

# 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. 2022 dalje  
Metodološko gradivo ver. 1.25**

**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 »DELA VCI« 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 ambulate 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
November 2020	1.24	Velja za sprejem podatkov za leto 2021 Posodobljen šifrant MKB-10-AM (verzija 6). Zamenjava izraza BPI z RIZDDZ. Spremenjena obveznost poročanja diagnoz in stanj v VZD 301, 302 Dopolnjen naziv in definicija pri obisku 201 ter nov obisk pri DMS 624. Sprememba v Prilogi 3: dopolnjen šifrant z VZD 241, 549	Delovna skupina ZUBSTAT
<b>November 2021</b>	<b>1.25</b>	Velja za sprejem podatkov za leto 2022 Ukinitev poročanja obiskov 201-203. Uvedba novih vrst obiskov 204-209 in 625. VZD 512 se premesti na sekundarno raven. Posledično spremenjena priloga 3 in 4. Dodatna pojasnila veza na na poročanje diagnoz.	Delovna skupina ZUBSTAT

**Zaščita dokumenta**

© 2021 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska 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 SPREMEMB .....	4
SPREMEMBE ZA LETO 2022 .....	4
SPREMEMBE ZA LETO 2021 .....	4
SPREMEMBE ZA LETO 2020 .....	5
SPREMEMBE ZA LETO 2019 .....	5
SPREMEMBE ZA LETO 2018 .....	6
SPREMEMBE ZA LETO 2017 .....	7
SPREMEMBE ZA LETO 2016 .....	7
DODATNA POJASNILA.....	8
ZAKONSKA PODLAGA.....	12
1.1 ZAPIS PODATKOV NA MEDIJ: IME IN FORMAT DATOTEKE .....	13
1.2 POSREDOVANJE PODATKOV.....	13
1.3 STRUKTURA ZAPISA .....	14
1.4. DEFINICIJE PODATKOV IN ŠIFRANTI.....	15
1.5. PODATKI VEZANI NA OBISKE .....	17
2.1 ZAPIS PODATKOV NA MEDIJ: IME IN FORMAT DATOTEKE .....	19
2.2 POSREDOVANJE PODATKOV.....	20
2.3 STRUKTURA ZAPISA .....	20
2.4. DEFINICIJE PODATKOV IN ŠIFRANTI.....	22
2.5. PODATKI VEZANI NA DIAGNOZO.....	26

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

#### **Priloga 1: Spremni obrazec**

Spremna obrazca ob pošiljanju podatkov za zunajbolnišnično zdravstveno statistiko:

Priloga 1a: Izvajalec – OE NIJZ

Priloga 1b: OE NIJZ- CE NIJZ

#### **Priloga 2: Šifrant občin**

Šifrant občin v letu 2022

#### **Priloga 3: Šifrant vrst zdravstvene dejavnosti**

Šifrant vrst zdravstvene dejavnosti; tabela zdravstvena raven/ vrsta zdravstvene dejavnosti/  
vrsta obiska v letu 2022

#### **Priloga 4: Šifrant vrst obiskov**

Seznam oznak in definicij posameznih vrst obiskov v letu 2022

## POVZETEK POMEMBNIH SPREMEMB

### SPREMEMBE ZA LETO 2022

Pri 1 točki poudarek pri ločevanju med »zdravljenjem« in »rehabilitacijo« ter poročanjem obiskov v povezavi s cepljenjem.

Zaradi ukinitve obiskov 201-203 in uvedbe novih 204 - 209, pri katerih se dosednji obiski 201-203 razdelijo na prve in ponovne, ter novega obiska 625 se neposredno spremenita Prilogi 3 in 4. Zaradi poenotenje poročanja diagnoz, je k vsakemu obisku v Prilogi 4 dopisana informacija o ne/poročanju diagnoz in v Prilogi 3 nov zavihek oz. tabelo VRSTE OBISKOV IN POROČANJE DIAGNOZ (za kontrolo poročanja).

VZD 512 Psihologija se premesti na sekundarno raven (Priloga 3) in s tem se spremeni tudi poročanje obiskov in diagnoz (Priloga 3). V sistem ZUBSTAT pod VZD 512 poroča izključno zdravnik in njegov tim.

Poročanje števila diagnoz v sistem ZUBSTAT se za leto 2022 ne spremeni.

V točki 16 dodatno pojasnilo glede beleženja diagnoz ob obiskih na splošno in v povezavi s COVID-19. Okužbo s Covid-19 ali bolezen zaradi Covid-19 se v zbirko ZUBSTAT poroča z ustreznim MKB kodo, ki je določena v skladu z navodili ZZZS. Kod diagnoz iz Poglavlja 22 - Kode za posebne namene, kamor sodita tudi kodi U071 in U072, se v zbirko ZUBSTAT zaenkrat ne poroča.

### SPREMEMBE ZA LETO 2021

Posodobljen šifrant MKB-10-AM (verzija 6) v poglavju 22 - Kode za posebne namene (U00-U49) za statistično spremljanje koronavirusne bolezni 19 (COVID-19).

Posodobljeni verziji [klasifikacije](#) in [šifranta](#) sta v veljavi od 4. 11. 2020.

Pri 1. točki večji poudarek o tem, da se podatkov o diagnostičnih storitvah (o npr. mamografijah,...) na NIJZ ne poroča.

Sprememba pri 3. točki in v 5. točki, se navezuje na obveznost poročanja diagnoz in stanj v VZD 301 Medicina dela, prometa in športa in v VZD 302 v Ambulantah družinske medicine. V VZD 301 se diagnoz in stanj na NIJZ ne poroča. V VZD 302 se ne poroča diagnoz in stanj pri obiskih DMS.

V metodološkem gradivu se zamenja izraz BPI z RIZDDZ, ker je Bazo podatkov izvajalcev (BPI) nadomestil Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ).

Pri točki 5 se je z novim obiskom 624 Preventivna obravnava na daljavo - DMS razširil nabor preventivnih obravnav, ki jih diplomirana sestra lahko samostojno beleži.

Dopolnjen naziv in definicija obiska 201 Kurativno svetovanje/obravnavanje/storitev po telefonu oz. preko komunikacijskega sredstva.

Dopolnjen šifrant v Prilogi 3 z VZD 241 Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti in VZD 549 Klinična psihologija.

#### **SPREMEMBE ZA LETO 2020**

Skladno s Pravilnikom 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.

#### **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, prerazporeji med oznaki ravni dejavnosti 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.

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.

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 metodološkimi navodilom. Obisk »702 – Triaža v UC in ZBD se izvaja tako v VZD 238 kot v VZD 338.

### 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 Družbeniki 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 vstavitev materničnega vložka.**

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

### **SPREMEMBE ZA LETO 2017**

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

Vsa morebitna vprašanja ali predloge se posreduje na elektronski naslov:  
[zubstat@nijz.si](mailto:zubstat@nijz.si).

## DODATNA POJASNILA

- 1) Posredovanje podatkov po sistemu ZUBSTAT o "Obiskih in napotitvah" in o "Bolezni in stanjih" je namenjeno vrstam zdravstvene dejavnosti:
- splošna in družinska medicina (VZD 302),
  - medicina dela, prometa in športa (VZD 301),
  - pediatrija v splošni zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 327),
  - ginekologija v splošni zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 306) in
  - specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost (VZD 201 – 253 in 442, 512).

ne pa tudi vrstam zdravstvene dejavnosti Splošno zobozdravstvo (VZD 404), Reševalni prevozi (VZD 513), Laboratorijska dejavnost (VZD 508), Fizioterapija (VZD 507), Klinična psihologija (VZD 549) in drugim vrstam zdravstvene dejavnosti, ki so glede na raven zdravstvene dejavnosti razvrščene pod drugo (glej Prilogo 3).

Podatki so namenjeni spremljanju ambulantnega dela ne glede na to, ali je izvajalec javni ali zasebni zavod oz. ali je storitev plačana iz javnih ali zasebnih sredstev.

Če se v isti ambulanti tekom dneva prepleta delo, ki spada v različne dejavnosti ali na različne ravni dejavnosti, je potrebno podatke poročati v ustrezni vrsti zdravstvene dejavnosti, na ustrezni ravni zdravstvene dejavnosti in z ustreznimi šiframi vrst obiskov. Pogost primer prepletanja dela v isti ambulanti je med VZD 302 in VZD 338 (raven dejavnosti X), potem med VZD 238 in VZD 237, nadalje med VZD 306 in VZD 206 oz. VZD 213, redkeje pa med VZD 302 in 301. Glej prilogo 3.

V sistem ZUBSTAT se poroča obiske (Priloga 4) in ne posameznih storitev, ki so izvedene bodisi samostojno ali v sklopu obiska. Pod pojmom storitve mislimo tako diagnostične storitve (mamografija, CT, MR, RTG, UZ, EKG, ...) kot terapevtske storitve, testiranja (npr., HAGT, PCR,...) in drugo.

V sistem ZUBSTAT se ne poroča (uporablja izraz) »cepljenje/a« (proti gripi, COVID-19, obvezno,...)« dobesedno, ampak namenski pregled pred cepljenjem, ker je to del obiska. V šifrantu Vrst obiskov so za obravnave cepljenja na voljo naslednje vrste obiskov: 312, 413 ter 620.

Posredovanje podatkov, o opravljenih obravnavah / storitvah v zobozdravstvenem varstvu, v patronažni dejavnosti in storitvah namenjene izključno le rehabilitaciji, poteka preko ločenega poročevalskega sistema, tako kot do sedaj. Prav tako se na posebnih obrazcih dodatno poročajo ugotovljena stanja sistematičnih pregledov v predšolskem in šolskem obdobju.

Pri zunajbolnišničnih (ambulantnih) obravnavah je potrebno ločiti med »zdravljenjem« in »rehabilitacijo«. V primeru, da gre za zdravljenje se poroča v sistem ZUBSTAT (VZD 204), ko gre za rehabilitacijo pa v zbirko REH, ne pa v oba sistema hkrati. Obiske, ki so namenjeni le za izvajanje rehabilitacije se v zbirko



ZUBSTAT, VZD 204 Fizikalna in rehabilitacijska medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti, ne poroča.

- 2) Pri poročanju občine izvajalca se je v nekaj primerih pojavila dilema, ali poročati občino sedeža izvajalca (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 OE NIJZ 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. Območna enota NIJZ nas o tej anomaliji obvesti na „Sprememnem obrazcu“.
- 3) **V dejavnosti Medicina dela, prometa in športa (VZD 301)**, ki sodi na primarno raven, izvajajo obiske 613-619, 901-905, 910-917. Iz VZD 301 se poroča podatke o obiskih in napotitvah ter kadrih in urah, medtem ko se podatkov o boleznih in stanjih ne poroča.
- 4) V vrsti zdravstvene dejavnosti Splošna in družinska medicina (VZD 302), je potrebno preventivne preglede, ki jih opravi zdravnik 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". Za opravljene obiske 601, 602 in 603 se poroča tudi podatke o boleznih in stanjih z ustrezno MKB kodo XXI. poglavja.

V okviru VZD 302 lahko zdravnik izven rednega dela ambulante opravlja tudi posebne programe, kot so antikoagulantna ambulanta, dejavnost Centra za preprečevanje odvisnosti od drog in opravljanje storitev v zaporih, ki se poročajo pod raven zdravstvene dejavnosti 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 se poroča s šiframi iz Šifranta vrst obiskov (Priloga 4) 104 - 106, 204-209, 301-314, 401-422, 503, 512, 601-612, 620-625, 905-909 in 917.

Diplomirana medicinska sestra lahko samostojno poroča naslednje vrste obiskov: 604 - 611, 621 - 624. Podatkov o diagnozah se ne poroča.

Z letom 2019 diplomirana medicinska sestra z dodatnimi znanji samostojno poroča tudi obisk 702 - Triaža v UC in ZBD, ki ga opravi v VZD 238 ali v VZD 338. Podatkov o diagnozah se ne poroča.

V primeru, da je pri pacientu v istem dnevu opravljen (preventivni) pregled, ki ga opravi medicinska sestra in (kurativni) pregled, ki ga opravi zdravnik zaradi zdravstvenega problema, ugotovljenega ob preventivnem pregledu, se poročata dva obiska. V primeru dveh obiskov v enem dnevu se preventiva poroča pod H oznako ravni dejavnosti, kurativni obisk pa pod G oznako ravni dejavnosti.

V dejavnosti splošne in družinske medicine (VZD 302) se ob vrsti obiska 612 – obravnava v timu, katerega nosilec je zdravnik, poroča katerokoli kodo diagnoze MKB 10-AM (verzija 6).

- 6) Iz dejavnosti Ginekologija v splošni zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 306), primarna raven, se poroča vrsta obiska 103-106, 204, 205 in 501-514. Iz dejavnosti Ginekologija in porodništvo v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 206) oz. Klinična genetika v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 213) se poročajo obiski 104 - 106, 204, 205, 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 ustrezno 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 vrsti 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), obiskov 906-909 (šolsko in predšolsko zdravstveno varstvo), obiskov 910-917 (medicina dela, prometa in športa), obiska 622 (zdravstveno vzgojne aktivnosti)

Naštete vrste obiskov se poroča, ko zdravnik istočasno obravnava skupino oseb in ne posameznika, ali pa pripravi oceno delovnega mesta, šole, vrtca. V okviru ključnih podatkov zapisa se vpiše 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) Pri poročanju triažnih obiskov (701 triažni pregled) in pri vrsti obiska 702 – Triaža v UC in ZBD, se diagnoza ne poroča.

- 11) Vse preventivne aktivnosti v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti, sekundarna raven "S", se poroča kot obisk 801. Poroča se tudi podatek o diagnozi z ustreznim MKB kodo XXI. poglavja.

- 13) Sistematični pregledi otrok v osnovnih šolah se izvajajo pred vstopom v šolo, v prvem, tretjem, šestem in osmem razredu devetletke.

- 14) Kratek obisk (informacija, nasvet, recept, brez pregleda ali posega) ni posebna kategorija vrste obiska in se v zbirko ZUBSTAT ne poroča.

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

Informacije o uvedbi MKB-10 AM in pripadajočem šifrantu so dostopne preko spletne strani NIJZ Klasifikacijami in šifranti: [MKB-10-AM, verzija 6](#).

Za namen spremljanja bolezni in stanj v zunajbolnišnični zdravstveni statistiki struktura zapisa ostaja enaka kot doslej; 4 mestna koda oz. 3 mestna koda v primeru, ko 4 mestna koda ni definirana. V primeru 5 mestne kode se za poročanje podatkov peto mesto odreže.

V primerih, ko je zahtevano kodiranje diagnoze s križcem in z zvezdico, se v zbirko ZUBSTAT poroča le diagnozo s križcem.

- 16) Ob posameznem obisku se skladno z metodološkimi navodili (Priloga 3) poroča ena koda diagnoze MKB-AM-10 »prevladujoča koda obiska«, ki jo določi zdravnik, ob poškodbi ali zastrupitvi pa dodatno ena koda za zunanji vzrok poškodbe ali zastrupitve.

#### Poročanje diagnoz v zvezi z virusom COVID-19

Okužbo s COVID-19 ali bolezen zaradi COVID-19 se v zbirko ZUBSTAT poroča z ustreznimi MKB kodi, ki je določen v skladu z navodili ZZS. Kod diagnoz iz Poglavja 22 - Kode za posebne namene, kamor sodita tudi kodi U071 in U072, se v zbirko ZUBSTAT zaenkrat ne poroča. Prav tako se v zbirko ZUBSTAT ne poroča podatkov, če je bil opravljen samo laboratorijski test ali hitri test na COVID-19, brez kurativne ali preventivne obravnave pacienta.

Glede poročanja diagnoz pri poškodbah pri delu (PPD) ni sprememb, tudi v primeru COVID-19. Enako kot pretekla leta se poročajo kode diagnoz iz poglavja S in T ter koda zunanega vzroka.

### ZAKONSKA PODLAGA

- Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 - ZZUOP, 175/20 - ZIUOPDVE, 203/20 - ZIUPOP DVE, 112/21 - ZNUPZ)
  - NIJZ 2 Evidenca osnovnega zdravstvenega varstva,
  - NIJZ 2.1 Evidenca preventivnega zdravstvenega varstva odrasli,
  - NIJZ 2.2 Evidenca preventivnega zdravstvenega varstva otrok, starih 0-6 let,
  - NIJZ 2.3 Evidenca preventivnega zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine,
  - NIJZ 2.4 Evidenca preventivnega zdravstvenega varstva žensk,
  - NIJZ 7 Evidenca o boleznih in stanjih ugotovljenih v specialistično ambulantni dejavnosti,
  - NIJZ 56 Evidenca o delu specialistično ambulantne službe.
- Zakon o državni statistiki (Uradni list RS, št. 45/95, 9/01)
- Uredba (ES) št. 1338/2008 Evropskega parlamenta in sveta z dne 16. decembra 2008 o statističnih podatkih Skupnosti v zvezi z javnim zdravjem ter zdravjem in varnostjo pri delu

## 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)**

Za izvajalce ostaja način pošiljanja podatkov za zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost na Območne enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje (OE NIJZ) v letu 2022 nespremenjen.

Izvajalci poročila pošiljajo po navadni pošti (CD-jih) ali po elektronski pošti na posamezno območno enoto NIJZ.

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

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

Vsako posredovanje podatkov mora imeti skeniran spremni dopis (vzorec je v **Prilogi 1b**), 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 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. - upokojeanci	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 poravnano)

tip C: alfanumerično polje

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

**Ta struktura zapisa velja za poročanje podatkov za obdobje od 1.1.2022 naprej.**

#### 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 Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ).

**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 najboljšejših 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
- I - dejavnost psihiatričnih ambulant
- K - dejavnost kožno-veneričnih ambulant
- S - specialistična ambulantna dejavnost

Opomba:

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

**Šifra vrste zdravstvene dejavnosti izvajalca:**

Vpiše se tisto šifro vrste zdravstvene dejavnosti izvajalca vpisano v RIZDDZ (**Priloga 3**), ki izhaja iz koncesije zdravnika. V kolikor ima zdravnik koncesijo za opravljanje več vrst



zdravstvene dejavnosti (2x 50% ali 3x30% +10%) se 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:**

Vpiše se dvomestna šifra lokacije izvajalca iz RIZDDZ, za katero se poroča podatke.

**Vrste obiskov:**

Vpiše se 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 se poroča 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 seštevek 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 seštevek 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.

## 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 2022 nespremenjen.

Izvajalci poročila pošiljajo po navadni pošti (CD-jih) ali po elektronski pošti na posamezno območno enoto NIJZ.

Vsako posredovanje podatkov mora imeti spremni dopis (**Prilogi 1a**), v katerem je naveden naziv, naslov in šifra izvajalca, poročevalsko obdobje, 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 2022 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.

Vsako posredovanje podatkov mora imeti skeniran spremni dopis (**Prilogi 1b**), 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 zjeti 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.

**Ta struktura zapisa velja za poročanje podatkov za obdobje od 1.1.2022 naprej.**

## 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 Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ).

#### **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. (npr. 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
- I - dejavnost psihiatričnih ambulant
- K - dejavnost kožno-veneričnih ambulant
- S - specialistična ambulantna dejavnost

Opomba:

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

**Šifra vrste zdravstvene dejavnosti izvajalca:**

Vpiše se tisto šifro vrste zdravstvene dejavnosti izvajalca vpisano v RIZDDZ (**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:**

Vpiše se dvomestna šifra lokacije izvajalca iz RIZDDZ, za katero se poroča 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. Glej Prilogo 3 zavihek Obiski-Diagnoze.

(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 diagnoz pod Vrsto diagnoze = 1 na državno raven ne pošilja več!

Za primarno raven zdravstvene dejavnosti, se mora na državno raven še naprej ločeno posredovati diagnoze ob prvem obisku pod Vrsto diagnoze = 1 in končne diagnoze pod Vrsto diagnoze = 2.

**Trižni pregled (701)**, ki ga opravi zdravnik, je po metodoloških navodilih "o obiskih in napotitvah" povsem samostojna entiteta in se lahko poroča samo pod "S" oziroma vrste

specialistične zunajbolnišnične dejavnosti na sekundarni/terciarni ravni. Diagnoz se ne poroča, ker to ni kurativni obisk.

Triažo v UC in ZBD (702), ki jo opravlja diplomirani zdravstvenik, se poroča iz VZD 238 in 338. Diagnoz se ne poroča.

#### **Koda diagnoze:**

Ob posameznem obisku se poroča samo ena koda diagnoze MKB-AM-10, »prevladujoča diagnoza obiska«, ki jo določi zdravnik.

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 diagnoz, 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.

Okužbo s COVID-19 ali bolezen zaradi COVID-19 se poroča z ustrezno MKB kodo (določeno v skladu z navodili ZZZS). Kode diagnoz iz Poglavlja 22 - Kode za posebne namene, kamor sodita tudi kodi U071 in U072, se zaenkrat ne poroča.

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

V dejavnosti splošne in družinske medicine (VZD 302), kjer izvajajo preventivne preglede odrasle populacije za ugotavljanje ogroženosti zaradi bolezni srca in ožilja (vrsta obiska 602 in 603) je potrebno natančno poročati 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.

Pri preventivnih obiskih odraslih in aktivne populacije, ki jih izvajajo DMS se MKB-10-AM diagnoz ne poroča.

Vsa patološka stanja pri nosečnicah se morajo označevati s kodami iz Poglavlja 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
- 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 poroča koda Z12.3. *Kadar se izvaja klinični pregled dojk pri simptomatskih ženskah iz kurativnih namenov, se poroča ustrezna MKB koda iz poglavja za patologijo dojke.*
- v zvezi s prvim sistematičnim pregledom nosečnice, ki želi prekinitve 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 (obisk 503) brez preventivnega ginekološkega pregleda, se diagnoze ne poroča.*
- 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

V primarnem reprodukativnem 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 se NE uporablja šifer U50-U73 (aktivnost v času dogodka) in Y92 (kraj dogodka)!**

**V ZUBSTAT se poroča samo kot trimestne 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 podatku poškodbe pri delu se poročajo samo kode poškodb in zastupitev (S in T). Okužbo s COVID-19 se ne poroča kot poškodbo 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 se poroča 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.

### **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 popravilo. 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 CE 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.1.25

Ljubljana, november 2021