één dagbehandelingsdag in rekening wordt gebracht.

Een verpleegdag is een in rekening te brengen kalenderdag, die deel uitmaakt van de periode vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een in rekening te brengen kalenderdag. Als verpleegdagen worden ook aangemerkt IC behandeldagen, dagen op de neonatale IC en pediatrie IC, post IC high care dag, verblijf gezonde moeder en zuigeling, afwezigheidsdagen, zoteldagen, verblijfdag huisartsenkliniek, et cetera,

Een dagopname is een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist.

#### DE13 AMBUCONTACT

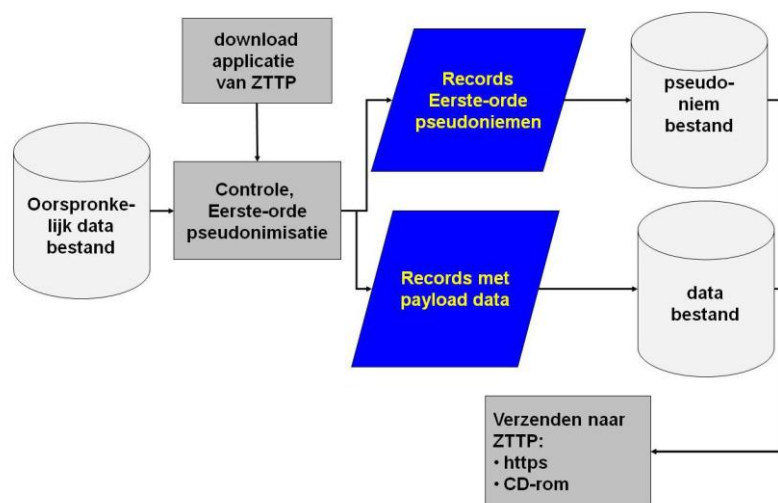
Elk consultatief contact dat tussen een behandelend (medisch) professional en patiënt welke acuut of op afspraak heeft plaatsgevonden, inclusief telefonische contacten of teleconsulten, intercollegiale consulten en medebehandeling.

## 2.5 Pseudonimisatie

Pseudonimisatie wordt toegepast om bestanden met persoonsgegevens te kunnen verwerken op manieren die anders niet door de Wet Bescherming Persoonsgegevens zouden zijn toegestaan. Persoonsidentificerende kenmerken (naam 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.

ZorgTTP is als Trusted Third Party verantwoordelijk voor pseudonimisatie binnen de LBZ. De eerste stap naar een pseudoniem wordt gezet bij 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 AES.

In onderstaand diagram is de werking van de (PVM) beschreven.



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 daar uit 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 de ontvangende partij.

ZorgTTP heeft in het pseudonimisatie proces alleen kennis over de verwerkte pseudoniemen en ziet geen inhoudelijke gegevens, al is ZorgTTP wel 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.

Binnen LBZ wordt, voor een aantal direct herleidbare gegevens gebruik gemaakt van pseudonimisatie. Het gaat om variabelen als "Burgerservicenummer" en "Naam1" of "Naam2".

De volgende pseudoniemen worden ten behoeve van de LBZ aangemaakt:

Pseudoniem	Omschrijving	Definitie	Gebaseerd op
BSNpseudm	<b>BSN pseudoniem medisch</b>	BSN pseudoniem afkomstig uit medische aanlevering	BSN
BSNpseudf	<b>BSN pseudoniem financieel</b>	BSN pseudoniem afkomstig uit financiële aanlevering	BSN
CBSpseudf	<b>CBS pseudoniem financieel</b>	CBS pseudoniem afkomstig uit financiële aanlevering	geboortedatum, geslacht en postcode
CBSpseudm	<b>CBS pseudoniem medisch</b>	CBS pseudoniem afkomstig uit medische aanlevering	geboortedatum, geslacht en postcode
Parelsnpseudm	<b>Parelsnoer pseudoniem medisch</b>	Parelsnoer pseudoniem afkomstig uit medische aanlevering	BSN en geboortedatum
Naampseudf	<b>Naam pseudoniem financieel</b>	Naam pseudoniem (van de patiënt) afkomstig uit financiële aanlevering	Naam, geboortedatum, geslacht en voorletter

## 3 Aanlevering

### 3.1 Inleiding

Voor de aanlevering aan LBZ is gekozen om, waar mogelijk, gebruik te maken van bestaande gegevensstromen en definities. De LBZ wordt gevoed door een tweetal gegevensstromen die op bepaalde aanlevermomenten door het ziekenhuis worden aangeleverd:

1. LBZ financieel, Gegevens over gedeclareerde zorg, gebaseerd op GA SZ 6.0 v4.3
2. LBZ Medisch, Gegevens over geleverde zorg, bestaande uit:
  - a. Patiënt, een specifiek op de patiëntgegevens van behandelde patiënten gericht aan te leveren bestand, hierin zijn onder meer de te pseudonimiseren ondergebracht
  - b. Opname, een specifiek op klinische en dagopnamen gericht aan te leveren bestand
  - c. Diagnose, een specifiek op diagnoses behorend bij de Opname gericht aan te leveren bestand
  - d. Ambulant contact, een specifiek op ambulante contacten (consulten) gericht aan te leveren bestand
  - e. Verrichting, een specifiek op de uitgevoerde verrichtingen (zowel t.b.v. klinische en dagverpleging als ambulante zorg) gericht aan te leveren bestand

Hierna wordt eerst ingegaan op de medische gegevensstroom gevolgd door informatie over de financiële gegevensstroom. Voor beiden wordt aangegeven wat de structuur is, welke gegevens aangeleverd dienen te worden, de bestands- en gegevensbeschrijvingen en de wijze van corrigeren en verwijderen.

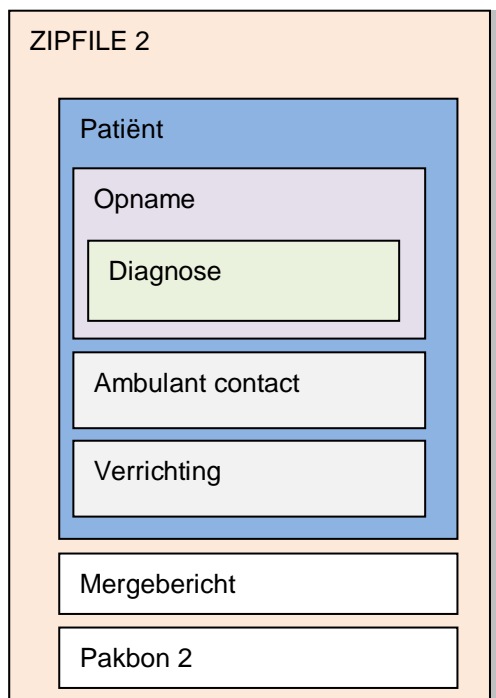
### 3.2 Gegevensstroom 2, Medisch

#### 3.2.1 Algemeen

Ten behoeve van het opnemen van gegevens over ambulante contacten, klinische en dagopnamen in de LBZ databank levert het ziekenhuis een set gegevens aan.

#### 3.2.2 Structuur

In onderstaand figuur is de aanleverstructuur weergegeven.



### 3.2.3 Aan te leveren gegevens

Per set van gegevens (patiënt, opnamen, diagnoses, ambulante contacten en verrichtingen) is aangegeven om wat voor soort gegevens het gaat (bijvoorbeeld ontslagenpatiënten). Per set wordt een bestand, gebundeld in een ZIPfile, aangeleverd.

Details ten aanzien van de aan te leveren gegevens zijn opgenomen in hoofdstuk 5.

#### Patiënt

De patiëntgegevens van de in overige bestanden opgenomen uitgevoerde opnamen, ambulante contacten en verrichtingen.

Deze set betreft de patiëntgegevens van de over de in de aanleverperiode beëindigde opnamen, uitgevoerde ambulante contacten en/of uitgevoerde verrichtingen. Van deze patiënten zijn minimaal de verplichte gegevens ingevuld.

Deze set kan niet leeg zijn.

Een patiënt wordt geïdentificeerd door het instellingnummer en onderdeel van de instelling en een binnen de instelling blijvend unieke patiëntidentificatie.

Een patiënt komt in deze set eenmaal voor en bevat de gegevens welke bij de (laatste) start van de opname, ambulant contact of verrichting of op het moment van de aanlevering bekend zijn.

#### Opname

Een in de kliniek of dagverpleging uitgevoerde behandeling van een patiënt geëindigd met ontslag van de patiënt waarbij tenminste één klinische verpleegdag of één dagbehandelingsdag in rekening wordt gebracht.

Renna Plukker, Ernest van Deijl

2011-11-24

Deze set betreft de gegevens over in de aanleverperiode ontslagen patiënten inclusief de hoofddiagnose en indien van toepassing hoofdverrichting. Hiervan zijn minimaal de verplichte gegevens ingevuld.

Deze set kan leeg zijn indien in de rapportage periode geen patiënten ontslagen zijn.

Een opname wordt geïdentificeerd door het instellingnummer en onderdeel van de instelling en het binnen de instelling unieke contact-id bestaande uit het opnamenummer.

Belangrijke kenmerken:

- De opname wordt voorzien van het opname- en ontslagspecialisme, het al of niet urgent zijn en de ontslagdatum.
- Tevens wordt vastgelegd wat de herkomst en bestemming (woonomgeving) van de patiënt zijn direct voor en na de opname.

### Diagnose

(Primaire) diagnoses die de aard en omvang van de zorg aan de patiënt voor een bij de behandeling betrokken specialisme (mede) hebben bepaald.

Deze set betreft gestelde diagnoses, behorend bij de in de set Opnamen ontslagen patiënten. Hiervan zijn minimaal de verplichte gegevens ingevuld.

De set bevat per ontslagen patiënt minimaal 1 diagnose (primaire, tevens hoofddiagnose). Diagnosen worden vastgelegd m.b.v. de ICD10. Gedurende de invoeringsfase van de ICD10 (t/m 1-1-2013) kan de CvZ80 nog worden gebruikt.

Indien de set Opnamen leeg is moet ook deze set leeg zijn

Een diagnose wordt uniek geïdentificeerd door het instellingnummer en onderdeel van de instelling, de binnen de instelling unieke patiëntidentificatie, het opnamenummer en een, binnen de instelling, unieke diagnose identificatie.

Belangrijke kenmerken:

- Bij een opname en dagbehandeling worden de diagnoses op het moment van ontslag aangeleverd.
- Bij een poliklinisch contact wordt de diagnose die op dat moment is geregistreerd aangeleverd. Hiermee kan de ontwikkeling in diagnosestelling worden gevolgd.
- De diagnose wordt voorzien van het specialisme dat deze gesteld heeft c.q. van belang vindt en een indicatie waarin aangegeven is of het een primaire of nevendiagnose betreft.
- Diagnosen zijn voor opnamen (K+D) vanaf de start verplicht.
- Diagnosen zijn voor ambulante zorg (A) vooralsnog facultatief, indien diagnosen worden geregistreerd, wordt er vooralsnog per contact één diagnose aangeleverd welke tevens als de primaire en hoofddiagnose van het zorgmoment wordt aangemerkt.

### Ambulant contact

Consultatief contact dat acuut of op afspraak tussen een behandelend (medisch) professional en patiënt heeft plaatsgevonden, inclusief telefonische contacten, teleconsulten, intercollegiale consulten en medebehandeling.

Deze set betreft de gegevens over in de aanleverperiode uitgevoerde ambulante contacten, al dan niet gedeclareerd, waarvan minimaal de verplichte gegevens zijn ingevuld.

Renna Plukker, Ernest van Deijl

2011-11-24

Deze set kan leeg zijn indien in de rapportage periode geen consultatieve contacten hebben plaatsgevonden

Ambulante contacten wordt geïdentificeerd door het instellingnummer en onderdeel van de instelling en het binnen de instelling unieke patiëntidentificatie en de (start)datum van het contact. Binnen deze identificatie kunnen meerdere contacten worden aangeleverd.

Belangrijke kenmerken:

- De ambulante contacten worden vastgelegd via CBV en gedurende de overgangsfase kan dit ook via de DBC zorgactiviteiten.
- Het contact wordt voorzien van het uitvoerende specialisme.
- Daarnaast wordt aangegeven of het een 1<sup>e</sup> medisch consult of een herhalingsconsult betreft en een indicatie gegeven of het een 1<sup>e</sup> administratief consult (naar verwachting tot 2014) betreft.
- Voorts wordt, indien van toepassing, de polikliniek locatie vastgelegd.
- Voor het eerste medisch consult is het van belang dat de verwijzer wordt meegegeven. Voor de overige contacten is dat niet noodzakelijk.
- De diagnose is in principe gewenst bij al deze contacten, dit is echter optioneel en dient afgeleid te kunnen worden uit de registratie aan de bron.

### Verrichting

Elke medische handeling die door een medisch professional op, binnen of buiten het zorgmoment is uitgevoerd en welke behoort tot de landelijke CBV-lijst met maximaal 7 posities (6 cijfers, mogelijk 1 letter);

- Exclusief codes boven de 90xxxx (eigen codes) (niet opgenomen in landelijke lijst)
- Exclusief codes die starten met 10, 25: GGZ DBC's
- Exclusief codes die starten met 14, 15, 16, 17: DBC's ziekenhuizen (en evt. DOT).

Deze set betreft de gegevens over de in de aanleverperiode uitgevoerde verrichtingen, al dan niet gedeclareerd, waarvan minimaal de verplichte gegevens zijn ingevuld. Gedurende de invoeringsfase (t/m 1-1-2014) kunnen verrichtingen ook middels CVV of ZA code worden aangeleverd.

Deze set kan leeg zijn indien in de rapportage periode geen verrichtingen hebben plaatsgevonden

Een verrichting wordt geïdentificeerd door het instellingnummer en onderdeel van de instelling, de binnen de instelling unieke patiëntidentificatie en de binnen de instelling unieke verrichting identificatie, c.q. verrichtingnummer (verplicht)

Belangrijke kenmerken:

- De verrichting wordt voorzien van het specialisme en, indien extern, de instelling die de verrichting heeft aangevraagd. Bij een extern uitgevoerde verrichting wordt eveneens het instellingsnummer van de uitvoerende instelling opgenomen (facultatief)
- De verrichting wordt conform het CBV bestand geregistreerd in de overgangs/aanloofase kan ook conform CVV of m.b.v. ZA codes worden geregistreerd.
- Een verrichting wordt altijd voorzien van een startdatum. Facultatief kan de start en eindtijd van de OK verrichtingen worden geregistreerd.

### 3.2.4 Bestand- en gegevensbeschrijvingen

Zie Hoofdstuk 5

### 3.2.5 Wijzigen/corrigeren (heraanleveren)

Correcties op en aanvulling van aanwezige gegevens worden uitgevoerd door het na 3, 6, 12 en 18 maanden na inzending van een aanleverperiode heraanleveren van alle gegevens van de betreffende aanleverperiode.

- Alle in aanleverperiode beëindigde opnamen (ontslag) en bijbehorende diagnoses
- Alle in aanleverperiode uitgevoerde ambulante contacten
- Alle in aanleverperiode uitgevoerde verrichtingen

Het centrale LBZ systeem zal de aanwezige gegevens behorend tot de betreffende aanleverperiode compleet verwijderen en vervangen door de nieuw aangeleverde gegevens van de betreffende periode.

In de pakbon van de ZIPfile is hiertoe een indicatie opgenomen die aangeeft of er sprake is van een heraanlevering. In de aanleverperiode wordt de periode van heraanlevering vermeld.

- Aanleverperiode, maand en jaar van de periode waartoe de gegevens in de ZIPfile behoren
- Indicatie heraanlevering, waarde 1 voor een heraanlevering van de complete aanleverperiode (die derhalve al eerder aangeleverd moet zijn geweest).

Dit houdt in dat 1 ZIPfile alleen de gegevens van 1 maand kan bevatten en dat heraanleveringen niet in 1 ZIPfile gecombineerd kunnen worden met een eerste aanlevering.

### 3.2.6 Wijzigen van BSN of patiëntnummer

Het komt voor dat het BSN of patiënt-id van reeds geregistreerde en al eerder aan de LBZ aangeleverde gegevens gewijzigd moet worden in een ander reeds bestaand BSN en/of patiënt-id i.c. dat wel dat opnamen, contacten en/of verrichtingen aan een ander nummer gekoppeld moeten worden.

Hiertoe wordt van een bestand opgesteld dat de volgende inhoud kent: huidige patiënt-id, nieuwe patiënt-id en datum ingang van de wijziging.

Ingeval opnamen, contacten en/of verrichtingen aan een nog niet in LBZ bestaande patiënt gekoppeld moeten worden kunnen de respectievelijke gegevens voorzien van het juiste BSN of patiënt-id opnieuw ingezonden worden.

De file wordt als onderdeel in de ZIP file voor het medische deel aan de LBZ aangeleverd.

### 3.3 Gegevensstroom 1, Financieel

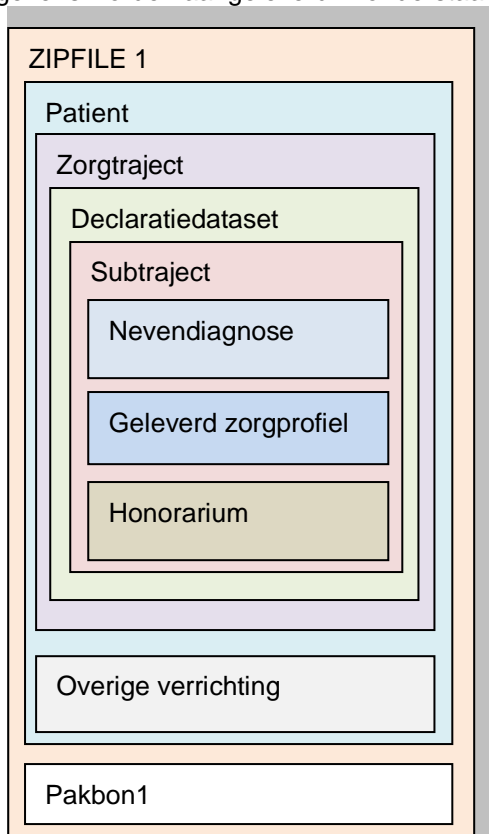
#### 3.3.1 Algemeen

Het financiële deel is geheel conform GA SZ 6.0 v4.3 opgesteld waarin 2 toevoegingen zijn opgenomen specifiek voor de LBZ, te weten:

- In patiënt: een unieke patiënt-id dat de patiënt in het ziekenhuis blijvend identificeert.
- In zorgprofiel en overige verrichting: Het opnamenummer dat bij een verrichting “opname” of “verpleegdag” of “ IC dag” moet worden vastgelegd. Dit is gedaan om achteraf de relatie tussen Subtrajecten en Zorgmomenten te kunnen leggen.

#### 3.3.2 Structuur

Gegevens worden aangeleverd in onderstaande structuur, analoog aan GA SZ 6.0 v4.3.



#### 3.3.3 Aan te leveren gegevens

Zie GA SZ 6.0 v4.3, plus de twee hierboven genoemde toevoegingen. De gegevens worden conform de huidige aanleverprocedure aan DIS/DBC Onderhoud verstuurd. De via ZorgTTP aan de DIS verstrekte dataset wordt in kopie naar Tieto/DHD gezonden ten behoeve van de LBZ.

#### 3.3.4 Bestand- en gegevensbeschrijvingen

Zie Hoofdstuk 5.

Renna Plukker, Ernest van Deijl

2011-11-24

### 3.3.5 Wijzigen/corrigeren

Conform GA SZ 6.0 v4.3

### 3.3.6 Verwijderen

Conform GA SZ 6.0 v4.3

## 4 Aanleverproces

Het aanleverproces van de LBZ wordt beschreven in termen van op welk moment te starten met de LBZ, wat is de aanleverfrequentie, welke type controles worden uitgevoerd (inclusief bestandsbeschrijving voor zover van toepassing), welke codelijsten als referentie gebruikt worden en welke rapportages aan de ziekenhuizen worden verstrekt als resultaat van de verwerking van gegevens. Het hoofdstuk wordt afgesloten met informatie over de invoering van de ICD-10 en de CBV.

### 4.1 Start van de LBZ

De LBZ wordt ingevoerd op geleide van de mogelijkheden van de ziekenhuizen.

Hierbij zijn relevant:

- Of het ziekenhuis in staat is om de voor LBZ benodigde data te leveren.
- Het moment van invoering van ICD-10 en CBV
- Al dan niet deelname aan de huidige LMR en/of LAZR

Zie hiervoor het implementatieplan LBZ.

Indien een startmoment is bepaald (datum X, uiterlijk 1-1-2014), kan de startsituatie als volgt worden ingevuld:

Startdatum is datum X

- Vanaf datum X registreert het ziekenhuis conform LBZ specificaties
- Vanaf datum X registreert ziekenhuis conform GA SZ 6.0 v4.3

Vanaf datum X wordt de financiële gegevensstroom aan LBZ verstuurd.

- Met de vanaf datum X geopende subtrajecten

Vanaf datum X wordt de medische gegevensstroom aan LBZ verstuurd

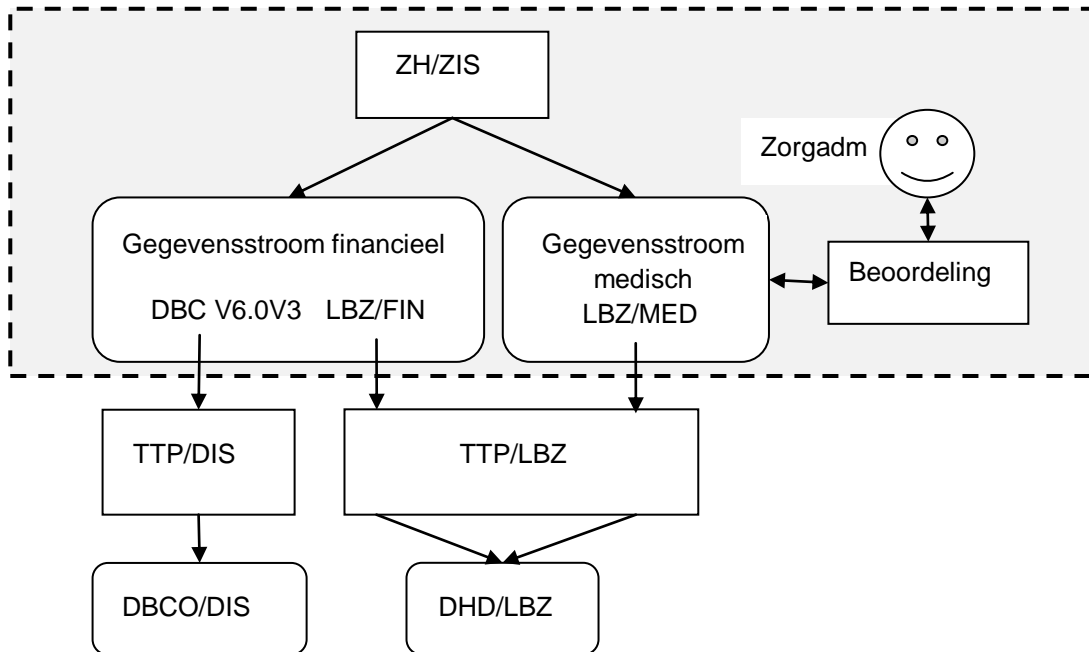
- Met de opnamen met ontslagdatum vanaf datum X
- Met de vanaf datum X uitgevoerde ambulante contacten
- Met de vanaf datum X uitgevoerde verrichtingen

Opnamen met ontslagdatum voor datum X worden via LMR geleverd (afsluiten registratiejaar 2013 in 2014).

### 4.2 Reguliere aanlevering

Het Ziekenhuis Informatie Systeem levert zowel de financiële als de medische gegevensstroom. De financiële gegevensstroom is voor GA SZ 6.0 v4.3 identiek aan die voor LBZ/FIN, en wordt volgens verschillende algoritmen gepseudonimiseerd.

De medische gegevensstroom zal, in veel gevallen, middels een specifieke functie door de zorgadministratie beoordeeld en zo nodig aangevuld worden (met bijvoorbeeld hoofddiagnose en –verrichting) voordat aanlevering aan de LBZ TTP functie plaatsvindt. In onderstaande afbeelding is de aanlevering schematisch weergegeven.



**Figuur 1** Schematische weergave van het aanleverproces

#### 4.2.1 Aanleverfrequentie

Maandelijks over, in principe, de maand hieraan voorafgaand

- In februari over januari
- In maart over februari
- Inclusief mutaties/correcties/verwijderingen en niet aangeleverde gegevens over voorgaande periodes

Heraanlevering van eerder aangeleverde gegevens 3, 6, 12 en 18 maanden na eerste aanlevering.

Met andere woorden de gegevens over janJJ worden voor het eerst aangeleverd in febrJJ, eventuele heraanlevering vindt plaats in meiJJ, augJJ, febrJJ+1 en augJJ+1.

Ziekenhuizen ontvangen een verslag over de verwerking van de aanlevering.

#### 4.2.2 Controles

##### Algemene beschrijving

Het centrale verwerkingssysteem controleert de aangeleverde data op:

- Technische verwerkbaarheid; voldoen de aangeleverde bestanden aan de technische conventies, stemt de inhoud van aangeleverde bestanden overeen met de begeleidende informatie (pakbonnen)
- Inhoud rubrieken; zijn de juiste formaten gehanteerd, voldoet de inhoud aan de (geldige) codelijsten
- Onderlinge relaties; zijn de onderkende onderlinge relaties juist gelegd
- Medisch inhoudelijke juistheid; voldoen de gegevens aan de eisen die vanuit de medische classificaties en codelijsten (diagnosen/verrichtingen) worden gesteld.

Indien bestanden niet technisch verwerkbaar zijn, wordt de hele aanlevering van het betreffende ziekenhuis afgekeurd en niet verwerkt.

Van bestanden die technisch verwerkbaar zijn, wordt de inhoud gecontroleerd, verwerkt en opgeslagen. De uitkomst van deze controles kan zijn dat een gegeven als Fout wordt gekenmerkt, met een Waarschuwing wordt gekenmerkt of Akkoord wordt bevonden. Gegevens met een kenmerk Fout moeten in een latere aanlevering gecorrigeerd aangeleverd worden, gegevens met een kenmerk Waarschuwing kunnen in een latere aanlevering gecorrigeerd aangeleverd worden.

Gegevens met een kenmerk Fout worden in principe niet in informatie en/of gegevensleveringen opgenomen.

Het ziekenhuis ontvangt per aanlevering een verslag van de uitgevoerde controles (geconstateerde Fouten en Waarschuwingen).

In de detailspecificaties van de inputbestanden (zie hoofdstuk 5) zijn de uit te voeren controles op techniek, inhoud, rubrieken en onderlinge relaties opgenomen voorzien van het kenmerk (F)out en/of (W)aarschuwing.

De medisch inhoudelijke controles worden in controletabellen opgenomen.

### Codelijsten

Een aantal gegevens in de LBZ worden gecontroleerd aan de hand van bepaalde codelijsten (bv geslacht). Omwille van eenheid van taal is zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande landelijk in gebruik zijnde codelijsten (van bijvoorbeeld VEKTIS).

Een aantal rubriekscontroles betreffen de controle van het aangeleverde gegeven ten opzichte van de codelijst. De benodigde referentiegegevens voor de financiële gegevensstroom zijn dezelfde als voor DBC 6.0 versie 4.3 (DOT). Voor de medische gegevensstroom zijn hieraan specifieke codelijsten toegevoegd. Hier volgt een opgave van alle codelijsten en door wie zij worden gedistribueerd.

Onderwerp	Naam codelijst	Distributie t.b.v. LBZ door
Diagnosen	ICD9/CvZ80	DHD/Tieto
Diagnosen	ICD-10, versie 2006	RIVM/DHD/Tieto
Diagnosen	Diagnosethesaurus	DHD
DOT	Aanspraak code tabel DOT	DBC Onderhoud
DOT	Afsluit reden tabel DOT	DBC Onderhoud
DOT	El.typeringslijst DOT	DBC Onderhoud
DOT	Tarieventabel DOT	DBC Onderhoud
DOT	Zorgproduct tabel DOT	DBC Onderhoud
DOT	Zorgactiviteiten tabel	DBC Onderhoud
Geslacht	Geslacht COD046 (VEKTIS)	VEKTIS
Instellingen	AGB codelijst VEKTIS	VEKTIS
Instellingen	Codelijst volgnr DIS	DBC Onderhoud
Landen	Landen ISO 3166-1	DHD/Tieto
LBZ	Herkomst en bestemming	DHD/Tieto
LBZ	Huisartsen (VEKTIS)	VEKTIS
LBZ	Codelijst aard zorg	DHD/Tieto
LBZ	Soort contact	DHD/Tieto
Postcodes	Postcodes	Op eigen initiatief*
Verrichtingen	CBV	DHD/Tieto
Verrichtingen	CvV	DHD/Tieto

Onderwerp	Naam codelijst	Distributie t.b.v. LBZ door
Zorgverleners	LBZ (sub)specialismen	DHD/Tieto
Zorgverleners	Zorgverleners-spec COD016 VEKTIS	VEKTIS
Zorgverzekeraars	UZOVI register VEKTIS	VEKTIS

\* De postcode tabel is in de meeste ZIS-en reeds aanwezig.

Voor de specificaties van door Tieto/DHD te leveren codelijsten zie hoofdstuk 6.

#### Medisch inhoudelijke controletabellen

Ten behoeve van de medisch inhoudelijke controle van diagnoses en verrichtingen in relatie tot onder meer leeftijd, geslacht en specialismen 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 aperte Fout of een Waarschuwing. Een aperte Fout moet in een latere aanlevering gecorrigeerd aangeleverd worden, een Waarschuwing kan in een latere aanlevering gecorrigeerd aangeleverd worden.

Voor de diagnoses worden voor zowel de ICD9 (CvZ80) als de ICD10 controles opgesteld. De tabellen worden in Excel formaat gedistribueerd. Hier volgt een opgave van de controletabellen. Deze worden verstrekt door DHD/Tieto. In hoofdstuk 5 zijn de specificaties van onderstaande tabellen beschreven.

Onderwerp	Naam controletabel
Diagnosen	Diagnose ICD9 – geslacht
Diagnosen	Diagnose ICD9 – leeftijd
Diagnosen	Diagnose ICD9 – verrichtingen (CvV)
Diagnosen	Diagnose ICD9 – specialisme
Diagnosen	Diagnose ICD10 – geslacht
Diagnosen	Diagnose ICD10 – leeftijd
Diagnosen	Diagnose ICD10 – verrichtingen (CvV)
Diagnosen	Diagnose ICD10 – verrichtingen (CBV)
Diagnosen	Diagnose ICD10 – niet te gebruiken (“onzincodes”)
Diagnosen	Diagnose ICD10 – dagger asterix
Verrichtingen	Verrichting CvV – geslacht
Verrichtingen	Verrichting CvV – leeftijd
Verrichtingen	Verrichting CvV – specialisme
Verrichtingen	Verrichtingen CvV - Type zorg
Verrichtingen	Verrichtingen CBV – geslacht
Verrichtingen	Verrichtingen CBV – leeftijd
Verrichtingen	Verrichtingen CBV – specialismen
Verrichtingen	Verrichtingen CBV - Type zorg

### 4.2.3 Rapportages

Van de verwerking van gegevens ontvangt het ziekenhuis direct na de verwerking per mail een rapportage in PDF formaat.

- Doel:
  - verantwoording van de verwerking van gegevens
  - melding van geconstateerde fouten en waarschuwingen t.b.v. eventuele correctie

Zie hoofdstuk 6.1 voor de lay-out.

Afsluitdata, zoals in LMR, worden t.b.v. de LBZ niet toegepast. De LBZ zal op basis van rapportagemomenten worden beheerd.

Een rapportagemoment is een moment waarop, met de op dat moment in de landelijke databank LBZ beschikbare gegevens, informatie wordt geproduceerd dan wel op dat moment beschikbare gegevens vanuit de landelijke databank LBZ aan derden wordt geleverd.

Uitgegaan wordt van:

Rapportagemoment per kwartaal, 3 maanden na einde kwartaal

- Doel: informatieverstrekking aan ziekenhuizen of derden op basis van peildatum
- in juli over kwartaal 1, in oktober over kwartaal 2, in januari over kwartaal 3 voorgaand jaar, in april over kwartaal 4 en geheel voorgaand jaar
- Ter vergelijking: LMR nu: >1 juni

Voorafgaand aan de rapportagemomenten ontvangt het ziekenhuis een statusrapportage per kwartaal, 2 maanden na einde kwartaal

- Doel:
  - Check voor en door ziekenhuis op aantallen, consistentie en volledigheid
  - Mogelijkheid voor het uitvoeren van correcties voor het rapportagemoment
- In juni over kwartaal 1, etc.

Zie hoofdstuk 6.1 voor de lay-out.

### 4.3 Invoering ICD-10

De ICD-10 voor het aanleveren van diagnoses moet per 1-1-2013 in alle ziekenhuizen zijn ingevoerd. Het ziekenhuis kan er voor kiezen om naast de ICD10 classificatie gebruik te maken van de aan de ICD10 gekoppelde diagnosethesaurus en dit gegeven ook aan te leveren. In 2012 kan het ziekenhuis ervoor kiezen om de ICD-10 geleidelijk in te voeren voor het aanleveren van (neven)diagnosen. Vanaf het startmoment in 2012 heeft het ziekenhuis de keuze om (neven)diagnosen aan te leveren m.b.v.:

- ICD-9/CvZ80, deze mogelijkheid vervalt per 31-12-2012
- ICD-10, al dan niet gecombineerd met ICD-9/CvZ80 of de diagnosethesaurus

Bij de start met LBZ geeft het ziekenhuis aan voor welke mogelijkheid gekozen wordt, dan wel als gestart wordt met ICD-9 wanneer men overgaat op de ICD10.

In ieder geval dienen opnamen met ontslagdatum vanaf 1-1-2013 en ambulante contacten vanaf 1-1-2013 voorzien te zijn van een diagnose conform ICD10.

N.B.

Voor het aanleveren van de typerende diagnose in het subtraject is er geen keuzemogelijkheid vanwege het ontbreken van een relatie tussen DBC typerende diagnose en ICD9/CvZ80 en het binnen de DIS dataset ontbreken van een relatie tussen de diagnosethesaurus en DBC typerende diagnose.

#### **4.4 Invoering CBV**

Het gebruik van het CBV bestand voor het aanleveren van verrichtingen moet per 1-1-2014 in alle ziekenhuizen zijn ingevoerd. In de periode tot aan 1-1-2014 kan het ziekenhuis ervoor kiezen om het gebruik van het CBV bestand (geleidelijk) in te voeren. Vanaf het startmoment in 2012 heeft het ziekenhuis de keuze om verrichtingen aan te leveren m.b.v.:

- CvV, deze mogelijkheid vervalt per 31-12-2013
- CBV
- ZA code, deze mogelijkheid vervalt per 31-12-2013

Bij de start met LBZ geeft het ziekenhuis aan voor welke mogelijkheid gekozen wordt. Dan wel geeft het ziekenhuis aan wanneer wordt overgegaan op de CBV.

In ieder geval dienen opnamen met ontslagdatum vanaf 1-1-2014 en verrichtingen vanaf 1-1-2014 voorzien te zijn van een verrichtingcode conform CBV.

## 5 Gegevensbeschrijving

### 5.1 LBZ inputbestanden

Per ZIPfile is beschreven:

- De naamgeving van de ZIPfile en de controles die daarop worden uitgevoerd
- De bestanden die onderdeel uitmaken van de ZIPfile

Per bestand binnen de ZIPfile:

- De velden die samen een record van het bestand vormen
- Per veld
  - De overeenkomstige veldnaam uit de landelijke LBZ databank
  - Korte omschrijving
  - Definitie
  - Format
  - Lengte
  - Relevante codelijst
  - Verplicht (Ja, conditioneel verplicht, optioneel)
  - Waarde voor missing value
  - Waarde voor onbekend
  - Range waardes of bepaald patroon
  - Uit te voeren controles
  - Foutmeldingen
  - Nadere uitwerking en/of opmerking

#### 5.1.1 Specificatie inputbestanden

De specificaties van de inputbestanden zijn opgenomen in DM LBZ versie 5.3 inputspecs.pdf en is een bijlage bij dit document. In de inputspecificaties kunnen als gevolg van het nieuwe LBZ systeem nog kleine wijzigingen noodzakelijk zijn.

### 5.2 Codelijsten medische gegevensstroom

De volgende codelijsten worden t.b.v. het vastleggen en controleren van de medische gegevensstroom door Tieto of DHD geleverd:

Onderwerp	Naam codelijst	Distributie t.b.v. LBZ door
Diagnosen	ICD9/CvZ80	DHD/Tieto
Diagnosen	ICD-10, versie 2006	DHD/Tieto
Diagnosen	Diagnosethesaurus	DHD/Tieto
Instellingen	AGB codelijst VEKTIS	DHD/Tieto
Landen	Landen ISO 3166-1	DHD/Tieto
LBZ	Herkomst en bestemming	DHD/Tieto
LBZ	Huisartsen (VEKTIS)	DHD/Tieto
LBZ	Codelijst aard zorg	DHD/Tieto
LBZ	Poliklinieken	DHD/Tieto
LBZ	Soort contact	DHD/Tieto
Verrichtingen	CBV	DHD/Tieto
Verrichtingen	CvV	DHD/Tieto
Zorgverleners	LBZ (sub)specialismen	DHD/Tieto

In hoofdstuk 6 is een beschrijving van deze tabellen opgenomen.

### 5.3 Controle bestanden medische gegevensstroom

Per controletabel is hierna gespecificeerd hoe de bestanden er uit komt te zien. Dit onder voorbehoud van kleine wijzigingen die mogelijk nog worden aangebracht als gevolg van het nieuwe LBZ systeem.

Alle hierna genoemde tabellen bevatten de waarden die bij verwerking in de LBZ een Waarschuwing of een aperte Fout opleveren. Gegevens met een kenmerk Fout moeten in een latere aanlevering gecorrigeerd aangeleverd worden, gegevens met een kenmerk Waarschuwing kunnen in een latere aanlevering gecorrigeerd aangeleverd worden (zie ook Datamodel LBZ, toelichtingen).

In elke tabel is per diagnose of verrichting (diepste niveau) aangegeven of deze in relatie tot een leeftijd, geslacht of specialisme tot een bepaald type fout moet leiden. Alle controles zijn voorzien van een datum ingang en een datum einde en bevatten een mutatiedatum. Uitzondering hierop is de tabel Diagnosen ICD9 – Verrichtingen CVV welke op groepsniveau van zowel diagnoses als verrichtingen aangeeft welke combinaties leiden tot fouten of onaannemelijkheden.

De tabellen worden uitgeleverd als Excel bestanden. De kolom header in onderstaande tabellen zijn de kolomnamen in het excelbestand. De kolom voorbeeld waarden bevat een invulling van de regels in het excelbestand. De kolom Uitleg geeft aan wat met de header wordt bedoeld.

#### Diagnosen ICD9 - geslacht

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEEMDCE	Soort diagnose	D
DEDIAGN	Code ICD10	C510
DEGESLA	Geslacht (codelijst Vektis)	1
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2012-12-31
DEINDRK	Type fout	2
DEDATMU	Datum mutatie	2011-08-30

#### Diagnosen ICD9 – Leeftijd

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEEMDCE	Soort diagnose	D
DEDIAGN	Code ICD9	A500
DELFTOG	Leeftijd ondergrens (in jaren)	2,00
DELFTBG	Leeftijd bovengrens (in jaren)	199,00
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2012-12-31
DEINDRK	Type fout	2
DEDATMU	Datum mutatie	2011-08-30



**Diagnosen ICD9 – specialisme**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEEMDCE	Soort diagnose	D
DEDIAGN	Code ICD9	V801
DESPMCE	Specialisme code	17
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2012-12-31
DEINDRK	Type fout	1
DEDATMU	Datum mutatie	2011-04-10

**Diagnosen ICD9 – Verrichtingen CVV**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEEMDCE	Soort diagnose	D
DEDIAGN	Code ICD9	V801
DEVERRI	Verrichting code	45677
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2012-12-31
DEINDRK	Type fout	1
DEDATMU	Datum mutatie	2011-04-10

**Diagnosen ICD10 - geslacht**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEEMDCE	Soort diagnose	D
DEDIAG10	Code ICD10	C510
DEGESLA	Geslacht (codelijst Vektis)	1
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2099-12-31
DEINDRK	Type fout	2
DEDATMU	Datum mutatie	2011-08-30

**Diagnosen ICD10 – Leeftijd**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEEMDCE	Soort diagnose	D
DEDIAG10	Code ICD10	A500
DELFTOG	Leeftijd ondergrens (in jaren)	2,00
DELFTBG	Leeftijd bovengrens (in jaren)	199,00
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2099-12-31
DEINDRK	Type fout	2
DEDATMU	Datum mutatie	2011-08-30

**Diagnosen ICD10 – Verrichtingen CVV**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEEMDCE	Soort diagnose	D
DEDIAG10	Code ICD10	V801
DEVERRI	Verrichting code	45677
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2099-12-31
DEINDRK	Type fout	1
DEDATMU	Datum mutatie	2011-04-10

**Diagnosen ICD10 – Verrichtingen CBV**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEEMDCE	Soort diagnose	D
DEDIAG10	Code ICD10	V801
DEVERCBV	Verrichting code	302456
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2099-12-31
DEINDRK	Type fout	1
DEDATMU	Datum mutatie	2011-04-10

**Diagnosen ICD10 – Onzin codes**

Nog te bepalen

**Diagnosen ICD10 – Dagger Asterix**

Nog te bepalen

**Verrichtingen CVV – geslacht**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEVERRI	Verrichting	56661
DEGESLA	Geslacht	1
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2013-12-31
DEINDRK	Type fout	2
DEDATMU	Datum mutatie	2011-04-10

**Verrichtingen CVV – leeftijd**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEVERRI	Verrichting	58711
DELFTOG	Leeftijd ondergrens	0,00
DELFTBG	Leeftijd bovengrens	9,00
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2013-12-31
DEINDRK	Type fout	2
DEDATMU	Datum mutatie	2011-04-10

**Verrichtingen CVV – specialisme**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEVERRI	Verrichting	50201
DESPMCE	Specialisme	27
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2013-12-31
DEINDRK	Type fout	2
DEDATMU	Datum mutatie	2011-04-10

**Verrichtingen CVV – Type zorg**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEVERRI	Verrichting	58034
DETYPZG	Type Zorg	K
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2013-12-31
DEINDRK	Type fout	2
DEDATMU	Datum mutatie	2011-04-10

**Verrichtingen CBV – geslacht**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEVERCBV	Verrichting	339853A
DEGESLA	Geslacht	1
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2099-12-31
DEINDRK	Type fout	2
DEDATMU	Datum mutatie	2011-04-10

**Verrichtingen CBV – leeftijd**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEVERCBV	Verrichting	339853A
DELFTOG	Leeftijd ondergrens	0,00
DELFTBG	Leeftijd bovengrens	9,00
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2099-12-31
DEINDRK	Type fout	2
DEDATMU	Datum mutatie	2011-04-10

**Verrichtingen CBV – specialisme**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEVERCBV	Verrichting	339853A
DESPMCE	Specialisme	27
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2099-12-31
DEINDRK	Type fout	2
DEDATMU	Datum mutatie	2011-04-10

**Verrichtingen CBV – Type zorg**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEVERCBV	Verrichting	339853A
DETYPZG	Type Zorg	K
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2099-12-31
DEINDRK	Type fout	2
DEDATMU	Datum mutatie	2011-04-10

**Verrichtingen CBV – Type zorg**

Header	Uitleg	Voorbeeld waarden
DEVERCBV	Verrichting	339853A
DETYPZG	Type Zorg	K
DEDATIN	Datum ingang	2012-01-01
DEDATEN	Datum einde	2099-12-31
DEINDRK	Type fout	2
DEDATMU	Datum mutatie	2011-04-10

## 6 Voorbeelden

### 6.1 Rapportages

*Dit onder voorbehoud van kleine wijzigingen die mogelijk nog worden aangebracht als gevolg van het nieuwe LBZ systeem.*

### 6.1.1 Rapportage LBZ verwerking financiële gegevens

**Rapportage LBZ verwerking financiële gegevens** (Datum)  
 Ziekenhuis: (nummer) Onderdeel: (nummer)  
 (naam) (naam)  
 Creatiedatum: (datum) Volgnummer: (nummer)  
 Verwerkt: **(ja of nee)** (*Indien nee*) **(Fouttekst)** (*1 per regel*)

*(Indien ja dan vervolgen met:)*

<b>Aantal verwerkt:</b>		<b>Aantal verwijderd:</b>	
Patiënt	#####	Zorgtraject	#####
Zorgtraject	#####	Declaratie dataset	#####
Declaratie dataset	#####	Overige verrichting	#####
Subtraject	#####		
Nevendiagnose	#####		
Geleverd zorgprofiel	#####		
Honorarium	#####		
Overige verrichting	#####		

**Foutmeldingen** (*indien relevant*)

Koppelnr	Bericht-id	Geboortedatum	Begindatum	Rubriek, inhoud
	Type fout	Bericht	Fouttekst	
<i>Voorbeeld Foutmelding</i>				
00345675	3654	11-12-1972	01-09-2011	
	W	Zorgtraject	Verwijzend specialisme geen geldige waarde	0389
	F	Zorgprofiel	Opnamenummer niet ingevuld bij zorgactiviteit	Opnamenummer, leeg, Zorgactiviteit, 143678
0058971	6654	13-1-1960	30-08-2011	
	F	Ov.Verrichting	Verkoop prijs honorarium geen geldige waarde	0



definitief 0.8

Renna Plukker, Ernest van Deijl

2011-11-24

## 6.1.3 Statusrapportage LBZ

Statusrapportage LBZ t/m maand/jaar (Datum verwerking)

Ziekenhuis: (nummer) Onderdeel: (nummer)  
(naam) (naam)Datum laatste aanlevering financiële gegevensstroom (Datum)  
Periode laatste aanlevering medische gegevensstroom (maand/jaar)

## Financiële gegevensstroom

Aantal geregistreerde eenheden	Dit jaar		Vorig jaar		
	t/m maand/jaar	Waarvan met foutindicatie	t/m maand/jaar	Waarvan met foutindicatie	Totaal
Zorgtraject					
Subtraject					
Neveniagnose					
Geleverd zorgprofiel					
Honorarium					
Overige verrichting					

Aantal geregistreerde eenheden per maand	mnd/jr	mnd/jr -1	mnd/jr -2	mnd/jr -3	mnd/jr -4	mnd/jr -5	mnd/jr -6	mnd/jr -7	mnd/jr -8	mnd/jr -9	mnd/jr -10	mnd/jr -11	mnd/jr -12
Subtrajecten													
Overige verrichtingen													

definitief 0.8

Renna Plukker, Ernest van Deijl

2011-11-24

**Medische gegevensstroom**

Aantal geregistreerde eenheden	Dit jaar		Vorig jaar		
	t/m maand/jaar	Waarvan met foutindicatie	t/m maand/jaar	Waarvan met foutindicatie	Totaal
Opnamen					
Ambulante contacten					
Diagnose					
Verrichtingen					

Aantal geregistreerde eenheden per maand	mnd/jr	mnd/jr -1	mnd/jr -2	mnd/jr -3	mnd/jr -4	mnd/jr -5	mnd/jr -6	mnd/jr -7	mnd/jr -8	mnd/jr -9	mnd/jr -10	mnd/jr -11	mnd/jr -12
Opnamen													
Ambulante contacten													

## 6.2 Beschrijving codelijsten medische gegevensstroom

Hierna is een beschrijving van de codelijsten t.b.v. de medische gegevensstroom opgenomen.

### A1 ICD9 diagnosen.xls

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DEEMDCE	Soort diagnose	D
DEHFDST	Hoofdstuk	01
DECLUST	Cluster	001
DEDIAGN	Diagnosecode	001
DELEVEL	Niveau	1
DEEINDK	Eindklasse	0
DEDIAGR	Diagnosegroep	01
DECOD90	Diagnoseomschrijving	Cholera
DEDATIN	Datum ingang	01-01-1900
DEDATEN	Datum einde	31-12-2099
DEDATMU	Datum mutatie	13-11-1997

### A2 - ICD10 diagnosen.xls

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DEDIAG10CE	Diagnosecode	A000
DEDIAG10DES	Diagnoseomschrijving	Cholera door Vibrio cholerae 01, biovar cholerae
DEDATIN	Datum ingang	01-01-2009
DEDATEN	Datum einde	31-12-2009
DEDATMU	Datum mutatie	10-10-2011

### A3 – Diagnosethesaurus

Volgt nog

### A10 – Geslacht.xls

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DEGESLACE	Geslacht code	1
DEGESLADES	Geslacht omschrijving	MANNELIJK
DEDATIN	Datum ingang	01-01-1900
DEDATEN	Datum einde	31-12-2099
DEDATMU	Datum mutatie	18-12-2001

### A11 – AGB codelijst VEKTIS.xlsb

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DEAGBCE	Instellingcode	06000922
DEAGBDES	Instellingnaam	STICHTING MC VOOR GEBOORTEREGELING
DEDATIN	Datum ingang	01-01-1900
DEDATEN	Datum einde	31-12-2004
MUTATIEDATUM	Datum mutatie	28-09-2011

**A15 – Landen.xls**

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DELANCE	Landcode	AD
DELANDES	Landomschrijving	ANDORRA
DEDATIN	Datum ingang	01-01-1900
DEDATEN	Datum einde	31-12-2099
DEDATMU	Datum mutatie	10-06-2008

**A16 – Herkomst en bestemming.xls**

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DEHERKCE	Herkomstcode	00
DEHERKDES	Herkomsomschrijving	eigen woonomgeving
DEDATIN	Datum ingang	01-01-1900
DEDATEN	Datum einde	31-12-2099
DEDATMU	Datum mutatie	18-09-2011

**A17 – Huisartsen.xls**

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DEZORGLVCE	Huisartsnummer	000268
DEZORGLVNAAM	Huisartsnaam	GREEVEN
DEZORGLVLV	Huisartsvoorletters	FP
DEZORGLVVV	Huisartsvoorvoegsel	
DEZORGLVPLA	Huisartswoonplaats	OLDENZAAL
DEZORGLVTY	Zorgverlenertype	01
DEDATIN	Datum ingang	01-01-1985
DEDATEN	Datum einde	31-12-2099
DEDATMU	Datum mutatie	10-10-2011

**A18 – Aard zorg.xls**

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DEAARDZCE	Aard zorg code	MZ
DEAARDZDES	Aard zorg omschrijving	medische zorg ex ZvW
DEDATIN	Datum ingang	01-01-1900
DEDATEN	Datum einde	31-12-2099
DEDATMU	Datum mutatie	18-09-2011

**A19 – Type zorg.xls**

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DETYPZCE	Type zorg code	K
DETYPZDES	Type zorg omschrijving	Klinisch
DEDATIN	Datum ingang	01-01-1900
DEDATEN	Datum einde	31-12-2099
DEDATMU	Datum mutatie	20-09-2011

**A21 – Soort contact.xls**

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DESRTCONCE	Contact code	1
DESRTCONDES	Contact omschrijving	eerste consult
DEDATIN	Datum ingang	01-01-1900
DEDATEN	Datum einde	31-12-2099
DEDATMU	Datum mutatie	18-09-2011

**A23 – CBV.xls**

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DECBVCE	CBV verrichting code	010005
DECBVOM	CBV verrichting omschrijving	EERSTE CONSULT AAN HUIS VAN DE PATIENT
DEDATIN	Datum ingang	21-07-1997
DEDATEN	Datum einde	31-12-2006
DEDATMU	Datum mutatie	28-01-2011

**A24 – CVV.xls**

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DEHFDST	Hoofdstuk	1
DECLUST	Cluster	110
DEVERRI	Verrichtingcode	11000
DELEVEL	Niveau	3
DEEINDK	Eindklasse	1
DEVERGR	Verrichtinggroep	98
DEVERZW	Verrichting zwaarte	1
DEOKESW	Operatiekamercode	7
DEVEROM	Verrichtingomschrijving	diagnostische subarachnoidale blokkade
DEDATIN	Datum ingang	01-01-1900
DEDATEN	Datum einde	31-12-2099
DEDATMU	Datum mutatie	13-11-1997

**A25 – LBZ(sub)specialismen**

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DESPECE	Specialismecode	030300
DESPEOM	Specialismeomschrijving	Medisch specialisten, chirurgie
DEDATIN	Datum ingang	01-01-1900
DEDATEN	Datum einde	31-12-2099
DEDATMU	Datum mutatie	13-11-1997

**A26 – Zorgverleners-spec.xls**

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DEZVSPECCE	Zorgverlener code	0100
DEZVSPECDES	Zorgverleneromschrijving	Huisartsen, niet nader gespecificeerd
DEDATIN	Datum ingang	01-01-1900
DEDATEN	Datum einde	31-12-2099
DEDATMU	Datum mutatie	19-04-1999

**A27 – UZOVI register VEKTIS\_LBZ.xls**

Header	Uitleg	Voorbeeldwaarden
DEUZOVICE	Verzekeraar nummer	0101
DEUZOVIDES	Verzekeraar naam	N.V. Univé Zorg
DEUZOVIPLA	Verzekeraar plaats	ALKMAAR
DEDATIN	Datum ingang	01-01-2004
DEDATEN	Datum einde	31-12-2099
DEDATMU	Datum mutatie	10-10-2011