

ZUNAJBOLNIŠNIČNA* ZDRAVSTVENA STATISTIKA

**Posredovanje podatkov o “obiskih in napatitvah”
ter o “boleznih in stanjih” iz (*):**

- dejavnosti splošne in družinske medicine
- dejavnosti medicine dela, prometa in športa
- pediatrije v splošni zunajbolnišnični dejavnosti
- ginekologije v splošni zunajbolnišnični dejavnosti
- specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti

**za obdobje od 1. 1. 2020 dalje
Metodološko gradivo ver. 1.23a**

Spremljanje sprememb

Datum	Verzija	Opis spremembe	Avtor spremembe
November, 2016	1.20	Ni vsebinskih sprememb za leto 2017. Oblikovanje MN po enotni predlogi NIJZ.	Delovna skupina ZUBSTAT
November 2017	1.21	V kategoriji zavarovanja »DELAVCI« so dodane nove podlage zavarovanja. Dodano pojasnilo pri preventivnih pregledih zaradi intrauterine kontracepcije. Dopolnitev definicije pri podatku Napoteni v bolnišnico in Napoteni k specialistu.	Delovna skupina ZUBSTAT
November 2018	1.22	Preimenovanje referenčnih ambulant družinske (RADM) medicine v ambulante družinske medicine (ADM). Spremenjeno besedilo zaradi popravkov. Sprememba besedila pri poročanju polletnih podatkov iz MORA v LAHKO. Uvedba nova vrsta obiska »702 – Triaža v UC in ZBD.	Delovna skupina ZUBSTAT
Oktober, 2019	1.23	Dopolnitev priloge 3: Šifrant VZD z novimi šiframi VZD 250-253.	Delovna skupina ZUBSTAT
Januar 2020	1.223a	Popravek besedila pri DMS v VZD 302.	Delovna skupina ZUBSTAT

Zaščita dokumenta

© 2019 NIJZ
Vse pravice pridržane. Reprodukija po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorja. Kršitve se sankcionirajo v skladu z avtorsko pravno in kazensko zakonodajo.

KAZALO

POVZETEK POMEMBNIH SPREMENB	4
DODATNA POJASNILA	6
1.1 ZAPIS PODATKOV NA MEDIJ: IME IN FORMAT DATOTEKE	12
1.2 POSREDOVANJE PODATKOV	13
1.3 STRUKTURA ZAPISA.....	13
1.4. DEFINICIJE PODATKOV IN ŠIFRANTI	15
1.5. PODATKI VEZANI NA OBISKE	16
2.1 ZAPIS PODATKOV NA MEDIJ: IME IN FORMAT DATOTEKE	18
2.2 POSREDOVANJE PODATKOV	19
2.3 STRUKTURA ZAPISA.....	19
2.4. DEFINICIJE PODATKOV IN ŠIFRANTI	21
2.5. PODATKI VEZANI NA DIAGNOZO	25
3. PREVERJANJE PRAVILNOSTI PODATKOV O OBISKIH IN NAPOTITVAH TER BOLEZNIH IN STANJIH.....	26
4. TERMINSKI PLAN POŠILJANJA PODATKOV O BOLEZNIH IN STANJIH TER O OBISKIH IN NAPOTITVAH.....	26

5. Priloge k metodološkemu gradivu (samostojni dokumenti - priponke)

Priloga 1: Spremni obrazec

Spremni obrazec ob pošiljanju podatkov za zunajbolnišnično zdravstveno statistiko

Priloga 2: Šifrant občin

Šifrant občin v letu 2020

Priloga 3: Šifrant vrst zdravstvene dejavnosti

Šifrant vrst zdravstvene dejavnosti; tabela zdravstvena raven/ vrsta zdravstvene dejavnosti/ vrsta obiska v letu 2020

Priloga 4: Šifrant vrst obiskov

Seznam oznak in definicij posameznih vrst obiskov v letu 2020

POVZETEK POMEMBNIH SPREMEMB

SPREMEMBE ZA LETO 2016

S 1. 1. 2016 se v kategorijo zavarovanja »DELAVCI« doda nova podlaga zavarovanja 118000 Rejniki, ki opravljajo rejniško dejavnost kot poklic.

SPREMEMBE ZA LETO 2017

V letu 2017 oblikovanje metodoloških navodil po enotni predlogi NIJZ. Za leto 2017 ni vsebinskih sprememb.

SPREMEMBE ZA LETO 2018

S 1. 1. 2018 se v kategorijo zavarovanja »DELAVCI« doda nove podlage zavarovanja:

- 113000 Sočasna zaposlitev v drugi državi članici EU nad polnim delovnim časom,
- 114000 Zaposlitev po pogodbi s tujim delodajalcem iz EU, zavarovanec opravlja delo v RS,
- 115000 Sočasna zaposlitev v drugi državi članici EU do polnega delovnega časa,
- 119000 Samozaposlitev v drugi državi članici EU in
- 120000 Druženiki družb v drugi državi članici EU, ki so poslovodne osebe.

Dopolnitev definicij pri podatkih Napoteni v bolnišnico in napoteni k specialistu.

Napoteni v bolnišnico:

V okviru ključnih podatkov zapisa se vpiše število napotnih v bolnišnico, kar pomeni seštevke izdanih napotnic za sprejem v bolnišnico (praviloma je ob enkratnem obisku zdravnika izdana 0 ali 1 napotnica za napotitev osebe v bolnišnico).

Napoteni k specialistu:

v okviru ključnih podatkov zapisa se vpiše število napotnih k specialistu, kar pomeni seštevke izdanih napotnic za obisk kateregakoli specialista (ob enkratnem obisku zdravnika je lahko osebi izdana 0, 1 ali več napotnic).

Dodano pojasnilo glede belih napotnic.

Postopek obravnave belih in zelenih napotnic je enak.

Dodatno pojasnilo pri eni izmed alinej zaradi napačnega razumevanja:

V primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu žensk (VZD 306) je potrebno poročati po vrsti diagnoze = 1 (vzrok za obisk) v primerih posameznih vrst preventivnih pregledov in sicer:

- zaradi intrauterine kontracepcije se uporabi koda **Z30.5 v kolikor gre za preverjanje ali odstranitev oz. Z30.1, v kolikor gre za vstavev materničnega vložka.**

Dodana alineja: kadar se izvaja kontracepcijsko svetovanje brez preventivnega ginekološkega pregleda, MKB diagnoze **ne beležimo.**

SPREMEMBE ZA LETO 2019

Na podlagi dokumenta št. 024-20/2016/101 Ministrstva za zdravje z dne 21.12.2017, se s sklepom referenčne ambulante družinske medicine (RADM) preimenujejo v ambulante družinske medicine (ADM).

Glede tega so spremembe metodoloških navodil opisane pod:

- Dodatna pojasnila pod številko 5;
- Definicije podatkov: Oznaka ravni dejavnosti, tako v poglavju 1 poročanje o obiskih in napotitvah, kot tudi v poglavju 2 poročanje o boleznih in stanjih;

Skladno s sklepom 024-20/2016/101 Ministrstva za zdravje z dne 21.12.2017 se s preimenovanjem referenčnih ambulant ukinja šifra "E - splošna in družinska medicina - dejavnost referenčnih ambulant". Zato za poročanje podatkov v letu 2019 pri podatku Oznaka ravni zdravstvene dejavnosti, vrednost "E" ne bo več obstajala.

Delo ambulant do sedaj poročano pod oznako ravni dejavnosti "E", se na podlagi Sklepa MZ o preimenovanju RADM, prerazporedi med oznaki ravni dejavnost G in H. Splošna in družinska medicina, ki se praviloma izvaja v ADM, mora biti v celoti razdeljena na kurativno in preventivno dejavnost in v celoti poročana po oznakah ravni dejavnosti G in H.^a

Sprememba besedila pri točki 5:

Diplomirana medicinska sestra lahko samostojno beleži naslednje vrste obiskov: 604 - 611, 621 - 623. V primeru vodenja kroničnega bolnika se lahko zabeleži diagnoza po MKB-10-AM, ki jo je pred tem določil zdravnik.^b

V besedilu, kjer je omenjeno polletno pošiljanje podatkov o boleznih in stanjih ter o obiskih in napotitvah polletnih podatkov, se beseda »MORA« spremeni v »LAHKO«. Izvajalci po zakonu niso obvezni pošiljati polletnih poročil.

Glede na 15. člen Pravilnika o službi nujne medicinske pomoči se z letom 2019 uvaja novo vrsto obiska »702 – Triaža v UC in ZBD«, ki ga v urgentnih in satelitskih centrih izvaja diplomirani zdravstvenik z dodatnimi znanji kot je opisano v pravilniku. Nova vrsta obiska je dodana tudi v šifrant vrst obiskov, ki je v prilogi k metodološkim navodilom. Obisk »702 – Triaža v UC in ZBD se izvaja tako v VZD 238 kot v VZD 338.

SPREMEMBE ZA LETO 2020

Skladno s Pravilnikov o spremembi Pravilnika o vrstah zdravstvene dejavnosti Uradni list RS, št. 47/2019, 10. 8. 2019 so za namen poročanja zunajbolnišničnih obravnav ZUBSTAT v Prilogi 3 dodane 4 nove šifre na 1. nivoju v specialistični dejavnosti:

- VZD 250 Alergologija in klinična imunologija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti
- VZD 251 Klinična fiziologija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti
- VZD 252 Otroška kirurgija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti
- VZD 253 Žilna kirurgija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti.

Vsa morebitna vprašanja ali predloge prosimo posredujete na elektronski naslov: zubstat@nijz.si.

DODATNA POJASNILA

- 1) Posredovanje podatkov po sistemu ZUBZS o "Obiskih in napotitvah" in o "Bolezni in stanjih" je namenjeno samo vrstam zdravstvene dejavnosti: splošna in družinska medicina, medicina dela, prometa in športa, pediatrija v splošni zunajbolnišnični dejavnosti, ginekologija v splošni zunajbolnišnični dejavnosti in specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost, kot je omenjeno tudi na naslovni strani dokumenta, ne pa tudi naslednjim vrstam zdravstvene dejavnosti Reševalni prevozi (VZD 513), Splošno zobozdravstvo (VZD 404), Laboratorijska dejavnost (VZD 508), Fizioterapija (VZD 507) ter drugim vrstam zdravstvene dejavnosti, ki so glede na raven zdravstvene dejavnosti uvrščene pod drugo (glej Prilogo_3).

Namenjeno je **spremljanju rednega ambulantnega dela** in vključuje/zajema poročanje vseh podatkov/obiskov **ne glede na tip plačnika**.

Ker se v nekaterih ambulantah prepleta delo Urgentne medicine v splošni zunajbolnišnični dejavnosti in redno delo, so nekateri izvajalci poročali o "Obiskih in napotitvah" in o "Bolezni in stanjih" tudi za dejavnost Urgentne medicine kar v dejavnost splošne/družinske medicine.

V primerih, ko beležite "Obiske in napotitve" in "Bolezni in stanja" tudi v dejavnosti Urgentna medicina v splošni zunajbolnišnični dejavnosti, jih morate beležiti v ustrezno vrsto zdravstvene dejavnosti, t.j. 338 (oznaka ravni dejavnosti X), nikakor pa ne v druge vrste zdravstvene dejavnosti (npr: VZD 302 - oznaka ravni dejavnosti G).

Enako velja za specialistično zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost. "Obiske in napotitve" ter "Bolezni in stanja", ki jih opravite v dejavnosti Urgentne medicine oz. v okviru novoustanovljenih Urgentnih centrov, morate beležiti v ustrezno vrsto zdravstvene dejavnosti, t.j. dejavnost 238 - Urgentna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (oznaka ravni dejavnosti S), nikakor pa ne v druge vrste zdravstvene dejavnosti (npr: VZD 237 - Travmatologija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti).

V specialistično zunajbolnišnično dejavnost na sekundarni/terciarni ravni sodi tudi dejavnost Maksilofacialna kirurgija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 215), Oralna kirurgija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 242) in Oralna kirurgija v zobozdravstveni dejavnosti (VZD 442), kjer se beležijo obiski in diagnoze pod "S" (slednja se pogosto pojavlja v kombinaciji z dejavnostjo Splošno zobozdravstvo (VZD 404), ki pa ne zapade ZUBZS poročanju). Res ni logično, da se obiski in diagnoze v splošnem zobozdravstvu ne beležijo v ZUBZS, medtem ko se v isti ordinaciji opravljeni obiski maksilofacialne/oralne kirurgije beležijo, vendar se bo z informatizacijo zobozdravstva tudi ta nesmisel uredil.

Podatkov o diagnostičnih storitvah (o npr. mamografijah ali v VZD 231 Radiologija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti ali v VZD 505 Medicinska biokemija) praviloma ne zbiramo in tudi ne zahtevamo.

Posredovanje podatkov o opravljenih storitvah v zobozdravstvenem varstvu in v patronažni dejavnosti poteka preko posebnega poročevalskega sistema, tako kot do sedaj.

- 2) Pri **beleženju občine izvajalca** se je v nekaj primerih pojavila dilema, ali beležiti občino sedeža izvajalca (sedeža zdravstvene ustanove) ali lokacije ambulante, kjer se delo opravi, zato, ker občini sodita v različno regijo (zdravstveno, statistično). V bistvu gre za dve vrsti anomalije, in sicer:
 - a) Ambulanta, v kateri se opravlja delo, je lokacijsko v občini, ki sodi v sosednjo regijo, kot je sedež zdravstvene ustanove, vendar tudi opravlja delo za to občino (in regijo). V tem primeru je pravilno, da obiske in diagnoze ambulante beležite v občini, v kateri ambulanta deluje. O "Obiskih in napotitvah" in o "Bolezni in stanjih" v tem primeru poroča regija, v kateri je občina ambulante (kjer izvajalec opravlja delo) in regija v kateri je občina izvajalca (sedež ustanove), ne poroča o "Obiskih in napotitvah" in o "Bolezni in stanjih" te ambulante. Obe regiji pa obvezno opozorita na lokacijsko anomalijo na „Sprememnem obrazcu“ v izogib podvajanja podatkov oziroma izpada podatkov.
 - b) Obstaja še ena možnost, da je ambulanta zgolj samo lokacijsko v občini, ki sodi v sosednjo regijo, vendar pa opravlja delo za paciente občin (oziroma regijo) kjer je sedež izvajalca. V praksi to lahko srečamo praviloma samo v dejavnosti medicine dela, prometa in športa. V takem primeru se beleži "Obiske in napotitve" in "Bolezni in stanja" pod občino (regijo) sedeža izvajalca. Regija nas o tej anomaliji obvesti na „Sprememnem obrazcu“.
- 3) **Obrazložitev pravilnega poročanja preventivnih obiskov v vrsti zdravstvene dejavnosti Medicina dela, prometa in športa (VZD 301):**
 - Dejavnost Medicina dela, prometa in športa (VZD 301) je dejavnost primarne ravni po veljavni zakonodaji, zato se morajo preventivni obiski in aktivnosti, poročati na primarni ravni in to s predpisanimi šiframi vrst obiskov (opredeljujejo jih definicije) od 613-619, 901-905, 910-917.

- V VZD 301 se opravlja samo preventivno zdravstveno varstvo. Če zdravniki (timi MDPŠ) opravljajo tudi kurativno zdravstveno varstvo, to opravljajo v okviru dejavnosti Splošna in družinska medicina (VZD 302): po pogodbi, z refundiranimi urami, kot nadurno delo ali dopolnilno delo. V tem primeru se kurativni obiski poročajo pod VZD 302. V primeru, da kurativno in preventivno varstvo opravljajo v isti ambulanti in se jim delo tekom delovnega dne prepleta, morajo poročati po VZD-jih ločeno, VZD 302 oz. VZD 301.
 - V primeru, da ima ambulanta prijavljeno VZD 301, mora kontrola pri vnosu podatkov preprečiti izbiro ravni zdravstvene dejavnosti "S" in vnos naslednjih vrst obiskov: kurativnih 103, 104, 105, 106, 202, 203 in triažnega 701 ter preventivnega 801, kot tudi vnos tistih preventivnih obiskov na primarni ravni, ki jih medicina dela, prometa in športa ne more opravljati (glej Prilogo_3).
 - Vpisovanje diagnoz in stanj po MKB-10-AM, ver. 6 za preventivne obiske še ni predvideno, vendar se jih lahko vpisuje, v kolikor izvajalec to želi zaradi lastnih potreb. Poročanje o »Bolezni in stanjih« za VZD 301 torej ni obvezno.
- 4) V vrsti zdravstvene dejavnosti **Splošna in družinska medicina** (VZD 302), je potrebno preventivne preglede za ugotavljanje ogroženosti zaradi bolezni srca in ožilja pravilno poročati, in sicer prvi "602" in kontrolni "603" in ne kar vse skupaj pod šifro preventivni pregled odraslih "601".

V okviru VZD 302 lahko splošni zdravnik izven rednega dela ambulante opravlja tudi posebne programe, kot so antikoagulantna ambulanta, dejavnost Centra za preprečevanje odvisnosti od drog in opravljanje obiskov v zaporih. Vse te programe-poddejavnosti bomo lahko ločevali z uvedbo spremljanja 6-mestne ravni VZD. Do takrat pa predlagamo, da jih izvajalci poročajo pod G–splošna in družinska medicina – kurativna dejavnost.

- 5) Poročanje obiskov in napotitev ter bolezni in stanj v ambulanti družinske medicine se poroča v vrsto zdravstvene dejavnosti (VZD) 302 - splošna in družinska medicina pod oznako ravni dejavnosti G, H, M ali N.

Kurativne in preventivne storitve v ambulantah družinske medicine beležimo s šiframi iz Šifranta vrst obiskov (Šifrant 4) 104, 105, 106, 201-203, 301-314, 401-422, 503, 512, 601, 602, 603, 604-612, 620-623, 905-909 in 917.

Diplomirana medicinska sestra lahko samostojno beleži naslednje vrste obiskov: 604 - 611, 621 - 623. V primeru vodenja kroničnega bolnika se lahko zabeleži diagnoza po MKB-10-AM, ki jo je pred tem določil zdravnik.

Z letom 2019 diplomirani zdravstvenik z dodatnimi znanji samostojno beleži tudi obisk 702 - Triaža v UC in ZBD, ki ga opravi v VZD 238 ali v VZD 338.

Pri enem pacientu se omogoči beleženje dveh obiskov v istem dnevu. Npr.: (preventivni) pregled, ki ga opravi medicinska sestra, predstavlja en obisk;

(kurativni) pregled, ki ga opravi zdravnik zaradi zdravstvenega problema, ugotovljenega ob preventivnem pregledu, pa predstavlja drugi obisk.

V dejavnosti splošne in družinske medicine (VZD 302) je ob vrsti obiska **612 – obravnava v timu** možno zabeleži katerokoli kodo diagnoze MKB 10-AM (verzija 6).

- 6) **Zdravstveno varstvo žensk** se lahko izvaja v vrsti zdravstvene dejavnosti Ginekologija v splošni zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 306) v ambulantah primarne in sekundarne ravni, **zato je potrebno biti pozoren na naslednja navodila.** Če se v isti ambulanti opravlja storitve primarne in sekundarne ravni oziroma se delo medsebojno prepleta tekom dneva, je potrebno poročati ločeno pod odgovarjajočimi vrstami zdravstvene dejavnosti in z odgovarjajočimi šiframi vrst obiskov.
- Če je prijavljena **VZD 306 – Ginekologija v splošni zunajbolnišnični dejavnosti**, mora kontrola pri vnosu podatkov preprečiti izbiro “S” kot tudi vnos 701 - trižnega obiska in 801 - preventivnega obiska v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni, ter tistih preventivnih obiskov na primarni ravni, ki jih v VZD 306 ne morejo opravljati. Program pa mora omogočiti vnos vrste obiska 103, 104, 105, 106, 201 in 501-514 (glej metodološka navodila).
 - Če je označena “S” raven in izbrana ena od vrst zdravstvene dejavnosti Ginekologija in porodništvo v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 206) oz. Klinična genetika v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 213), mora kontrola na vnosu preprečiti vnos preventivnih vrst obiskov od 501 do 514. V tem primeru je potrebno omogočiti vnos obiska 104, 105, 106, 201, 701 in 801.
 - Poročanje **vrste obiska 506** – preventivni obisk zaradi zgodnjega odkrivanja raka na materničnem vratu (DP ZORA): Po definiciji se preventivni ginekološki pregled z namenom preprečevanja in zgodnjega odkrivanja RMV opravi pri ženskah starejših od 20 let. Poroča se ustrezna diagnoza (MKB koda). To vrsto obiska poročamo tudi v primeru, ko ob pregledu odkrijemo patologijo, ki jo opišemo z ustreznimi kodo MKB-10-AM (verzija 6).
- 7) Dejavnost pod oznako ravni zdravstvene dejavnosti F - dejavnost pulmoloških ambulant, I - dejavnost psihiatričnih ambulant in K - dejavnost kožno-veneričnih ambulant so dejavnosti sekundarne ravni, ne glede na to ali gre za pregled z napotnico ali brez nje. Temu ustrezno se poroča tudi podatek o vrsti diagnoze – **izključno končne diagnoze** (Vrsta diagnoze = 2).
- 8) Pri poročanju vrste obiska **105** - prvi kurativni obisk zaradi kontrole kronične bolezni **je poročanje diagnoz obvezno.**
- 9) Poročanje **vrste obiska 107** - kurativna obravnava skupine pacientov v specialistični ambulanti na sekundarni ravni zdravstvenega varstva

Vrsta obiska 107 se poroča, ko zdravnik istočasno obravnava skupino pacientov v določenem času (na primer: skupinska psihoterapija). Ta ni namenjena enemu samemu zavarovancu temveč skupini, zato vpišemo **v okviru ključnih podatkov zapisa število takih obiskov (obravnav) v poročevalskem obdobju in to v podatek Starost-1-moški**. V teh primerih se v rubrike "starost (razen starost-1-moški), kategorije zavarovanja, nosečnost, napoteni v bolnišnico, napoteni k specialistu, poškodbe pri delu in število oseb" vpiše vrednost nič, druge rubrike pa se normalno izpolnijo. Poroča se število obravnav in ne število vključenih pacientov v skupini. Diagnoze se ne poroča, vrsto kadra in opravljene delovne ure pa enako kot pri drugih obiskih.

- 10) Poročanje **triažnih obiskov (701)** v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti pri posredovanju podatkov "o obiskih in napotitvah". Triažni obisk je po metodoloških navodilih povsem samostojna entiteta in se lahko poroča samo pod "S" oziroma v specialistične zunajbolnišnične vrste dejavnosti na sekundarni/terciarni ravni. Glede na obstoječa navodila pri triažnem obisku ne poročamo diagnoze, ker to ni kurativni obisk. Praviloma vsakemu triažnemu obisku sledi prvi kurativni obisk, ki po metodoloških navodilih zahteva tudi vpis diagnoze. T. i. kratki obisk (ZZZS) **ni triažni obisk**.

Prav tako pri vrsti obiska **702 – Triaža v UC in ZBD**, ki ga izvede diplomirani zdravstvenik z dodatnimi znanji v VZD 238 ali v VZD 338, ne poročamo diagnoze, ker to ni kurativni obisk.

- 11) V specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti -sekundarna raven "S" lahko poleg kurativnih obiskov poročate tudi preventivne obiske, in to vse pod eno šifro 801. Nikakor pa pod "S" oziroma v specialistične zunajbolnišnične vrste dejavnosti sekundarne/terciarne ravni ne morete prijavljati preventivnih obiskov primarne ravni (glej metodološka navodila). S kontrolo na vnosu je potrebno pri izbiri "S – sekundarna/terciarna raven" preprečiti možnost vnosa vseh vrst preventivnih obiskov, razen za: 801 – preventivni obisk v specialistični ambulanti na sekundarni ravni.
- 12) Pri **vrstah obiskov 906 – 909** (šolsko in predšolsko zdravstveno varstvo) in **vrstah obiskov 910 – 917** (medicina dela, prometa in športa), ki niso namenjene enemu samemu zavarovancu temveč svetovanju skupini ali oceni delovnega mesta, šole, vrtca... vpišemo v **okviru ključnih podatkov zapisa število takih obiskov v poročevalskem obdobju in to v podatek Starost-1-moški**. V teh primerih se v rubrike "starost (razen starost-1-moški), kategorije zavarovanja, nosečnost, napoteni v bolnišnico, napoteni k specialistu, poškodbe pri delu in število oseb" vpiše vrednost nič, druge rubrike pa se normalno izpolnijo. Diagnoze se ne poroča, vrsto kadra in opravljene delovne ure pa enako kot pri drugih obiskih.
- 13) Rezultate sistematičnih pregledov v predšolskem in šolskem obdobju se poroča kot do sedaj, na obstoječih obrazcih. Sistematični pregledi otrok v osnovnih šolah se izvajajo pred vstopom v šolo, v prvem, tretjem, šestem in osmem razredu devetletke.

14) Pojasnilo o ne vključevanju kratkega obiska K0001 v poročanje za zdravstveno statistiko

Kratek obisk ni posebna kategorija, ki bi bila definirana za poročanje za zdravstveno statistiko.

Izvajalci so po navodilih ZZZS dolžni beležiti za poročanje o storitvah tudi kratki obisk.

Ta je v šifrantu ZZZS 15.20 - Storitve v splošnih ambulantah, dispanzerjih za otroke in šolarje ter nujni medicinski pomoči naveden pod šifro K0001 in pojasnjen z naslednjim opisom.

Kratek obisk = Kratka informacija, nasvet, recept, brez pregleda ali posega.

15) **Ukinitev MKB-10 in uvedba MKB-10-AM, ver. 6**

Z Odredbo o določitvi enotnih metodoloških načel, enotnih standardov in standardnih postopkov za zagotovitev enotnosti sistema vodenja zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 4/2012) smo v Sloveniji s 1.1.2013 uvedli Mednarodno klasifikacijo bolezni in sorodstvenih zdravstvenih problemov za statistične namene - avstralska modifikacija (MKB-10-AM, verzija 6) ter ukinili obstoječo MKB-10 (2. izdaja). MKB-10-AM morajo od tega datuma naprej v svojih zbirkah podatkov uporabljati NIJZ, ZZZS in drugi izvajalci zdravstvenega varstva. Nov šifrant je dostopen preko spletne strani NIJZ med klasifikacijami in šifranti (spletna stran: www.nijz.si).

Za namen spremljanja bolezni in stanj v zunajbolnišnični zdravstveni statistiki se spremeni samo klasifikacija MKB-10-AM, sama struktura zapisa ostaja enaka kot doslej (4 mestna koda oz. 3 mestna v primeru, ko 4 mestna koda ni definirana). Klasifikacija MKB-10-AM uvaja tudi 5-mestne kode, ki jih je potrebno beležiti v lokalnih informacijskih sistemih. Za potrebe ZUBZS se zaradi omejitev strukture zapisa novo peto mesto pri diagnozah poreže. Do prenove ZUBSTAT-a bomo žal v nekaterih primerih (npr. Y0400) izgubili tudi del informacije.

V klasifikaciji MKB-10 so v obeh verzijah, tako WHO, kot AM, nekatere diagnoze označene s križcem ali z zvezdico. V klasifikaciji o teh dveh oznakah najdete naslednje pojasnilo:

† Križec označuje kodo, ki opisuje povzročitelja ali osnovni vzrok bolezni, in ga je treba vedno dodeliti skupaj z ustrežno kodo pojavnosti oblike. Koda razvrstite v enako zaporedje, kot sta navedeni v abecednem seznamu (tj. kodi povzročitelja sledi koda pojavnosti oblike).

* Zvezdica označuje kodo za pojavnostno obliko bolezni in mora biti vedno dodeljena skupaj z ustrežno kodo povzročitelja. Koda razvrstite v enako zaporedje, kot sta navedeni v abecednem kazalu (tj. kodi povzročitelja sledi koda pojavnosti oblike).

V primerih, ko je zahtevano kodiranje diagnoze s križcem in z zvezdico, v ZUBSTAT poročamo le diagnozo s križcem. Primer: A32.1† Listerijski meningitis in meningoencefalitis, Listerijski meningitis G01*. V ZUBSTAT poročamo A32.1.

16) Poročanje vrste obiska 622 skupinske zdravstveno vzgojne aktivnosti (od 6-9 oseb)

Vrsta obiska 622 se zabeleži, ko zdravstveni delavec izvaja zdravstveno vzgojne aktivnosti za skupino oseb. V okviru ključnih podatkov zapisa poročamo število takih aktivnosti v poročevalskem obdobju in to v podatek Starost-1-moški. V teh primerih se v rubrike "starost (razen starost-1-moški), kategorije zavarovanja, nosečnost, napoteni v bolnišnico, napoteni k specialistu, poškodbe pri delu in število oseb" vpiše vrednost nič, druge rubrike pa se normalno izpolnijo. Diagnoze se ne poroča, vrsto kadra in opravljene delovne ure pa enako kot pri drugih obiskih.

1. POROČANJE O OBISKIH IN NAPOTITVAH V ZUNAJBOLNIŠNIČNI* ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

1.1 ZAPIS PODATKOV NA MEDIJ: IME IN FORMAT DATOTEKE

Ime in oznaka datoteke:

O1160192

1. mesto: **vrsta podatkov** - nanaša se na različna poročila.

- O- obiski**
- D- diagnoze
- K- kadri in ure

2.,3.,4.,5.,6. mesto: **šifra izvajalca**

Vpiše se 5-mestna šifra: zdravstvenega doma / zdravstvene postaje / poliklinike / bolnišnice / zasebnika iz Baze podatkov izvajalcev.

7.mesto: **letnica poročanja**, L

8. mesto: **obdobje poročanja**

- 1- prvo polletje
- 2- vse leto
- 3- drugo

Podatke se zapisuje v datoteko v ASCII formatu. Konec zapisa je označen z razmejevalcem CR+LF (hex 0D in 0A), konec datoteke pa z EOF oznako (hex 1A).

Pripona datoteke je lahko:

.TXT za nestisnjene podatke.

.ARJ ali .ZIP za stisnjene podatke, kar je zaradi prenosa podatkov bolj priporočljivo.

1.2 POSREDOVANJE PODATKOV

Izvajalci → Območna enota NIJZ (OE NIJZ)

Mediji za posredovanje podatkov so CD-ji.

Vsako posredovanje podatkov mora imeti spremni dopis (vzorec je v **Prilogi 1**), v katerem je naveden naziv, naslov in šifra izvajalca, poročevalsko obdobje, CD, število zapisov, datum pošiljanja in podpis odgovorne osebe.

Območne enote NIJZ (OE NIJZ) → Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)

Z letom 2013 je NIJZ uvedel nov način pošiljanja podatkov za zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost. Podatke iz programa ZUBSTAT se poroča preko spletne aplikacije Novell NetStorage in ne več preko CDjev. Navodila za uporabo spletne aplikacije Novell NetStorage pa je Nacionalni inštitut za javno zdravje Območnim enotam NIJZ že razposlal.

Vsako posredovanje podatkov mora imeti skeniran spremni dopis (vzorec je v **Prilogi 1**), v katerem je naveden naziv, naslov in šifra izvajalca, poročevalsko obdobje, število zapisov, datum pošiljanja in podpis odgovorne osebe.

1.3 STRUKTURA ZAPISA

Za potrebe nacionalne zdravstvene statistike morajo izvajalci zunajbolnišnične* zdravstvene dejavnosti zajeti na magnetni medij naslednje podatke o "obiskih in napotitvah" in jih poslati na Območne enote NIJZ:

podatek	tip	dolžina	format
obdobje poročanja	N	3	LLM
občina izvajalca	N	3	999
šifra izvajalca	N	5	99999
oznaka ravni dejavnosti	C	1	C
šifra vrste zdravstvene dejavnosti	N 3	999	
šifra lokacije izvajalca	N	2	99
vrsta obiska	N	3	999
občina bivanja	N	3	999

starost-1-moški	N	5	99999
starost-1-ženske	N	5	99999
starost-2-moški	N	5	99999
starost-2-ženske	N	5	99999
starost-3-moški	N	5	99999
starost-3-ženske	N	5	99999
starost-4-moški	N	6	999999
starost-4-ženske	N	6	999999
starost-5-moški	N	6	999999
starost-5-ženske	N	6	999999
starost-6-moški	N	6	999999
starost-6-ženske	N	6	999999
starost-7-moški	N	6	999999
starost-7-ženske	N	6	999999
starost-8-moški	N	6	999999
starost-8-ženske	N	6	999999
starost-9-moški	N	6	999999
starost-9-ženske	N	6	999999
starost-10-moški	N	6	999999
starost-10-ženske	N	6	999999
starost-11-moški	N	6	999999
starost-11-ženske	N	6	999999
starost-12-moški	N	6	999999
starost-12-ženske	N	6	999999
starost-13-moški	N	6	999999
starost-13-ženske	N	6	999999
starost-14-moški	N	6	999999
starost-14-ženske	N	6	999999
kategor. zavar.-delavci	N	6	999999
kateg. zavar. - kmetje	N	6	999999
kateg. zavar. - upokojenci	N	6	999999
kateg. zavar. - brezposelni	N	6	999999
kateg. zavar. - drugo	N	6	999999
nosečnost-1	N	4	9999
nosečnost-2	N	4	9999
nosečnost-3	N	4	9999
napoteni v bolnišnico	N	5	99999
napoteni k specialistu	N	5	99999
število oseb	N	6	999999

tip N: numerično polje (znakovni zapis števila mora biti desno poravnan)

tip C: alfanumerično polje

Dolžina zapisa je 243 znakov in ima 47 spremenljivk. Prvih 23 znakov (prvih 8 spremenljivk) v zapisu je ključ zapisa.

1.4. DEFINICIJE PODATKOV IN ŠIFRANTI

KLJUČNI PODATKI

Obdobje poročanja:

Sestavljeno je iz oznake LL za leto (npr. 09) in oznake za obdobje poročanja (1-za prvo polletje, 2-za celo leto, 3-drugo).

Občina izvajalca:

Vnese se 3-mestna oznaka nove občine sedeža izvajalca ali njegove lokacije, kjer so se opravljale storitve (šifrant občin je v **Prilogi 2**).

Šifra izvajalca:

Vpiše se 5-mestna šifra izvajalca iz NIJZ-jeve Baze podatkov izvajalcev (BPI).

Oznaka ravni dejavnosti:

Vpiše se dejavnost, ki jo opravlja ekipa. V primeru, da se opravlja več dejavnosti z enakim obsegom mora poročati izvajalec po vseh najboljšežnejših dejavnostih, ki si jih v naprej planira. (Npr. izvajalec splošne in družinske medicine ima planiran preventivni dan N za več kot polovico delovnega časa ali šolski zdravnik ima za pol časa M in pol časa N ali predšolski ima skoraj po enakih delih O, P, N ali splošni G in otroško posvetovalnico v postaji P....).

Če opravlja zdravnik dejavnosti na primarni in na sekundarni ravni, mora podatke zbirati LOČENO glede na dejavnost, ki jo opravlja. (n.pr. V in S)

Oznake ravni dejavnosti so:

Primarna raven:

- D - medicina dela, prometa in športa - preventivna dejavnost
- G - splošna in družinska medicina - kurativna dejavnost
- H - splošna in družinska medicina - preventivna dejavnost
- M - šolsko varstvo - kurativna dejavnost
- N - šolsko varstvo - preventivna dejavnost
- O - otroško varstvo- kurativna dejavnost
- P - otroško varstvo - preventivna dejavnost
- R - dejavnost razvojnih ambulant
- X - splošna dežurna služba in NMP na primarni ravni
- T - varstvo žensk - posvetovalnica za kontracepcijo
- V - varstvo žensk - posvetovalnica za nosečnice
- Z - varstvo žensk

Sekundarna oz. terciarna raven:

- F - dejavnost pulmoloških ambulant (z ali brez napotnice)
- I - dejavnost psihiatričnih ambulant (z ali brez napotnice)
- K - dejavnost kožno-veneričnih ambulant (z ali brez napotnice)
- S - ambulantna specialistična dejavnost (z napotnico)

Opomba:

V letu 2019 izbris vrednosti E – splošna in družinska medicina – dejavnost referenčnih ambulant

Šifra vrste zdravstvene dejavnosti izvajalca:

Vpišemo tisto šifro vrste zdravstvene dejavnosti izvajalca vpisano v BPI (**Priloga 3**), ki izhaja iz koncesije zdravnika. V kolikor ima zdravnik koncesijo za opravljanje več vrst zdravstvene dejavnosti (2x 50% ali 3x30% +10%) vpiše tisto vrsto zdravstvene dejavnosti izvajalca, ki ustreza njegovi licenci. (Npr. licenca za splošno medicino vpiše VZD 302, licenca za šolsko medicino VZD 327).

Če opravlja zdravnik dejavnosti na primarni in na sekundarni ravni, mora podatke zbirati LOČENO glede na vrsto zdravstvene dejavnosti, ki je definirana s koncesijo.

Šifra lokacije izvajalca:

Vpišemo dvomestno šifro lokacije izvajalca iz BPI, za katero poročamo podatke.

Vrste obiskov:

Vpišemo 3-mestno oznako iz Šifranta vrst obiskov, ki je v **Prilogi 4**.

Občina bivanja:

Vpiše se 3-mestna oznaka občine stalnega bivališča pacienta (glejte šifrant v **Prilogi 3**). Za osebe, ki nimajo stalnega prebivališča v Republiki Sloveniji, se vpiše 000.

1.5. PODATKI VEZANI NA OBISKE

Starostne skupine in spol:

Na posamezno vrsto obiska so vezane starostne skupine pacientov in v okviru teh tudi spol.

Starostne skupine so naslednje:

1 -	od 0,00 do 2,99 meseca	
2 -	od 3,00 do 5,99 mesecev	
3 -	od 6,00 do 11,99 mesecev	predšolski
4 -	od 1,00 do 3,99 let	
5 -	od 4,00 do 5,99 let	
6 -	od 6,00 do 9,99 let	
7 -	od 10,00 do 14,99 let	šolski
8 -	od 15,00 do 19,99 let	
9 -	od 20,00 do 29,99 let	
10 -	od 30,00 do 39,99 let	
11 -	od 40,00 do 49,99 let	odrasli
12 -	od 50,00 do 59,99 let	
13 -	od 60,00 do 64,99 let	
14 -	od 65,00 let naprej	

Kategorije zavarovanja:

Vpiše se število obiskov v posamezne kategorije zavarovanja. Kategorija zavarovanja izhaja iz zavarovalne podlage, ki je napisana na kartici zdravstvenega zavarovanja pacienta. V posamezne kategorije sodijo naslednje zavarovalniške podlage:

delavci: 001000, 002000, 003000, 005000, 008000, 013000, 016000, 019000, 020000, 021000, 027000, 029000, 034000, 036000, 040000, 084000, 085000, 090000, 091000, 092000, 103000, 104000, 113000, 114000, 115000, 118000, 119000, 120000

kmetje: 051000, 052000, 053000, 054000, 064000, 065000

brezposelni: 011000, 028000

upokojenci: 022000, 059000, 060000, 062000, 063000, 069000, 070000, 105000, 108000, 117000

drugo: vse druge osebe in vsi družinski člani.

Trajanje nosečnosti:

Podatek se spremlja samo v zdravstvenem varstvu žensk (VZD 306). V drugih varstvih se za vrednost podatka vpišejo ničle. Podatek "trajanje nosečnosti" je potrebno vpisati pri kodah iz naslednjih sklopov poglavji XV in XXI MKB-10-AM, ver. 6: O00-O07, O10-O16, O20-O29, O30-O48, O60-O75, O80-O82, O95, Z32-Z37 (pri nosečnici tudi za kode O88, O91-O92, O98-O99) se vpiše število obravnavanih nosečnic v posamezne spodaj navedene razrede trajanja nosečnosti. Podatek zabeležimo tudi pri kodah diagnoz iz ostalih poglavij MKB-10-AM, ver. 6, kadar gre za obravnavo nosečnice.

nosečnost-1: do 3,99 mesece nosečnosti

nosečnost-2: od 4,00 do 6,99 mesece nosečnosti

nosečnost-3: 7,00 ali več mesecev.

Napoteni v bolnišnico:

V okviru ključnih podatkov zapisa se vpiše število napotnih v bolnišnico, kar pomeni seštevke izdanih napotnic za sprejem v bolnišnico (praviloma je ob enkratnem obisku zdravnika izdana 0 ali 1 napotnica za napotitev osebe v bolnišnico).

Napoteni k specialistu:

v okviru ključnih podatkov zapisa se vpiše število napotnih k specialistu, kar pomeni seštevke izdanih napotnic za obisk kateregakoli specialista (ob enkratnem obisku zdravnika je lahko osebi izdana 0, 1 ali več napotnic).

Postopek obravnave belih in zelenih napotnic je enak.

Število oseb:

Vpiše se skupno število različnih pacientov, ki so bili v okviru ključnih podatkov zapisa (poročevalskega obdobja, poročevalske enote, posamezne vrste obiska, ...) **prvič** pri zdravniku. To pomeni, da je vrednost podatka Število oseb manjša ali kvečjemu enaka vsoti pacientov iz starostnih razredov v zapisu.

Ta struktura zapisa velja za poročanje podatkov za obdobje od 1. 1. 2020 naprej.

2. POROČANJE O BOLEZNIH IN STANJIH UGOTOVLJENIH V ZUNAJBOLNIŠNIČNI* ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

2.1 ZAPIS PODATKOV NA MEDIJ: IME IN FORMAT DATOTEKE

Ime in oznaka datoteke:

D1160122

1. mesto: **vrsta podatkov** - nanaša se na različna poročila.

O- obiski

D- diagnoze

K- kadri in ure

2., 3., 4., 5., 6. mesto: **šifra izvajalca**

Vpiše se 5-mestna šifra: zdravstvenega doma / zdravstvene postaje / poliklinike / bolnišnice / zasebnika iz Baze podatkov izvajalcev.

7. mesto: **letnica poročanja**, L

8. mesto: **obdobje poročanja**

1- prvo polletje

2- celo leto

3- drugo izbrano obdobje

Podatke se zapisuje v datoteko v ASCII formatu. Konec zapisa je označen z razmejevalcem CR+LF (hex 0D in 0A), konec datoteke pa z EOF oznako (hex 1A).

Pripona datoteke je lahko:

.TXT za nestisnjene podatke.

.ARJ ali .ZIP za stisnjene podatke, kar je zaradi prenosa podatkov bolj priporočljivo.

2.2 POSREDOVANJE PODATKOV

Izvajalci → Območna enota NIJZ (OE NIJZ)

Za izvajalce ostaja način pošiljanja podatkov za zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost na Območne enote NIJZ v letu 2020 nespremenjen.

Mediji za posredovanje podatkov so CD-ji.

Vsako posredovanje podatkov mora imeti spremljajoči dopis (vzorec je v **Prilogi 1**), v katerem je naveden naziv, naslov in šifra izvajalca, poročevalsko obdobje, število CD, število zapisov, datum pošiljanja in podpis odgovorne osebe.

Območne enote NIJZ (OE NIJZ) → Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)

Za Območne enote NIJZ ostaja način pošiljanja podatkov za zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost na NIJZ v letu 2020 nespremenjen.

Z letom 2013 je bil na NIJZ uveden nov način pošiljanja podatkov za zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost. Dosedanji klasični sistem poročanja preko CDjev, je zamenjalo e-poročanje, ki poteka preko spletne aplikacije Novell NetStorage. Navodila za uporabo spletne aplikacije Novell NetStorage so bila Območnim enotam NIJZ s strani NIJZ že posredovana.

Vsako posredovanje podatkov mora imeti skeniran spremljajoči dopis (vzorec je v **Prilogi 1**), v katerem je naveden naziv, naslov in šifra izvajalca, poročevalsko obdobje, število zapisov, datum pošiljanja in podpis odgovorne osebe.

2.3 STRUKTURA ZAPISA

Za potrebe nacionalne zdravstvene statistike morajo izvajalci zunajbolnišnične* zdravstvene dejavnosti zajeti na magnetni medij naslednje podatke o "boleznih in stanjih" in jih poslati na OE NIJZ:

podatek	tip	dolžina	format
obdobje poročanja	N	3	LLM
občina izvajalca	N	3	999
šifra izvajalca	N	5	99999
oznaka ravni dejavnosti	C	1	C
šifra vrste zdravstvene dejavnosti	N	3	999
šifra lokacije izvajalca	N	2	99
vrsta diagnoze	N	1	9
koda diagnoze	C	4	CCCC

oznaka zunanjega vzroka	C	4	CCCC
oznaka skupine	N	3	999
starost-1-moški	N	5	99999
starost-1-ženske	N	5	99999
starost-2-moški	N	5	99999
starost-2-ženske	N	5	99999
starost-3-moški	N	5	99999
starost-3-ženske	N	5	99999
starost-4-moški	N	6	999999
starost-4-ženske	N	6	999999
starost-5-moški	N	6	999999
starost-5-ženske	N	6	999999
starost-6-moški	N	6	999999
starost-6-ženske	N	6	999999
starost-7-moški	N	6	999999
starost-7-ženske	N	6	999999
starost-8-moški	N	6	999999
starost-8-ženske	N	6	999999
starost-9-moški	N	6	999999
starost-9-ženske	N	6	999999
starost-10-moški	N	6	999999
starost-10-ženske	N	6	999999
starost-11-moški	N	6	999999
starost-11-ženske	N	6	999999
starost-12-moški	N	6	999999
starost-12-ženske	N	6	999999
starost-13-moški	N	6	999999
starost-13-ženske	N	6	999999
starost-14-moški	N	6	999999
starost-14-ženske	N	6	999999
kategor. zavar.- delavci	N	6	999999
kateg. zavar.- kmetje	N	6	999999
kateg. zavar.- upokojenci	N	6	999999
kateg. zavar.- brezposelni	N	6	999999
kateg. zavar.- drugo	N	6	999999
poškodbe pri delu	N	5	99999
nosečnost-1	N	4	9999
nosečnost-2	N	4	9999
nosečnost-3	N	4	9999

tip N: numerično polje (znakovni zapis števila mora biti desno poravnano)

tip C: alfanumerično polje

Dolžina zapisa je 238 znakov in ima 47 spremenljivk. Prvih 26 znakov (prvih 9 spremenljivk) v zapisu je ključ zapisa.

2.4. DEFINICIJE PODATKOV IN ŠIFRANTI

KLJUČNI PODATKI

Obdobje poročanja:

Sestavljeno je iz oznake LL za leto (npr. 12) in oznake za obdobje poročanja (1-za prvo polletje, 2-za celo leto, 3-drugo).

Občina izvajalca:

Vnese se 3-mestna oznaka nove občine sedeža izvajalca ali njegove lokacije, kjer so se opravljale storitve (šifrant občin je v **Prilogi 2**).

Šifra izvajalca:

Vpiše se 5-mestna šifra izvajalca iz NIJZ-jeve Baze podatkov izvajalcev (BPI).

Oznaka ravni dejavnosti:

Vpiše se dejavnost, ki jo opravlja ekipa več kot polovico delovnega časa. V primeru, da se opravlja več dejavnosti z enakim obsegom mora poročati izvajalec po vseh najobsežnejših dejavnostih, ki si jih v naprej planira. (Npr. izvajalec splošne in družinske medicine ima planiran preventivni dan N za več kot polovico delovnega časa ali šolski zdravnik ima za pol časa M in pol časa N ali predšolski ima skoraj po enakih delih O, P, N ali splošni G in otroško posvetovalnico v postaji P....)

Če opravlja zdravnik dejavnosti na primarni in na sekundarni ravni, mora podatke zbirati LOČENO glede na raven dejavnosti, ki jo opravlja. (n.pr. V in S)

Oznake ravni dejavnosti so:

Primarna raven:

- D - medicina dela, prometa in športa - preventivna dejavnost
- *
- G - splošna in družinska medicina - kurativna dejavnost
- H - splošna in družinska medicina - preventivna dejavnost
- M - šolsko varstvo - kurativna dejavnost
- N - šolsko varstvo - preventivna dejavnost
- O - otroško varstvo - kurativna dejavnost
- P - otroško varstvo - preventivna dejavnost
- R - dejavnost razvojnih ambulant
- X - splošna dežurna služba in NMP na primarni ravni
- T - varstvo žensk - posvetovalnica za kontracepcijo
- V - varstvo žensk - posvetovalnica za nosečnice
- Z - varstvo žensk

Sekundarna oz. terciarna raven:

- F - dejavnost pulmoloških ambulant (z ali brez napotnice)
- I - dejavnost psihiatričnih ambulant (z ali brez napotnice)
- K - dejavnost kožno-veneričnih ambulant (z ali brez napotnice)
- S - ambulantna specialistična dejavnost (z napotnico)

Opomba:

*V letu 2019 izbris vrednosti E – splošna in družinska medicina – dejavnost referenčnih ambulant

Šifra vrste zdravstvene dejavnosti izvajalca:

Vpišemo tisto šifro vrste zdravstvene dejavnosti izvajalca vpisano v BPI (**Priloga 3**), ki izhaja iz koncesije zdravnika. V kolikor ima zdravnik koncesijo za opravljanje več vrst zdravstvene dejavnosti (2x 50% ali 3x30% +10%) vpiše tisto vrsto zdravstvene dejavnosti izvajalca, ki ustreza njegovi licenci. (Npr. licenca za splošno medicino vpiše VZD 302, licenca za šolsko medicino VZD 327).

Če opravlja zdravnik dejavnosti na primarni in na sekundarni ravni, mora podatke zbirati LOČENO glede na vrsto zdravstvene dejavnosti, ki je definirana s koncesijo.

Šifra lokacije izvajalca:

Vpišemo dvomestno šifro lokacije izvajalca iz BPI, za katero poročamo podatke.

Vrsta diagnoze:

Vpiše se:

1 - razlog za prvi obisk oz. diagnoza ob prvem obisku

2 - končna diagnoza.

(1) Pri **Vrsti diagnoze = 1** se v podatek **Koda diagnoze** vpiše diagnoza postavljena kot razlog za obisk ob Prvem kurativnem obisku (vrsta obiska 104) ali ob Prvem kurativnem obisku zaradi kontrole kronične bolezni (vrsta obiska 105).

(2) Pri **Vrsti diagnoze = 2** se v podatek **Koda diagnoze** vpiše končna diagnoza, ki jo zdravnik postavi ob zaključku obravnave, ne glede na to, koliko obiskov je bilo za to potrebnih.

Specialistične ambulante na sekundarni ravni posredujejo na državno raven samo končne diagnoze pod Vrsto diagnoze = 2. V kolikor končne diagnoze ne obstajajo, se mora pod Vrsto diagnoze = 2 prepisati in posredovati Vrsta diagnoze 1 (diagnoza ob prvem obisku). Iz sekundarne ravni se torej diagnoz pod Vrsto diagnoze = 1 na državno raven ne pošilja več!

To pa ne velja za primarno raven zdravstvene dejavnosti, kjer se mora na državno raven še naprej ločeno posredovati diagnoze ob prvem obisku pod Vrsto diagnoze = 1 in končne diagnoze pod Vrsto diagnoze = 2.

Triažni obisk je po metodoloških navodilih "o obiskih in napotitvah" povsem samostojna entiteta in se lahko beleži samo pod "S" oziroma vrste specialistične zunajbolnišnične dejavnosti na sekundarni/terciarni ravni. Glede na obstoječa navodila pri trižnem obisku **ne beležimo diagnoze**, ker to ni kurativni obisk.

Koda diagnoze:

Vpiše se 4-mestna koda iz šifranta MKB-10-AM, ver. 6. Če je koda trimestna, se na zadnje mesto vpiše presledek ().

Okoliščina, da se pacient oglasi večkrat z enako diagnozo, je pogosta pri **kroničnih primerih**. Da ne bi prišlo do multipliciranja kroničnih diaqnoz, je predpisano, da se vsako kronično bolezen v posameznem koledarskem letu prikaže s končno diagnozo samo enkrat.

Če prihaja pacient v istem koledarskem letu zaradi **akutnih bolezni**, se poroča diagnoza akutne bolezni vsakokrat kot razlog za prvi obisk in kot končna diagnoza.

V primeru, ko se pacient oglasi pri zdravniku zaradi **preventivnega pregleda** ali drugih dejavnikov, ki vplivajo na stanje in na stik z zdravstveno službo, se vpiše kodo iz Poglavja XXI v MKB-10-AM, ver. 6, ki obsega te posebne razloge za obisk pri zdravniku.

V dejavnosti splošne in družinske medicine, kjer izvajajo preventivne preglede odrasle populacije za ugotavljanje ogroženosti zaradi bolezni srca in ožilja (vrsta obiska 602 in 603) je potrebno natančno beležiti tudi diagnoze z naslednjimi kodami MKB-10-AM, ver. 6 :

- Z 71.6 : Svetovanje zaradi zlorabe tobaka
- Z 71.4: Svetovanje in nadzor zaradi prekomernega pitja alkohola
- Z 13.6: Poseben presejalni pregled za motnje srca in ožilja

V referenčnih ambulantah, kjer izvajajo preventivne preglede (vrsta obiska 604 - 611, 621 - 623), se vpiše ustrezno kodo iz poglavja XXI v MKB-10-AM, ver. 6.

Vsa patološka stanja pri nosečnicah se morajo označevati s kodami iz Poglavja XV v MKB-10-AM, ver. 6 .

V primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu žensk (VZD 306) je potrebno poročati po vrsti diagnoze = 1 (vzrok za obisk) v primerih posameznih vrst preventivnih pregledov in sicer :

- v zvezi z preventivnimi pregledi zaradi preprečevanja raka materničnega vratu se uporabi koda **Z01.4**
- v zvezi z preventivnimi pregledi zaradi predpisovanja hormonske kontracepcije se uporabi koda **Z30.4**
- v zvezi s preventivnimi pregledi zaradi **vstavitve** (intrauterinoga) kontracepcijskega sredstva se uporabi koda **Z30.1**
- v zvezi s preventivnimi pregledi zaradi **nadzora** nad (intrauterinim) kontracepcijskim sredstvom oz. **odstranitvijo** (intrauterinoga) kontracepcijskega sredstva se uporabi koda **Z30.5**
- v zvezi s preventivnimi pregledi zaradi predpisovanja hormonske nadomestne terapije se uporabi koda **Z13.8**
- v zvezi z preventivnim pregledom po porodu, splavu, zunajmaternični nosečnosti, spontanem splavu oz. drugih vrstah prekinjenih patoloških nosečnosti se uporabi koda **Z39.2**

- v zvezi s kliničnim pregledom dojk se v primeru patološkega izvida uporabi **ustrezna MKB-10–AM ver. 6 koda**
- v zvezi s kliničnim pregledom dojk, kadar se ga napravi zaradi upoštevanja novih Navodil MZZ iz aprila 2002 (preventivni program) se beleži koda **Z12.3. Kadar se izvaja klinični pregled dojk pri simptomatskih ženskah iz kurativnih namenov, se beleži ustrezna MKB koda iz poglavja za patologijo dojke.**
- v zvezi s prvim sistematičnim pregledom nosečnice, ki želi prekinitev nosečnosti, se uporabi koda **Z64.0**
- v zvezi s preventivnim pregledovanjem zaradi predpisovanja kontracepcije ali kontracepcijskim svetovanjem se uporabijo kode glede na strokovno opredelitev in sicer; **Z30.0** (splošno KC svetovanje), **Z30.8** (opredeljeno kontracepcijsko svetovanje) oz. **Z31.6** (splošno svetovanje glede oploditve) oz. **Z70.0 do Z70.9** (svetovanje povezano s spolnim vedenjem). Kadar se izvaja kontracepcijsko svetovanje brez preventivnega ginekološkega pregleda, diagnoze ne beležimo.
- v zvezi s kurativnim pregledom nosečnice se uporabijo **ustrezne kode MKB-10-AM ver. 6**, ki opišejo njeno patološko stanje, pri čemer ima nosečnica lahko v času nosečnosti več kurativnih pregledov z različnimi diagnozami MKB;
- v zvezi s prvim sistematičnim pregledom nosečnice (klinično in subjektivno zdrave nosečnice) se uporabijo kode iz skupine **Z32.0 do Z35.9**
- kadar se izvaja kontracepcijsko svetovanje brez preventivnega ginekološkega pregleda, MKB diagnoze **ne beležimo**.

V primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu žensk (VZD 306) je mogoče, ob enem obisku ženske v ambulanti, opraviti več vrst preventivnih ali kurativnih aktivnosti. Za vrsto obiska in diagnozo (za beleženje), se odloči zdravnik, glede na svojo strokovno presojo, kaj je glavni vzrok za obravnavo ženske.

Zunanji vzrok:

Pri kodah poškodb in zastrupitev (od S00.0 do T98.3) je obvezno vpisati še ZUNANJI VZROK POŠKODBE ALI ZASTRUPITVE (V00.0 - Y91.9 in Y95 - Y98). To je prav tako 3- ali 4-mestna koda iz MKB-10–AM (verzija 6). **Za kodiranje zunanjega vzroka NE uporabljamo šifer U50-U73 (aktivnost v času dogodka) in Y92 (kraj dogodka)!**

V ZUBSTAT poročamo samo kot trimesčne kode naslednje šifre:

**X85, X86, X87, X88, X89, X90, X91, X93, X96, X97, X98 in
Y00, Y01, Y04, Y05, Y06, Y07, Y08, Y09.**

2.5. PODATKI VEZANI NA DIAGNOZO

Oznaka skupine za prikaz obolevnosti po MKB-10-AM, ver. 6:

Oznake skupin (od 1 do 298) se z uvedbo šifranta MKB-10-AM, ver. 6 ne spremenijo. Z novo klasifikacijo MKB-10-AM se v Seznamu za prikaz obolevnosti (šifrant MKB-10 oziroma 1. knjiga MKB -10, str. 1221 do 1231) izključi samo diagnozo E90 v skupini 111. Skupina 111 Druge endokrine, prehranske in presnovne motnje ima tako naslednje diagnoze: E15–E35, E58–E63, E65, E67–E85, E87–E89.

Starostne skupine in spol:

Na posamezno diagnozo so vezane starostne skupine pacientov in v okviru teh tudi spol. Starostne skupine so naslednje:

- | | | |
|------|--------------------------|------------|
| 1 - | od 0,00 do 2,99 meseca | |
| 2 - | od 3,00 do 5,99 mesecev | |
| 3 - | od 6,00 do 11,99 mesecev | predšolski |
| 4 - | od 1,00 do 3,99 let | |
| 5 - | od 4,00 do 5,99 let | |
| 6 - | od 6,00 do 9,99 let | |
| 7 - | od 10,00 do 14,99 let | šolski |
| 8 - | od 15,00 do 19,99 let | |
| 9 - | od 20,00 do 29,99 let | |
| 10 - | od 30,00 do 39,99 let | |
| 11 - | od 40,00 do 49,99 let | odrasli |
| 12 - | od 50,00 do 59,99 let | |
| 13 - | od 60,00 do 64,99 let | |
| 14 - | od 65,00 let naprej | |

Kategorije zavarovanja:

Vpiše se število primerov v posamezne kategorije zavarovanja. Kategorija zavarovanja izhaja iz zavarovalne podlage, ki je napisana na kartici zdravstvenega zavarovanja pacienta. V posamezne kategorije sodijo naslednje zavarovalniške podlage:

- | | |
|--------------|--|
| delavci: | 001000, 002000, 003000, 005000, 008000, 013000, 016000, 019000, 020000, 021000, 027000, 029000, 034000, 036000, 040000, 084000, 085000, 090000, 091000, 092000, 103000, 104000, 113000, 114000, 115000, 118000, 119000, 120000 |
| kmetje: | 051000, 052000, 053000, 054000, 064000, 065000 |
| brezposelni: | 011000, 028000 |
| upokojenci: | 022000, 059000, 060000, 062000, 063000, 069000, 070000, 105000, 108000, 117000 |
| drugo: | vse druge osebe in vsi družinski člani. |

Poškodbe pri delu:

Pri kodah poškodb in zastrupitev (od S00.0 do T98.3) se vpiše število poškodb pri delu.

Trajanje nosečnosti:

Podatek se spremlja samo v zdravstvenem varstvu žensk (VZD 306). V drugih varstvih se za vrednost podatka vpišejo ničle.

Pri kodah diagnoz naslednjih sklopov iz poglavij XV in XXI MKB-10-AM, ver. 6:

O00-O07, O10-O16, O20-O29, O30-O48, O60-O75, O80-O82, O95, Z32-Z37 (pri nosečnici tudi za kode O88, O91-O92, O98-O99) se vpiše število obravnavanih nosečnic v posamezne spodaj navedene razrede trajanja nosečnosti. Podatek zabeležimo tudi pri kodah diagnoz iz ostalih poglavij MKB-10-AM, ver. 6, kadar gre za obravnavo nosečnice.

nosečnost-1: do 3,99 mesece nosečnosti

nosečnost-2: od 4,00 do 6,99 mesece nosečnosti

nosečnost-3: 7,00 ali več mesecev.

Ta struktura zapisa velja za poročanje podatkov za obdobje od 1.1.2020 naprej.

3. PREVERJANJE PRAVILNOSTI PODATKOV O OBISKIH IN NAPOTITVAH TER BOLEZNIH IN STANJIH

Formalno in vsebinsko pravilnost podatkov, ki jih izvajalci zdravstvene dejavnosti pošljejo na Območno enoto NIJZ, preverjajo OE NIJZ s programom ZUBSTAT.

Program ZUBSTAT izpiše seznam vseh ugotovljenih formalnih napak in procent pravilnosti zapisov. Poleg tega program pri preverjanju vhodnih podatkov izpiše tudi število posameznih vrst obiskov po oznakah ravni dejavnosti in število prvih in končnih diagnoz.

OE NIJZ morajo analizirati dobljene napake in poskrbeti za njihovo popravo. Oceniti morajo ali bodo podatke s priloženim seznamom napak vrnili izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ali pa bodo morebitno manjše število napak zmogli in vsebinsko znali popraviti sami.

Program ZUBSTAT v izhodno datoteko (za analize podatkov na OE NIJZ in za pošiljanje podatkov naprej na NIJZ) prepíše samo zapise s formalno pravilnimi podatki.

4. TERMINSKI PLAN POŠILJANJA PODATKOV O BOLEZNIH IN STANJIH TER O OBISKIH IN NAPOTITVAH

Roki za pošiljanje polletnih podatkov:

Izvajalec zdrav. dejavnosti lahko pošlje podatke na OE NIJZ do: 20. julija,

OE NIJZ lahko pošlje podatke na NIJZ do: 20. septembra.

Roki za pošiljanje letnih podatkov:

Izvajalec zdrav. dejavnosti mora poslati podatke na OE NIJZ do: 20. januarja,
OE NIJZ mora poslati podatke na NIJZ do: 20. marca.



Nacionalni inštitut
za javno zdravje

Zunajbolnišnična * zdravstvena statistika (ZUBSTAT)
Posredovanje podatkov o »obiskih in napotitvah« ter o »boleznih in stanjih«, v.1.23a

Ljubljana, januar 2020