

PODATKOVNA ZBIRKA O BOLNIŠNIČNIH IN ZUNAJBOLNIŠNIČNIH OBRAVNAVAH NA REHABILITACIJI

Definicije in metodološka navodila za sprejem
podatkov o bolnišničnih in zunajbolnišničnih
(ambulantnih) obravnavah na rehabilitaciji
za leto 2015, v 3.2

Spremljanje sprememb

Datum	Verzija	Opis spremembe	Avtor spremembe
december 2013	3.0	Velja za sprejem podatkov za leto 2014 <ul style="list-style-type: none"> – Nov podatek o Dodatnih diagnozah na obravnavi na rehabilitaciji – Dopolnjen šifrant za spremenljivko Napotitev / stanje ob odpustu v zvezi z napotitvijo pacienta v tujino. 	Delovna skupina
december 2014	3.1	Velja za sprejem podatkov za leto 2015 <ul style="list-style-type: none"> – Dopolnjena definicija spremenljivke Vrsta obravnave na rehabilitaciji (drugo) – Dopolnjena definicija in navodilo za uporabo za spremenljivko Glavna diagnoza za obravnave na rehabilitaciji – Dopolnjena definicija in navodilo za uporabo za spremenljivke Dodatne diagnoze za obravnave na rehabilitaciji – Dopolnjen šifrant občine regije NIJZ (dodana občina Ankaran), velja za podatek 10 (Občina običajnega prebivališča). – Uskladitev definicij z Odredbo o določitvi enotne definicije ključnih pojmov v zdravstvu (UL 40/14): <ul style="list-style-type: none"> · bolnišnična obravnava · vrsta bolnišnične obravnave · dnevna obravnava · sprejem · formalen sprejem · evidenčen sprejem · formalen odpust · evidenčen odpust 	Delovna skupina
april 2015	3.2	Dopolnjen šifrant spremenljivke Stanje ob odpustu – napaka pri pripravi Metodoloških pojasnil	Mojca Simončič

Pripravili:

Delovna skupina za obravnave na rehabilitaciji

Zaščita dokumenta

© 2015 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

UVOD.....	5
NAMEN DOKUMENTA IN OMEJITVE	6
DINAMIKA POROČANJA.....	6
POVZETEK POMEMBNIH SPREMEMB	7
SPREMEMBE ZA LETO 2014	7
SPREMEMBE ZA LETO 2015	7
BELEŽENJE PODATKOV V ZBIRKI O BOLNIŠNIČNIH IN ZUNAJBOLNIŠNIČNIH OBRAVNAVH NA REHABILITACIJI.....	8
DEFINICIJE KONCEPTOV	8
DEFINICIJE IN OPIS PODATKOV	15
1. VRSTA DOKUMENTACIJE / VZROK OBRAVNAVE	15
2. LETO ZAJEMA	15
3. OBDOBJE ZAJEMA	16
4. OZNAKA IZVAJALCA.....	16
5. MATIČNA ŠTEVILKA SPREJEMA	16
6. ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA (EMŠO)	17
7. ZDRAVSTVENA ŠTEVILKA (ZZZS številka zavezanca).....	17
8. SPOL.....	18
9. DATUM ROJSTVA	18
10. OBČINA OBIČAJNEGA PREBIVALIŠČA.....	18
11. ZAKONSKI STAN	19
12. STOPNJA IZOBRAZBE	19
13. DELO, KI GA OPRAVLJA.....	20
14. DEJAVNOST ZAPOSLOTITVE	21
15. DATUM PRIHODA V ZDRAVILIŠČE	21
16. GLAVNA DIAGNOZA	22
17. DODATNA DIAGNOZA (DO 19 DIAGNOZ)	22
18. DATUM ZAKLJUČKA REHABILITACIJE	23
19. NAPOTITEV/ STANJE OB ZAKLJUČKU OBRAVNAVE	24
20. NEPOSREDNI VZROK SMRTI.....	24
21. REHABILITACIJA ZAKLJUČENA	24
22. STANJE OB ODPUSTU	25
23. VRSTA OBRAVNAVE NA REHABILITACIJI.....	25
24. TIP PLAČNIKA	25
25. PODLAGA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	26
26. ŠTEVILO DNI DOLGOTRAJNE DNEVNE OBRAVNAVE	26
PRILOGA 1: SEZNAM ŠIFRANTOV	27

UVOD

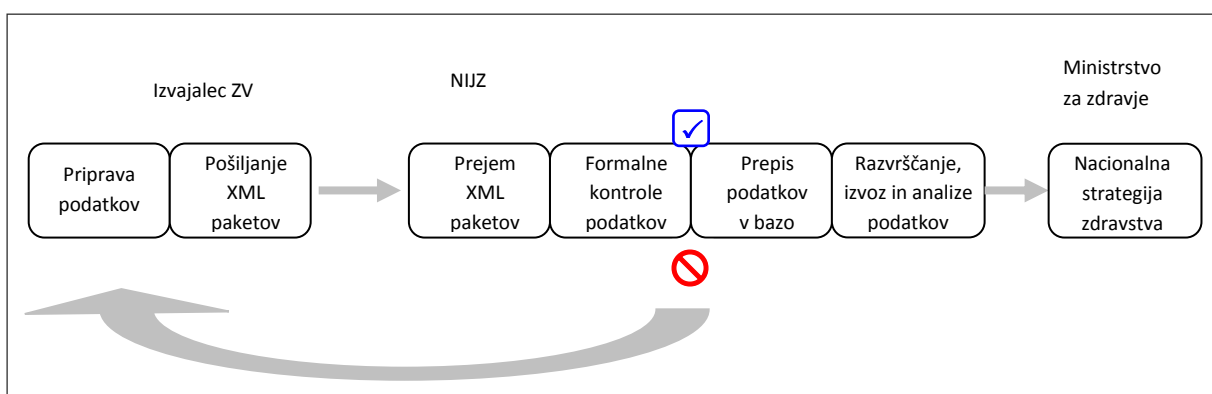
Podatki o bolnišničnih in zunajbolnišničnih obravnavah na rehabilitaciji zaradi bolezni, poškodb... predstavljajo pomemben vir informacij za spremljanje, načrtovanje, vodenje in razvijanje zdravstvene dejavnosti, za ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalstva, so pa tudi osnova za poročanje in za mednarodne primerjave v okviru obveznosti do Evropske unije, Svetovne zdravstvene organizacije in drugih.

Od leta 1998 dalje se v Podatkovni zbirki o bolnišničnih in zunajbolnišničnih obravnavah na rehabilitaciji spremlja vse paciente, ki prihajajo v zdravilišča in v Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije (URI - Soča) na rehabilitacijo, z ali brez napotnice, kjer jih v sprejemni ambulanti zdravilišča ali URI - Soča pregleda zdravnik ter pacienta sprejme ali na ambulantno zdravljenje ali v stacionar (oz. na bolnišnični oddelek zdravilišča ali URI - Soča).

Opozoriti velja, da se od leta 1998 dalje v Podatkovni zbirki o bolnišničnih in zunajbolnišničnih obravnavah na rehabilitaciji ne spremlja pacientov, ki prihajajo v ustanove za rehabilitacijo na izvajanje terapije po navodilih (kartonček) lečečega zdravnika.

Število izpisanih oseb iz zdravljenja na rehabilitaciji v stacionarju, ki je označeno na Poročilu o delu stacionarnega zavoda, se mora skladati s številom bolnišničnih obravnav v Podatkovni zbirki o bolnišničnih in ambulantnih obravnavah na rehabilitaciji v koledarskem letu.

Vsa prizadevanja Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) težijo k optimizaciji poročevalskih procesov, boljši kvaliteti zbranih podatkov in seveda izpolnjenim poročevalskim obveznostim. Za zmanjšanje administrativnih bremen izvajalcev zdravstvene dejavnosti bo predvidoma od 1. januarja 2014 dalje omogočeno hitrejše poročanje podatkov preko e-prenosov. Aplikacija ePrenosi predstavlja sodobno informacijsko podporo za varno in nadzorovano pošiljanje, sprejem in obdelavo podatkov o bolnišničnih obravnavah. Aplikacija se nahaja na informacijski infrastrukturi e-Zdravja v omrežju zNet. Za komunikacijo in dostop do aplikacije ter podatkov se uporabljajo [spletna digitalna potrdila](#) (s katerimi se preverja upravičenost dostopanja) in omrežje zNet. Pooblaščen osebno za pošiljanje podatkov mora v zdravstvenem zavodu pooblastiti direktor zavoda.



Slika 1: Aplikacija E-PRENOSI

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva iz leta 2000 (UL /2000) nalaga vsem izvajalcem zdravstvenega varstva obveznost poročanja vseh podatkov o obravnavah, ki so opredeljeni v zakonu in navedeni v zbirkah.

NAMEN DOKUMENTA IN OMEJITVE

Podatki o obravnavah na rehabilitaciji se spremljajo tako v bolnišničnih (obravnave v stacionarju) kot tudi v zunajbolnišničnih (ambulantnih) obravnavah.

Metodološka navodila za spremljanje bolnišničnih in zunajbolnišničnih obravnav na rehabilitaciji so namenjena:

- Vsem izvajalcem bolnišnične dejavnosti, kot navodilo za poročanje podatkov o bolnišničnih obravnavah na rehabilitaciji,
- vsem izvajalcem zunajbolnišnične dejavnosti (ambulantam in bolnišnicam), za poročanje podatkov o zunajbolnišničnih (ambulantnih) obravnavah na rehabilitaciji.

V skladu z metodološkimi navodili, verzija 3.1, se poročajo vse obravnave, ki so se zaključile s 1. januarjem 2015 ali pozneje, do 31. decembra 2015. Poročajo se **vse obravnave, ki so se zaključile v letu 2015**, kasnejše poročanje obravnav zaradi poročevalskih obveznosti Slovenije ni možno.

V dokumentu so definirani osnovni koncepti povezani z bolnišničnimi in zunajbolnišničnimi obravnavami in opisan nabor podatkov, ki se poroča. Za vsak podatek so podani osnovni parametri: ime podatka, zaloga vrednosti in format, definicija in navodilo za uporabo (ustreznost formata se kontrolira pri vseh podatkih).

Ta dokument zamenjuje Definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov o bolnišničnih in zunajbolnišničnih (ambulantnih) obravnavah na rehabilitaciji, verzija 3.0.

Vsa vprašanja ali pripombe posredujte na naslov: reh@nijz.si, vprašanja v zvezi s pošiljanjem podatkov preko aplikacije E-PRENOSI pa na eprenosi@nijz.si

DINAMIKA POROČANJA

K poročanju so zavezana vsa zdravilišča, ki so usposobljena za opravljanje rehabilitacijskih postopkov ter Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije (URI - Soča).

Preko aplikacije ePrenosi poročevalci oddajo mesečne pakete v skladu z veljavnimi Metodološkimi navodili za veljavno leto.

Sprejem paketov podatkov preko aplikacije ePrenosi poteka **vsake 3 mesece**. Začetek sprejemanja podatkov je v 3. tednu 4., 7., 10., in 1. meseca za prejšnje 3-mesečje:

- januar, februar, marec – 3. teden v aprilu;
- april, maj, junij – 3. teden julija;
- julij, avgust, september – 3. teden v oktobru;
- oktober, november, december – 3. teden v januarju.

POVZETEK POMEMBNIH SPREMEMB

SPREMEMBE ZA LETO 2014

- Nov podatek: Dodatne diagnoze - V letu 2013 je bila za podatke o diagnozah uvedena nova klasifikacija MKB-10-AM (6. Verzije). Kodiranje, skladno s [standardom ACS](#) (American Coding Standards for ICD-10-AM and ACHI), zahteva beleženje podatkov o dodatnih diagnozah, ki pa do sedaj v zbirki niso bile predvidene. Zaradi te zahteve je v zbirko za podatke leta 2014 vključena nova spremenljivka Dodatne diagnoze, ki omogoča beleženje dodatnih diagnoz (največ 19), ki so potrebne za pravi prikaz obravnav na rehabilitaciji.
- Dopolnjen šifrant »Napotitev / stanje ob zaključku« - dopolnitev šifranta v zvezi z napotitvijo pacienta v tujino.

SPREMEMBE ZA LETO 2015

- Dopolnjen šifrant občine regije NIJZ (dodana občina Ankaran), velja za podatek »Občina običajnega prebivališča«.
- Dopolnitev navodil in definicije za »Glavno diagnozo« in Dodatno/e diagnozo/e

Glavna diagnoza obravnave zaradi rehabilitacije:

Glavna diagnoza za obravnave na rehabilitaciji je po navodilih Standardov kodiranja MKB-10-AM - po standardu ACS 2104 »Rehabilitacija« - po novem ustrezna koda Z, natančneje **Z50.- Oskrba, ki vsebuje uporabo rehabilitacijskih postopkov.**

Kadar se izvaja več rehabilitacijskih postopkov, je ustrezna koda Z50.9 Oskrba, ki vsebuje uporabo rehabilitacijskega postopka, neopredeljena.

Dodatne diagnoze obravnave zaradi rehabilitacije:

Stanje, ki je povzročilo pacientov sprejem v rehabilitacijsko ustanovo (in ki je bilo v večini primerov dosedanja glavna diagnoza), se odslej obvezno navede kot prva dodatna diagnoza. Zapisati je mogoče več kod, če izpolnjujejo kriterije za dodatne diagnoze, kot je določeno v ACS 0002 Dodatna diagnoza.

- Uskladitev [definicij](#) z *Odredbo o določitvi enotne definicije ključnih pojmov v zdravstvu* (UL 40/14):
 - bolnišnična obravnava
 - vrsta bolnišnične
 - dnevna obravnava
 - sprejem
 - formalen sprejem
 - evidenčen sprejem
 - formalen odpust
 - evidenčen odpust

BELEŽENJE PODATKOV V ZBIRKI O BOLNIŠNIČNIH IN ZUNAJBOLNIŠNIČNIH OBRAVNAVH NA REHABILITACIJI

Podatki o obravnavah na rehabilitaciji se spremljajo tako v bolnišničnih (obravnave v stacionarju) kot tudi v zunajbolnišničnih (ambulantnih) obravnavah.

Pogoji:

Za Glavno diagnozo, kadar je pacient sprejet na obravnavo na rehabilitaciji (Vzrok obravnave=7), je po navodilih Standardov kodiranja MKB-10-AM, natančneje po standardu ACS 2104 »Rehabilitacija«, ustrezna koda Z, natančneje Z50.- Oskrba, ki vsebuje uporabo rehabilitacijskih postopkov.

Stanje, ki je povzročilo pacientov sprejem v rehabilitacijsko ustanovo, se obvezno navede kot prva dodatna diagnoza. Zapisati je mogoče več kod, če izpolnjujejo kriterije za dodatne diagnoze, kot je določeno v ACS 0002 Dodatna diagnoza.

DEFINICIJE KONCEPTOV

Rehabilitacija

Rehabilitacija je skupek zdravstvenih storitev, ki se nanašajo na oskrbo pacienta z zmanjšano zmožnostjo zaradi bolezni, poškodbe ali prirojene napake s ciljem doseči in vzdrževati optimalno funkcionalnost v njenem okolju (npr. čim bolj samostojno jesti in piti), vključno z maksimalno neodvisnostjo, fizično, psihično, socialno kot poklicno. Zgodnja rehabilitacija privede do boljših izidov zdravljenja z manj komplikacijami, skrajša ležalno dobo, izboljša zmanjšano zmožnost, izboljša kakovost življenja. Lahko obsega intervencije os osnovnih do bolj specializiranih, vključenih je lahko tudi več vrst terapevtov. Izvaja se v ustreznih rehabilitacijskih ustanovah.

Rehabilitacijske ustanove v Sloveniji so vsa zdravilišča, usposobljena za opravljanje rehabilitacijskih postopkov, in Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije (URI - Soča).

Pacient

Pacient je bolnik ali drug uporabnik zdravstvenih storitev v odnosu do zdravstvenih delavcev oziroma izvajalcev zdravstvene dejavnosti ne glede na svoje zdravstveno stanje.

Bolnišnica

Bolnišnica je stacionarna ustanova, ki nudi 24-urno zdravstveno oskrbo, diagnostiko, zdravljenje in rehabilitacijo bolnih in poškodovanih, običajno za bolezenska in kirurška stanja. V njej so zaposleni profesionalni zdravstveni delavci med njimi najmanj en zdravnik, ki mora biti prisoten 24 ur na dan. Bolnišnica lahko izvaja storitve tudi ambulantno.

Delitev po metodologiji OECD:

- a) splošne bolnišnice (npr. splošne, univerzitetne, vojaške...),
- b) bolnišnice za mentalno zdravje in bolezni odvisnosti (psihiatrične bolnišnice, za mentalno zdravje, za bolezni odvisnosti),
- c) druge specialne bolnišnice:
 - specializirane, npr. ortopedske bolnišnice...,
 - centri za NMP – urgenco,
 - specializirani sanatoriji – medicinski poakutni, rehabilitacijski, preventivni, za

infekcijske bolezni, za tradicionalno vzhodno medicino).

Bolnišnična obravnava

je skupen izraz za vse obravnave v bolnišnični zdravstveni dejavnosti od sprejema do odpusta in pomeni skupek aktivnosti (opazovanje, diagnostika, zdravljenje in rehabilitacija), ki se nanašajo na zdravstveno oskrbo v stacionarni ustanovi (v nadaljnjem besedilu: bolnišnica). Sem sodijo različne vrste bolnišničnih obravnav.

Bolniške postelje

Bolniška postelja je redno vzdrževana in oskrbovana postelja za namestitev in 24-urno oskrbo in nego hospitaliziranih oseb in je nameščena na bolniškem oddelku ali v drugem prostoru bolnišnice, kjer je hospitaliziranim zagotovljena nepretrgana medicinska oskrba.

Med bolniške postelje ne štejemo postelje za zdrave novorojenčke, dnevne postelje, zasilne in začasne postelje. Prav tako ne štejemo postelj za posebne namene, npr. za dializo, posebne postelje v porodništvu, in postelje, ki spadajo k posebnim medicinskim aparataram.

Skladno z metodologijo OECD postelje delimo na:

- a) postelje za akutno bolnišnično obravnavo,
- b) postelje za psihiatrično bolnišnično obravnavo,
- c) postelje za dolgotrajno bolnišnično obravnavo.

Bolnišnična obravnava istega tipa

Bolnišnična obravnava istega tipa je obdobje obravnave sprejetega pacienta med formalnim ali evidenčnim sprejemom in formalnim ali evidenčnim odpustom, za katerega je značilen le en tip bolnišnične obravnave.

1. Zaradi medicinske indikacije je lahko bolnik v isti hospitalizaciji obravnavan v okviru akutne in neakutne obravnave. Epizode akutne obravnave in neakutne obravnave se v medicinsko upravičenih primerih lahko med seboj tudi izmenjavajo.
2. Ob zaključku celotne bolnišnične obravnave se vse epizode istega tipa poročajo **kot en zapis**, in sicer se kot en zapis poročajo npr. vse epizode tipa akutna obravnava po modelu SPP, vse epizode tipa psihiatrična obravnava, vse epizode tipa obravnava zdravih novorojenčkov itd. Dnevi epizod neakutne bolnišnične obravnave v okviru obravnave istega tipa se v posameznem zapisu beležijo s številom dni neakutne obravnave.
3. V primeru kombinacije različnih tipov bolnišnične obravnave se storitve posamezne obravnave poročajo skladno z 2. odstavkom, in sicer šele ob zaključku hospitalizacije.

Vrste obravnave na rehabilitaciji

V Podatkovni zbirki o bolnišničnih in ambulantnih obravnavah na rehabilitaciji se spremljajo vsi pacienti, ki pridejo v zdravilišče ali Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije (URI - Soča) z napotnico ali brez nje in jih v sprejemni ambulanti zdravilišča ali URI - Soče pregleda zdravnik ter sprejme:

1. **Na ambulantno zdravljenje** ali
2. **Na zdravljenje v stacionar** (na bolnišnični oddelek zdravilišča ali URI - Soče).

Med **obravnave v stacionarju** (bolnišnične obravnave) štejemo paciente, ki so bili sprejeti na zdravljenje v stacionar, to je na bolnišnični oddelek zdravilišča ali URI - Soče in so zasedli bolniške postelje zdravilišča.

Med **ambulantne (zunajbolnišnične) obravnave** štejemo vse tiste paciente, ki so bili sprejeti na ambulantno zdravljenje v zdravilišču ali URI - Sočo, ne glede na to ali na terapijo v zdravilišče ali na URI - Sočo prihajajo od doma ali pa stanujejo v hotelskem delu zdravilišča in zasedajo hotelske postelje. Kot ena ambulantna obravnava se šteje tudi, kadar mora pacient priti večkrat na terapijo v okviru ene ambulantne obravnave.

Vrsta bolnišnične obravnave razvršča obravnave glede na način izvajanja zdravstvene oskrbe pacienta v bolnišnici oziroma zdravilišču (hospitalizacije, dnevne obravnave, dolgotrajne dnevne

obravnave in drugo). Ambulantno zdravljenje zajema obravnave pacientov v ambulantnih oddelkih.

Vrsta bolnišnične obravnave:

Hospitalizacija (obrnava z nočitvijo)

Hospitalizacija je neprekinjena, več kot 24 ur (ali vsaj preko noči) trajajoča obravnava pacienta v posteljni enoti bolnišnice. Začne se s sprejemom, nadaljuje z eno ali več epizodami zdravljenja in zaključi z odpustom. Izjemoma je hospitalizacija krajša kot 24 ur, če je bil pacient že prvi dan hospitalizacije premeščen v drugo bolnišnico ali če je v tem času umrl.

Pojasnilo: Hospitalizacija je pojem zdravstvene statistike, ki je namenjena primerjavam med bolnišnicami na nacionalni ravni. Definirana je z dvema ključnima dogodkoma, ki opisujeta stik med pacientom in bolnišnico kot pravno osebo, t.j. s sprejemom na zdravljenje v bolnišnici in z odpustom iz bolnišnice.

Dnevna obravnava

Dnevna obravnava je način obravnave pacienta, po katerem ob diagnostičnih, terapevtskih, negovalnih in rehabilitacijskih zdravstvenih storitvah, ki se opravljajo na sekundarni ravni, ni potrebno bivanje v bolnišnici in traja več kot štiri ure in ne preko noči oziroma tako kot je urejeno v zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost.

Ne glede na prejšnji odstavek se diagnostika motenj spanja šteje kot dnevna obravnava, čeprav je pacient v bolnišnici preko noči.

Pojasnili:

1. Pacient pride na dnevno obravnavo, če potrebuje zdravstveno oskrbo za omejeno število ur čez dan. Nato se vrne na svoj dom in v stacionarni ustanovi ne prenoči. Ti pacienti lahko zasedejo posebne postelje (postelje, kjer si opomorejo; postelje za posebne namene; postelje, ki so pridružene posebnim medicinskim aparaturnam) ali redne bolniške postelje (v tem primeru to ni hospitalizacija in ta ležalna doba ni vključena v število bolniških oskrbnih dni).

2. Obravnava pacienta, ki je sprejet kot dnevni pacient, a ostane v bolnišnici tudi čez noč, se šteje kot hospitalizacija. V primeru, da se dnevna obravnava nadaljuje s hospitalizacijo isti ali naslednji dan, je potrebno bolnišnično obravnavo prikazati kot hospitalizacijo že od prvega dneva, tudi če pacient ta dan ni ostal preko noči (v skladu z EUROSTAT, OECD).

Dolgotrajna dnevna obravnava

Dolgotrajna dnevna obravnava je obravnava pacienta, ki s prekinitvami traja daljši čas, vendar vsakokrat neprekinjeno manj kot 24 ur in ne preko noči.

Pojasnili:

1. Pacienti lahko prihajajo na dnevno obravnavo v bolnišnico več dni zapored, lahko pa tudi s presledki enkrat ali večkrat tedensko, prespijo pa doma. Največ tovrstnih primerov se pojavlja v psihiatriji. Dolgotrajna dnevna obravnava se spremlja v obliki enega zapisa. Pri tem se skupno število vseh dnevnih obravnav, ki sestavljajo dolgotrajno dnevno obravnavo, vpiše v polje "število dni dolgotrajne dnevne obravnave za dolgotrajno dnevno obravnavo".

Datum začetka dolgotrajne dnevne obravnave je enak datumu prve dnevne obravnave, ki se uvršča v dolgotrajno dnevno obravnavo. Ravno tako je datum zaključka dolgotrajne dnevne obravnave enak datumu zadnje dnevne obravnave, ki se uvršča v dolgotrajno dnevno obravnavo.

Ambulantno zdravljenje:

Med **ambulantne obravnave** štejemo vse tiste paciente, ki so bili sprejeti na ambulantno zdravljenje v zdravilišču ali URI - Soča, ne glede na to ali na terapijo v zdravilišču ali na URI - Sočo prihajajo od doma ali pa stanujejo v hotelskem delu zdravilišča in zasedajo hotelske postelje. Kot ena ambulantna obravnava se šteje tudi, kadar mora pacient priti večkrat na terapijo v okviru ene ambulantne obravnave.

Drugo

Kot drugo zabeležimo bolnišnične obravnave, ki ne sodijo med hospitalizacije, dnevne obravnave ali dolgotrajne dnevne obravnave. Pri tem moramo paziti, da ne beležimo morda pomotoma kategorije glede na **vzrok** obravnave (npr. novorojenčki, spremstvo...) ali **tip** obravnave (npr. obravnava zdravih novorojenčkov, zdravstvena nega, zdravstvena nega z rehabilitacijo oz. podaljšano bolnišnično zdravljenje, drugo – kot npr. spremstvo oseb na bolnišnični obravnavi in doječe matere, obravnava klinično mrtvih darovalcev organov...).

Pojasnilo: Vrsta obravnave »drugo« naj bi bila zabeležena le izjemoma. Zaenkrat se v bolnišnični statistiki še ne poročajo ambulantne obravnave in obravnave na domu.

Sprejem

Sprejem je postopek, s katerim izvajalec začne bolnišnično / zunajbolnišnično obravnavo pacienta. Sprejem sledi klinični odločitvi, ki temelji na merilih, da pacient potrebuje bolnišnično / zunajbolnišnično obravnavo. Sprejem je lahko formalen ali evidenčen.

Formalen sprejem

Formalen sprejem je administrativni postopek, s katerim se zabeleži začetek bolnišnične obravnave in nastanitev pacienta (definicija nastanitve je vezana na vire na primer hrana) v eni bolnišnici.

Evidenčen sprejem

Evidenčen sprejem je administrativni postopek ob prehodu na nov tip bolnišnične obravnave pacienta ali epizode. Na ta način bolnišnica zabeleži začetek novega tipa bolnišnične obravnave drugega tipa ali začetek nove epizode po evidenčnem odpustu.

Ponovni sprejem

je ponovni sprejem pacienta v isti bolnišnici zaradi iste bolezni (poškodbe, zastrupitve) ali zaradi posledic te bolezni ali stanja.

Pojasnilo: S ponovnim sprejemom mislimo na sprejem v bolnišnico in začetek nove obravnave zaradi iste bolezni ali stanja potem, ko je bil pacient že odpuščen.

Posebej beležimo ponovni sprejem v enem letu po zaključeni prvi hospitalizaciji (pri tem ločimo še obdobje do 28. dneva (tj. v 27,99 dneh) in od 28. dneva do 1 leta) in ponovni sprejem več kot eno leto po zaključeni prvi hospitalizaciji.

Odpust

Odpust je postopek, s katerim se zaključi bolnišnična / zunajbolnišnična obravnava sprejetega pacienta. Zaključek je lahko formalen ali evidenčni.

Ob odpustu izvajalec izdelava odpustno pismo.

Formalen odpust je administrativni postopek, s katerim bolnišnica zabeleži zaključek bolnišnične obravnave v eni bolnišnici z odpustom pacienta iz bolnišnice ali ob smrti pacienta.

Formalen odpust vključuje:

- vrnitev pacienta domov;
- napotitev v drugo bolnišnico;
- napotitev v dom za ostarele ali socialni zavod;
- smrt pacienta.

Formalen odpust izključuje:

- premestitev z enega oddelka na drugega v isti bolnišnici;
- izhode ob koncu tedna, t.j. kadar pacient začasno zapusti bolnišnico in je bolniška postelja zanj še vedno rezervirana.

Evidenčen odpust

je administrativni postopek pred prehodom na nov tip bolnišnične obravnave ali epizode. Na ta način bolnišnica zabeleži zaključek predhodnega tipa bolnišnične obravnave ali zaključek epizode pred evidenčnim sprejemom.

Trajanje hospitalizacije

Trajanje hospitalizacije je seštevek trajanja zaporednih epizod pri isti osebi v eni bolnišnici (v dnevih).

Če se je oseba zdravila v posteljni enoti samo ene vrste zdravstvene dejavnosti, je trajanje epizode enako trajanju hospitalizacije.

Trajanje bolnišnične epizode

Od datuma odpusta osebe iz posteljne enote ene vrste zdravstvene dejavnosti odštejemo datum sprejema v to posteljno enoto.

Če hospitalizirana oseba umre ali je premeščena prej kot v 24 urah, je trajanje epizode en dan, čeprav sta datuma sprejema in odpusta enaka.

Trajanje bolnišnične obravnave istega tipa

je obdobje obravnave sprejete osebe med formalnim ali evidenčnim sprejemom in formalnim ali evidenčnim odpustom, za katerega je značilen le en tip bolnišnične obravnave.

Bolnišnična epizoda (zapis bolnišnične epizode)

Epizoda je zdravstvena oskrba pacienta v eni vrsti zdravstvene dejavnosti izvajalca na eni lokaciji. Epizoda se prične s trenutkom, ko je pacient sprejet na oddelk vrste zdravstvene dejavnosti izvajalca in se konča z odpustom iz bolnišnice, premestitvijo na oddelk druge vrste zdravstvene dejavnosti ali s smrtjo pacienta.

Izjemoma sta lahko v eni vrsti zdravstvene dejavnosti dve bolnišnični epizodi, ko pride med hospitalizacijo zaradi patološke nosečnosti do poroda in v primeru, če se spremeni tip bolnišnične obravnave.

Zaključek epizode v bolnišnici opredeljujejo štirje pogoji:

- a/ sprememba tipa ali vzroka bolnišnične obravnave;
- b/ sprememba vrste zdravstvene dejavnosti ali lokacije;
- c/ pričetek poroda, ki je vedno nova epizoda;
- d/ odpust.

Za zaključek epizode zadošča že eden od pogojev.

Glavna diagnoza obravnave zaradi rehabilitacije¹

Glavna diagnoza obravnave zaradi rehabilitacije je ustrezna koda Z (Z50.- *Oskrba, ki vsebuje uporabo rehabilitacijskih postopkov*); kadar se izvaja več rehabilitacijskih postopkov, je treba zapisati Z50.9 *Oskrba, ki vsebuje uporabo rehabilitacijskega postopka, neopredeljena*.

Šifro diagnoze mora izbrati zdravnik. Vpiše se štirimestna šifra diagnoze po MKB-10-AM (verzija 6) – kategorije Z50.-.

¹ Stanje, ki je povzročilo pacientov sprejem v rehabilitacijsko ustanovo, in ki je bilo v večini primerov dosedanja glavna diagnoza, je po novem obvezno navedeno kot prva dodatna diagnoza

Dodatne diagnoze bolnišnične obravnave zaradi rehabilitacije

Poleg glavne diagnoze bolnišnične obravnave zaradi rehabilitacije obvezno navedemo kot prvo dodatno diagnozo stanje, ki je povzročilo pacientov sprejem v rehabilitacijsko ustanovo, lahko pa navedemo še diagnoze drugih stanj ali težav, ki obstajajo istočasno ali se pojavijo v času obravnave in vplivajo na obravnavo bolnika. **Stanj, ki so povezana s kakšno predhodno bolnišnično obravnavo in ne vplivajo na sedanjo obravnavo, ne zapišemo.**

Druga stanja opredelimo kot bolezni ali stanja, ki so vplivala na potek bolnišnične obravnave osebe in je zaradi tega oseba potrebovala:

- dodatno zdravljenje;
- dodatne preiskave;
- zahtevnejšo nego ali spremljanje (monitoring);

Šifro diagnoze mora izbrati zdravnik. Možne so vse šifre po MKB-10-AM verzija 6, razen šifre glavne diagnoze.

Med dodatne diagnoze sodijo: spremljajoče diagnoze, diagnoze zapletov.

Zapisati je mogoče več kod, če izpolnjujejo kriterije za dodatne diagnoze, kot je določeno v ACS 0002 Dodatna diagnoza .

Tako se praviloma lahko navede:

1. glavna diagnoza, Z50.- Oskrba, ki vsebuje uporabo rehabilitacijskih postopkov,
2. zdravstveno stanje, ki zahteva rehabilitacijo,
3. dodatne diagnoze glede na ACS 0002 Dodatna diagnoza.

Glavni terapevtski ali diagnostični postopek je izbran med izvedenimi postopki med potekom obravnave kot tisti, ki se upošteva navodilo o vrstnem redu postopkov izkaže kot prvi:

- Postopek, opravljen za zdravljenje glavne bolezni ali stanja,
- Postopek, opravljen zaradi zdravljenja dodatnih bolezni ali stanj.
- diagnostični postopek, povezan z glavno boleznijo ali stanjem,
- diagnostični postopek, povezan z dodatno boleznijo ali stanjem.

Vrstni red se določi po pomembnosti terapevtskega ali diagnostičnega postopka. Kirurške postopke beležimo in kodiramo pred nekirurškimi.

Intenzivna terapija je stalna, neprekinjena diagnostična in terapevtska oskrba življenjsko ogrožene osebe, ki se izvaja v intenzivnih enotah ob neprekinjeni prisotnosti zdravnika.

Intenzivna terapija obsega:

- diagnostiko, monitoriranje in zdravljenje urgentnih stanj, ki zahtevajo KPR
- neprekinjeno diagnostiko, monitoriranje in zdravljenje odpovedi enega ali več organskih sistemov.

Vključuje tudi nadzor oseb, ki bi lahko bile zaradi predhodnih posegov ali vpliva različnih substanc življenjsko ogrožene, pa čeprav mogoče v danem trenutku ne potrebujejo zahtevne podpore posameznih organskih sistemov.

Intenzivna terapija ne vključuje zdravljenja v enotah za intenzivno nego, ki so praviloma organizirane v okviru posamezne specialnosti, ločeno od intenzivnih enot in kjer zdravljenje ne zahteva neprekinjene prisotnosti zdravnika.

Zdravstvena oskrba

Zdravstvena oskrba so medicinski in drugi posegi za preprečevanje bolezni in krepitev zdravja, diagnostiko, terapijo, rehabilitacijo in zdravstveno nego ter druge storitve oziroma postopki, ki jih izvajalci zdravstvenih storitev opravijo pri obravnavi pacienta (ZPacP, Ul. 15/2008).

Zdravniško (medicinsko) oskrbo izvajajo zdravniki in vključuje: anamnezo, fizikalni pregled, diagnostiko, diferencialno diagnostiko, medicinsko pomoč, svetovanje, informacije in navodila, medikamentno zdravljenje, intervencije, napotitve, odpuste ter spremljanje oseb.

Sestrsko oskrbo izvajajo medicinske sestre kot načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege ter kot sodelovanje pri izvajanju načrtov diagnostike in zdravljenja, ki jih je predpisal zdravnik.

DEFINICIJE IN OPIS PODATKOV

1. VRSTA DOKUMENTACIJE / VZROK OBRAVNAVE

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: šifrant Vzrok obravnave:

- 1 – Bolezen
- 2 – Poškodba
- 3 – Zastrupitev
- 4 – Porod
- 5 – Fetalna smrt
- 6 – Sterilizacija
- 7 – Rehabilitacija**
- 8 – Novorojenček
- 9 – Spremstvo
- 10 – Darovanje organov

Format: NUM (2)

Definicija: Vrsto dokumentacije oz. vzrok obravnave opredeljuje vrsta obravnave, to je rehabilitacija (=7).

Navodilo za uporabo: Vpiše se vrednost po šifrantu, pri čemer je v primeru bolnišnične oziroma zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave na rehabilitaciji za vzrok obravnave možna le oznaka 7 (Rehabilitacija).

Kontrola: DA

Obvezno: DA

2. LETO ZAJEMA

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: štirimestno celo število

Format: NUM (4)

Definicija: Leto zajema je leto, za katero se prijavlja bolnišnična oziroma zunajbolnišnična (ambulantna) obravnava na rehabilitaciji.

Navodilo za uporabo: Vpiše se leto (LLLL), ko se je obravnava na rehabilitaciji končala.

Primer: Če se obravnava zaključi v letu 2014, je leto zajema 2014.

Če se bolnišnična obravnava začne 20.12.2013 in zaključi 3.1.2014, je leto zajema 2014.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

3. OBDOBJE ZAJEMA

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti:

1 – Januar

2 – Februar

3 – Marec

...

12 – December

Format: NUM (2)

Definicija: Obdobje zajema je obdobje za katero se prijavlja obravnava na rehabilitaciji.

Navodilo za uporabo: Obdobje se določi glede na to, v katerem mesecu je prišlo do zaključka poročane obravnave.

Primer: Če se obravnava zaključi 30. marca, se za obdobje zajema označi 3 – marec.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

4. OZNAKA IZVAJALCA

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: BPI – številka izvajalca

Format: NUM (5)

Definicija: Oznaka izvajalca je številka izvajalca iz BPI, kjer se je izvajala bolnišnična oziroma zunajbolnišnična (ambulantna) obravnava.

Navodilo za uporabo: Vpiše se številka izvajalca, kjer se je izvajala obravnava, po šifrantu baze podatkov Izvajalci zdravstvenega varstva, vzpostavljene pri IVZ oz. NIJZ.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

5. MATIČNA ŠTEVILKA SPREJEMA

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: veljavna matična številka sprejema

Format: CHAR (10)

Definicija: Matična številka sprejema je oznaka, pod katero je pacient vpisan v Matično knjigo bolnišnice oziroma zdravilišča oziroma ambulante.

Navodilo za uporabo: V polje se vpiše številka, ki jo dobi pacient ob sprejemu v bolnišnico (in ne na oddelek) ali zdravilišče ali ambulanto in pod katero je vpisan v Matično knjigo bolnišnice / zdravilišča / ambulante.

Kadar je številka krajša od 10 mest, je poravnana desno z vodilnimi ničlami.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

6. ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA (EMŠO)

Zaloga vrednosti: veljavni EMŠO

Format: CHAR (13)

Definicija: Enotna matična številka (EMŠO) občana je 13-mestna slovenska matična številka pacienta.

Navodilo za uporabo: V polje se vpiše 13-mestno slovensko matično številko občana.

Pri tujcih, ki imajo slovensko EMŠO, se polje obvezno izpolni. Vsak pacient, ki ima za državo stalnega bivališča Slovenijo mora imeti izpolnjeno polje Podatek se praviloma beleži iz on-line sistema za namen izvajanja zdravstvene storitve in obračuna zdravstvene storitve v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZZS.

Le izjemoma, če pacient nima nobene od dveh identifikacijskih števil (niti Enotne matične številke občana niti Zdravstvene številke npr. tujci ali novorojenčki), se namesto EMŠO vpiše nadomestna identifikacijska številka. Kot nadomestna identifikacijska številka pacienta v bolnišnični obravnavi se vpisuje 13-mestna oznaka v formatu DDMMLLLRSPPII, kjer predstavlja:

- 1 DDMMLLL – dan, mesec in leto rojstva pacienta;
- 2 R – oznaka regije običajnega bivališča (oznake A, B, C, D, ... L, T) iz šifranta Občina - regija
- 3 S – spol (1-M, 2-Ž, 3-nedoločljiv, 9-neznano);
- 4 PP – prvi dve črki priimka;
- 5 II – prvi dve črki imena.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

7. ZDRAVSTVENA ŠTEVILKA (ZZZS številka zavezanca)

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: veljavna ZZZS številka zavezanca

Format: NUM (9)

Definicija: Zdravstvena številka je 9-mestna številka, ki jo je pacientu dodelil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).

Navodilo za uporabo: V polje se vpiše 9-mestno številko, ki jo je pacientu dodelil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Podatek se praviloma beleži iz on-line sistema za namen izvajanja zdravstvene storitve in obračuna zdravstvene storitve v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZZS. Če pacient te številke nima (npr. pacienti brez zdravstvenega zavarovanja, tujci), se polje ne izpolni. Pri obravnavah, ki imajo označen tip plačnika ([podatek 23](#)) 1 ali 3, je polje obvezno.

Novorojenčki ob rojstvu še nimajo določene številke Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), zato se polje izpolni z ničlami.

Kontrola: DA

Obvezno: POGOJNO

8. SPOL

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti:

- 1 – Moški
- 2 – Ženski
- 3 – Nedoločljiv
- 9 – Neznano

Format: NUM (1)

Definicija: Spol je biološki spol pacienta.

Navodilo za uporabo: Vpiše se oznaka spola po šifrantu. Podatek se praviloma beleži iz on-line sistema za namen izvajanja zdravstvene storitve in obračuna zdravstvene storitve v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZS.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

9. DATUM ROJSTVA

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: veljavni datum

Format: DATE (8)

Definicija: Datum rojstva je datum, ko se je pacient rodil.

Navodilo za uporabo: Vpiše se dan, mesec, leto rojstva (DDMMLLLL). Podatek se praviloma beleži iz on-line sistema za namen izvajanja zdravstvene storitve in obračuna zdravstvene storitve v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZS.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

10. OBČINA OBIČAJNEGA PREBIVALIŠČA

Opomba: *Dopolnjen šifrant*

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: Šifrant občina - regije IVZ (vir Šifrant občin Geodetske uprave RS)

Format: NUM (3)

Definicija: Občina običajnega prebivališča je občina, kjer ima pacient običajno prebivališče, ki v primeru Slovenije vključuje stalno ali začasno prebivališče.

Navodilo za uporabo: Vpiše se občina običajnega prebivališča pacienta po zadnjem veljavnem šifrantu občine regije IVZ. Kadar ima pacient prijavljeno začasno prebivališče, se v polje Občina običajnega prebivališča vpiše pacientovo začasno prebivališče; kadar pa ima pacient prijavljeno zgolj stalno prebivališče, se polje Občina običajnega prebivališča vpiše pacientovo stalno prebivališče. Podatek se praviloma beleži iz on-line sistema za namen izvajanja zdravstvene storitve in obračuna zdravstvene storitve v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZS. Pri tujcih, ki imajo običajno prebivališče v Sloveniji se polje izpolni v skladu z

navodili. Pri pacientih, ki nimajo prijavljenega običajnega bivališča v Sloveniji (tujci in slovenski državljani, ki živijo v tujini), se polje izpolni z 000.

Opomba: Ta oznaka občine ni tista, ki sestavlja registrsko številko zavezanca za prispevek.

Kontrola: DA

Obvezno: POGOJNO

11. ZAKONSKI STAN

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti:

- 1 – Samski/a
- 2 – Poročen/a
- 3 – Razvezan/a
- 4 – Vdovec/Vdova
- 5 – Živi v zunajzakonski skupnosti
- 9 – Neznano

Format: NUM (1)

Definicija: Zakonski stan je posledica zakonske zveze, ki je z zakonom urejena življenjska skupnost moža in žene (Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, ZZZDR-UPB1).

Navodilo za uporabo: Upošteva se trenutni zakonski stan pacienta in vpiše enomestno šifro po šifrantu.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

12. STOPNJA IZOBRAZBE

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: Šifrant najvišje dosežene izobrazbe (SURs)

- 1 – Brez šolske izobrazbe
- 2 – Nepopolna osnovnošolska izobrazba
- 3 – Osnovnošolska izobrazba
- 4 – Nižja in srednja poklicna izobrazba
- 5 – Srednja strokovna izobrazba
- 6 – Srednja splošna izobrazba
- 7 – Višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba ipd.
- 8 – Visokošolska strokovna izobrazba ipd.
- 9 – Visokošolska univerzitetna izobrazba ipd.
- 10 – Specializacija
- 11 – Magisterij znanosti
- 12 – Doktorat znanosti
- 88 – Otroci od 0 do 14 let
- 99 – Neznano

Format: NUM (2)

Definicija: Stopnja izobrazbe je s formalnim izobraževanjem pridobljena in/ali priznana stopnja izobrazbe.

Navodilo za uporabo: Vpiše se oznaka najvišje stopnje izobrazbe, ki jo je pacient pridobil. Polje se izpolnjuje za vse sprejete paciente, ne glede na starost. Vpiše se stopnja izobrazbe po šifrantu najvišje dosežene izobrazbe Statističnega urada RS, ki izhaja iz Standardiziranega vprašanja o doseženi izobrazbi. Pri vseh otrocih starih od 0 do vključno 14,99 let se stopnja izobrazbe izpolni z 88 (otroci od 0 do 14 let).

V kategorijo 8 (*Visokošolska strokovna izobrazba ipd.*) sodijo naslednje s formalnim izobraževanjem pridobljene in/ali priznane stopnje izobrazbe:

- Specializacija po višješolski izobrazbi (prejšnja)
- Visokošolska strokovna (prejšnja)
- Visokošolska strokovna (1. bolonjska stopnja)
- Visokošolska univerzitetna (1. bolonjska stopnja).

V kategorijo 9 (*Visokošolska univerzitetna izobrazba ipd.*) sodijo naslednje s formalnim izobraževanjem pridobljene in/ali priznane stopnje izobrazbe:

- Specializacija po visokošolski strokovni izobrazbi (prejšnja)
- Visokošolska univerzitetna (prejšnja)
- Magistrska (2. bolonjska stopnja).

V kategorijo 10 (*Specializacija*) sodi specializacija po univerzitetni izobrazbi (prejšnja) pridobljena s formalnim izobraževanjem pred uvedbo bolonjskega študija.

V kategorijo 11 (*Magisterij znanosti*) sodi magisterij znanosti pridobljen s formalnim izobraževanjem pred uvedbo bolonjskega študija.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

13. DELO, KI GA OPRAVLJA

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: Šifrant Delo, ki ga opravlja, izdelan s povezavo na SKP-08 – Standardna klasifikacija poklicev

(uporabljamo 2. raven navedenega šifranta) z dodatnimi kodami:

- 04 – Otroci
- 05 – Dijaki
- 06 – Študentje
- 07 – Osebe, ki opravljajo gospodinjska dela
- 08 – Iskalci prve zaposlitve
- 09 – Drugo
- 10 – Neznano

Format: CHAR (2)

Definicija: Poklic je statistično analitična kategorija, v katero se razvrščajo dela, ki so podobna po vsebini in zahtevnosti. Polje poda oznako dela, ki ga opravlja (ali ga je opravljal) pacient in bi ga lahko opredelili kot značilno za tega pacienta.

Navodilo za uporabo:

Vpiše se dvomestna oznaka dela, ki ga pacient opravlja na delovnem mestu, oziroma oznaka tistega dela, ki ga je pacient opravljal najdlje v svojem življenju, če gre za upokojenca. Ustrezna šifra iz šifranta se vpiše tudi za otroke do 14,99. let, dijake, študente, za iskalce prve zaposlitve in za osebe, ki izvajajo gospodinjska dela. V

šifrantu je dodano: 09 - drugo in 10 - neznano. Pri vseh novorojenčkih se Delo, ki ga opravlja izpolni z 04 (otroci do 14,99 let).

Vpiše se šifra iz šifranta Standardna klasifikacija poklicev – 08, ki je dostopen na spletnem naslovu: <http://www.stat.si/klasje/tabela.aspx?cvn=5334>. Podatek se praviloma beleži iz on-line sistema za namen izvajanja zdravstvene storitve in obračuna zdravstvene storitve v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZS.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

14. DEJAVNOST ZAPOSLOTITVE

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: Šifrant SKD (Standardna klasifikacija dejavnosti) z dodatnimi kodami:

00.000 – Upokojenci in brezposelni

99.999 - Neznano

Format: CHAR (6)

Definicija: Dejavnost zaposlitve je gospodarska dejavnost, preko katere se za pacienta odvajajo prispevki v sistem zdravstvenega varstva (ZV).

Navodilo za uporabo: Vpiše se šifra gospodarske dejavnosti, preko katere se za pacienta odvajajo prispevki v sistem ZV. Podatek (tudi za družinske člane in upokojece) se izpiše iz kartice zdravstvenega zavarovanja (šestmestna šifra).

Šifrant je dopolnjen z 00.000 - upokojenci in brezposelni. Za paciente, pri katerih plačnik ni ZZS, se za dejavnost zaposlitve vpiše 99.999 - neznano.

Vpiše se šifra iz šifranta Standardna klasifikacija dejavnosti, iz šifranta Standardna klasifikacija dejavnosti, ki je dostopen na spletnem naslovu: <http://www.stat.si/klasje/tabela.aspx?cvn=5531>. Podatek se praviloma beleži iz on-line sistema za namen izvajanja zdravstvene storitve in obračuna zdravstvene storitve v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZS.

Pri novorojenčkih se vpiše 00.000 (šestmestna koda) – plačnik je ZZS. Če gre za novorojenčka matere, pri kateri plačnik zdravstvenih storitev ni ZZS, pa se izpolni z 99.999 – neznano.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

15. DATUM PRIHODA V ZDRAVILIŠČE

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: veljavni datum

Format: DATE (8)

Definicija: Datum prihoda je datum, ko je pacient sprejet na obravnavo na rehabilitaciji.

Navodilo za uporabo: Vpiše se datum sprejema pacienta na obravnavo na rehabilitaciji. (DDMMLLLL). Za bolnišnice, ki so organizirane v klinike se vpiše datum, ko je bil pacient sprejet v bolnišnico, ki velja za vse epizode v okviru iste bolnišnične

obravnave od sprejema v bolnišnico do odpusta iz nje, ne glede na menjavo klinik med tem.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

16. GLAVNA DIAGNOZA

Opomba: Sprememba definicije

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: MKB-10-AM (verzija 6)

Format: CHAR (5)

Definicija: Glavna diagnoza obravnave zaradi rehabilitacije je ustrezna koda Z50.- Oskrba, ki vsebuje uporabo rehabilitacijskih postopkov.

Navodilo za uporabo: Vpiše se ustrezna šifra diagnoze po MKB-10-AM (verzija 6).

Glavna diagnoza obravnave zaradi rehabilitacije je ustrezna koda Z (Z50.- Oskrba, ki vsebuje uporabo rehabilitacijskih postopkov); kadar se izvaja več rehabilitacijskih postopkov, je treba zapisati Z50.9 Oskrba, ki vsebuje uporabo rehabilitacijskega postopka, neopredeljena.

Če šifra glavne diagnoze v šifrantu MKB-10-AM (verzija 6) ni podrobneje opredeljena in je trimestna/štirimestna, ostane četrto/peto mesto prazno.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

17. DODATNA DIAGNOZA (DO 19 DIAGNOZ)

Opomba: Sprememba definicije

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: MKB-10-AM (verzija 6)

Format: CHAR (5)

Definicija: Dodatna diagnoza je bolezen ali stanje, ki je že obstajalo ob začetku obravnave ali pa je nastalo med obravnavo na rehabilitaciji.

Prva dodatna diagnoza je stanje, ki je povzročilo bolnikov sprejem v rehabilitacijsko ustanovo (in ki je bilo v večini primerov dosedanja glavna diagnoza).

Lahko pa navedemo še diagnoze drugih stanj ali težav, obravnavanih v določeni bolnišnični obravnavi / bolnišnični obravnavi istega tipa / epizodi. Druga stanja opredeljujemo kot stanja, ki obstajajo istočasno z glavnim stanjem ali se pojavijo v času bolnišnične obravnave in vplivajo na obravnavo bolnika.

Dodatna diagnoza je diagnoza,

- ki je pomembno vplivala na zdravljenje pacienta in/ali
- zaradi katere se je zapletlo zdravljenje pacienta.

Navodilo za uporabo:

Prvo dodatno diagnozo moramo zabeležiti in kodirati vedno, ostale dodatne pa le v primeru, če so na katerikoli način vplivale na obravnavo na rehabilitaciji. Zapisati je mogoče več kod, če izpolnjujejo kriterije za dodatne diagnoze, kot je določeno v ACS 0002 Dodatna diagnoza.

Dodatne diagnoze opredelimo kot vsa stanja, ki vplivajo na obravnavo pacienta tako, da zaradi njih le-ta potrebuje bodisi:

- zdravljenje,
- dodatne preiskave,
- zahtevnejšo nego ali spremljanje (monitoring).

Zgornji dejavniki običajno povzročijo tudi podaljšanje ležalne dobe.

Razvrščanje dodatnih diagnoz:

Vrstni red dodatnih diagnoz se določi po pomembnosti diagnoz (podatek se lahko vpiše le za prvih 19 diagnoz).

Vpiše se šifra po MKB-10-AM (verzija 6). Možne so vse šifre po MKB-10-AM (verzija 6), razen šifre glavne diagnoze.

V primeru zapletov pri diagnostiki in zdravljenju je potrebno vpisati ustrezno šifro po MKB-10-AM (verzija 6). V primeru, da je prišlo do infekcije rane po posegu, je potrebno obvezno vpisati kodo T81.41 ali T81.42.

V primeru ko je stanje, ki je povzročilo bolnikov sprejem v rehabilitacijsko ustanovo, poškodba / zastrupitev je obvezno vpisati kodo zunanjega vzroka, ki je opredeljena s štiri/pet-mestnimi šiframi iz MKB-10-AM (verzija 6). Kadar je stanje, ki je povzročilo bolnikov sprejem v rehabilitacijsko ustanovo S00.00-T35.7, T66-T95.9, T98.0-T98.3 ali posamezne vsebinsko smiselne diagnoze Z40.00-Z54.9, je zunanji vzrok V00.00 – Y91.9 in Y95-Y98, vendar se šifre X40 - X49, X60 - X69, X85.00 - X90.09, Y10 - Y19 in Y90.0 - Y91.9 uporabljajo le izjemoma. Kadar je glavna diagnoza T90.0-T98.3, se običajno izpolni zunanji vzrok poškodbe z eno izmed šifer Y85.0-Y89.9.

Kadar je glavna diag. T36.0-T65.9, T96, T97 ali posamezne vsebinsko smiselne diagnoze Z40.00-Z54.9, so zunanji vzroki X40-X49, X60-X69, X85.00-X90.09, Y10-Y19, ostale šifre v okviru V00.00-Y91.9 in Y95-Y98 pa se uporabljajo le izjemoma.

Za kodiranje zunanjega vzroka NE uporabljamo šifer iz MKB-10-AM (verzija 6) U50-U73 (aktivnost v času dogodka) in Y92 (kraj dogodka)!

Kontrola: DA

Obvezno: DA

18. DATUM ZAKLJUČKA REHABILITACIJE

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: veljavni datum

Format: DATE (8)

Definicija: Datum zaključka rehabilitacije je datum, ko se je zaključila rehabilitacija oziroma se je izvedel odpust pacienta.

Navodilo za uporabo: Vpiše se datum zaključka epizode v obliki DDMMLLLL.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

19. NAPOTITEV/ STANJE OB ZAKLJUČKU OBRAVNAVE

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: šifrant Napotitev/ stanje ob zaključku

Vpiše se ena od naslednjih šifer:

- 1 – Odpuščen domov
- 21 – Napoten v drugo bolnišnico v Sloveniji
- 22 – Napoten v drugo bolnišnico v tujini
- 41 – Napoten na rehabilitacijo v drugo bolnišnico ali drug zdravstveni zavod v Sloveniji
- 42 – Napoten na rehabilitacijo v drugo bolnišnico ali drug zdravstveni zavod v tujini
- 5 – Odpuščen v dom za ostarele ali socialni zavod
- 6 – Odpuščen na lastno odgovornost
- 82 – Smrt in pacient obduciran
- 83 – Smrt in pacient ni obduciran
- 9 – Drugo

Format: NUM (2)

Definicija: Mesto, kamor je ob zaključku obravnave na rehabilitaciji napoten pacient, ali smrt pacienta.

Navodilo za uporabo: Vpiše se vrednost iz šifranta skladno z zaključkom obravnave na rehabilitaciji. V vrednost drugo se uvrščajo npr. v zapor ipd.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

20. NEPOSREDNI VZROK SMRTI

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: MKB-10-AM (verzija 6)

Format: CHAR (5)

Definicija: Neposredni vzrok smrti je tista bolezen ali bolezensko stanje, ki je neposredno privedlo do smrti. (Ni mišljen način smrti, npr. odpoved srca ali dihalna odpoved, marveč bolezen, poškodba ali zaplet, ki je neposredno povzročil smrt.)

Navodilo za uporabo: Vpiše se petmestna šifra neposrednega vzroka smrti po MKB-10-AM (verzija 6), če je pacient na obravnavi umrl, sicer se polje ne izpolni.

Kontrola: DA

Obvezno: POGOJNO

21. REHABILITACIJA ZAKLJUČENA

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti:

- 1 – Ne
- 2 – Da

Format: NUM (1)

Definicija: Podatek o zaključku rehabilitacije.

Navodilo za uporabo: Vpiše se enomestna šifra o zaključku rehabilitacije.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

22. STANJE OB ODPUSTU

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti:

0 - Usposobljen za delo

1 - Usposobljen za delo z nadaljevanjem zdravljenja

2 - Usposobljen za delo s prekvalifikacijo

3 - Usposobljen za samostojno opravljanje dnevnih aktivnosti

4 – Ostal odvisen od tuje pomoči

Format: NUM (1)

Definicija: Kategorije šifrant označujejo stanje pacienta ob odpustu.

Navodilo za uporabo: Vpiše se enomestna šifra o stanju pacienta ob odpustu.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

23. VRSTA OBRAVNAVE NA REHABILITACIJI

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: šifrant Vrsta obravnave na rehabilitaciji

1 – Hospitalizacija (obrnava z nočitvijo)

2 – Dnevna obravnava

3 – Dolgotrajna dnevna obravnava

5 – Ambulantno zdravljenje

9 – Drugo

Format: CHAR (1)

Definicija: Glej poglavje [Definicije konceptov](#).

Navodilo za uporabo: Skladno s poglavjem [Definicije konceptov](#).

Kontrola: DA

Obvezno: DA

24. TIP PLAČNIKA

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti:

Vpiše se tip plačnika, ki je plačal največji delež stroškov za obravnavo na rehabilitaciji po naslednjem šifrantu:

1 – Obvezno zavarovanje,

2 – Samoplačnik,

3 – Prostovoljno zavarovanje

4 – Konvencija,

5 – Proračun (države, regije, občine)

6 – Neprofitne institucije (nevladne organizacije)

7 – Podjetja, korporacije

9 – Drugo

Format: NUM (1)

Definicija: Tip plačnika za večinski del stroškov za obravnavo na rehabilitaciji je plačnik, ki je plačal največji delež stroškov za obravnavo na rehabilitaciji.

Navodilo za uporabo: Vpiše se tip plačnika, ki je plačal največji delež stroškov za obravnavo tudi v primeru, da je bilo plačnikov več. Vrednost 4 (konvencija) vključuje Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (EHIC – European Health Insurance Card), socialne in druge bilateralne sporazume Republike Slovenije s tretjimi državami o kritju stroškov zdravstvene oskrbe tujih državljanov.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

25. PODLAGA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Poročanje: Bolnišnične in zunajbolnišnične (ambulantne) obravnave

Zaloga vrednosti: Šifrant Podlaga zavarovanja (ZZZS) z dodatnimi kodami:

000000 – Plačnik ni ZZZS

XXX000 – Begunci

nnn077 – Novorojenčki

xxx000 – Novorojenčki begunk

Format: CHAR (6)

Definicija: Podlaga za zdravstveno zavarovanje je oblika medsebojnega razmerja med uporabnikom zdravstvenega varstva in zavezancem za plačilo njegovega zdravljenja i.e. zdravstvene obravnave.

Navodilo za uporabo: Šifra podlage za zdravstveno zavarovanje se prepíše iz kartice zdravstvenega zavarovanja (šestmestna šifra). Vpiše se oblika medsebojnega razmerja med uporabnikom zdravstvenega varstva in zavezancem za plačilo njegovega zdravljenja. Prva tri mesta kode predstavljajo podlago nosilca zavarovanja, druga tri mesta pa podlago zavarovanja družinskega člana. Podatek se praviloma beleži iz on-line sistema za namen izvajanja zdravstvene storitve in obračuna zdravstvene storitve v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZZS.

Za paciente, pri katerih plačnik ni ZZZS, se v polje vpiše 000000, za begunce xxx000. V kolikor polje ostane prazno, privzamemo, da podatek ni znan. Za novorojenčke, ki še nimajo kartice zdravstvenega zavarovanja se vpiše kodo nnn077, kar pomeni družinski član zavarovanca ZZZS. Za novorojenčke mater, pri katerih plačnik ni ZZZS, se v polje vpiše 000000. Za novorojenčke begunk se vpiše kodo xxx000. V kolikor polje ostane prazno, privzamemo, da podatek ni znan.

Kontrola: DA

Obvezno: DA

26. ŠTEVILO DNI DOLGOTRAJNE DNEVNE OBRAVNAVE

Poročanje: Bolnišnične obravnave

Zaloga vrednosti: število

Format: CHAR (3)

Definicija: Število dni dolgotrajne dnevne obravnave za obravnavo na rehabilitaciji je število dnevni obravnav, ki sestavljajo dolgotrajno dnevno obravnavo.

Navodilo za uporabo: V to polje se vpiše število vseh dnevni obravnav, ki sestavljajo dolgotrajno dnevno obravnavo. Polje se izpolni le pri vrsti obravnave na rehabilitaciji - dolgotrajna dnevna obravnavo ([Podatek 23/3](#)).

Kontrola: DA

Obvezno: POGOJNO

PRILOGA 1: SEZNAM ŠIFRANTOV

Šifranti so dostopni na povezavi www.nijz.si.



Nacionalni inštitut
za javno zdravje

PODATKOVNA ZBIRKA O BOLNIŠNIČNIH IN ZUNAJBOLNIŠNIČNIH OBRAVNAVAH NA REHABILITACIJI

Definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov Podatkovna zbirka o bolnišničnih in zunajbolnišničnih obravnavah na rehabilitaciji-, v. 3. ~~24~~

Ljubljana, ~~december-april~~ 2015 ~~4~~