

*Center za sistem zdravstvenega varstva  
Zdravstveno podatkovni center  
Center za zdravstveno informatiko*

**Metodološko gradivo ver. 1.15**

## **ZUNAJBOLNIŠNIČNA\* ZDRAVSTVENA STATISTIKA**

**Posredovanje podatkov o “obiskih in napotitvah”  
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 1.1.2012 dalje**

November 2011

**KAZALO**

<b>Povzetek sprememb, ki začnejo veljati 1.1.2012.....</b>	<b>3</b>
<b>1.Poročanje o boleznih in stanjih ugotovljenih v zunajbolnišnični* zdravstveni dejavnosti .....</b>	<b>10</b>
1.1. Zapis podatkov na medij: ime in format datoteke .....	10
1.2. Mediji za posredovanje podatkov .....	10
1.3. Struktura zapisa .....	11
1.4. Definicije podatkov in šifranti .....	13
1.5. Podatki vezani na diagnozo.....	17
<b>2. Poročanje o obiskih in napotitvah ugotovljenih v zunajbolnišnični* zdravstveni dejavnosti .....</b>	<b>19</b>
2.1. Zapis podatkov na medij: ime in format datoteke .....	19
2.2. Mediji za posredovanje podatkov .....	20
2.3. Struktura zapisa .....	20
2.4. Definicije podatkov in šifranti.....	21
2.5. Podatki vezani na obiske.....	24
<b>3. Preverjanje pravilnosti podatkov o boleznih in stanjih ter o obiskih in napotitvah .....</b>	<b>26</b>
<b>4. Terminski plan pošiljanja podatkov o boleznih in stanjih ter o obiskih in napotitvah .....</b>	<b>26</b>

**Priloga 1: Spremni obrazec**

Spremni obrazec ob pošiljanju podatkov za zunajbolnišnično zdravstveno statistiko

**Priloga 2: Šifrant občin**

Šifrant občin v letu 2012

**Priloga 3: Šifrant vrst zdravstvene dejavnosti**

Šifrant vrst zdravstvene dejavnosti; šifrant prelivanja zdravstvenih služb v vrste zdravstvene dejavnosti; tabela zdravstvena raven/vrsta zdravstvene dejavnosti/vrsta obiska v letu 2012

**Priloga 4: Šifrant vrst obiskov**

Seznam oznak in definicij posameznih vrst obiskov v letu 2012

**POVZETEK SPREMEMB, KI ZAČNEJO VELJATI 1.1.2012**

S 1.1.2012 so za poročanje podatkov o “**obiskih in napotitvah**” ter o “**boleznih in stanjih**” glede na leto 2011 **naslednje dopolnitve**:

**1. Ukinitve šifranta zdravstvenih služb in uvedba šifranta vrst zdravstvene dejavnosti**

Zaradi zagotavljanja primerljivosti podatkov o zdravstveni dejavnosti so MZ, ZZZS in IVZ pripravili Šifrant vrst zdravstvene dejavnosti (VZD), ki bo zamenjal dosedanji šifrant zdravstvenih služb, uveljavljen v okviru vodenja BPI na IVZ, ter šifrant dejavnosti in podskupin, uveljavljen na ZZZS. Šifrant VZD s spremljajočo dokumentacijo in navodili za uvedbo je dostopen na spletni strani IVZ:

<http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=50&pi=5&id=1691&PageIn dex=0&groupId=189&newsCategory=&action>ShowNewsFull&pl=50-5.0>.

**2. Preimenovanje in dopolnitev šifranta Oznake osnovnih dejavnosti**

a. šifrant Oznake osnovnih dejavnosti se preimenuje v **Oznaka ravni dejavnosti**,

b. v šifrant Oznaka ravni dejavnosti dodamo novo šifro **E – splošna medicina-dejavnost referenčnih ambulant**

V ordinacijah, ki so bile izbrane v projekt »Referenčne ambulante«, ki ga vodi Ministrstvo za zdravje, poročajo podatke pod novo oznako ravni dejavnosti 'E'.

**3. Dopolnitev in vsebinska sprememba šifranta Vrst obiskov**

**a) dopolnjen je naziv šifre kurativnega obiska 105**

**105 – prvi kurativni obisk zaradi kontrole kronične bolezni**

Definicija ⇒ prvi kurativni obisk zaradi kontrole kronične bolezni, je tisti neposredni stik kroničnega bolnika z zdravnikom, ki se zgodi prvič v koledarskem letu, in je namenjen nadaljevanju predhodno že obravnavane kronične bolezni (npr. preverjanje učinkov zdravljenja, nadaljevanje zdravljenja, načrtovanje obdobjih ali dodatnih diagnostičnih postopkov), katere začetek je bil ugotovljen že pred tem na prvem kurativnem obisku.

**b) vsebinska sprememba naziva in definicije hišnih obiskov s šifro 202 in 203**

Z obstoječimi metodološkimi navodili se pri šifrah obiska ukinja besedilo in definicije Hišnih obiskov v strnjem naselju (202) in Hišnih

obiskov v težjem dostopnem kraju (203). Namesto njih se uvede naslednje poimenovanje in definicije:

- 202 hišni obisk**  
**203 paliativni hišni obisk**

#### Hišni obiski in svetovanje

##### 202 hišni obisk

definicija ⇒ **Hišni obisk je obisk bolnika na domu.**

##### 203 paliativni hišni obisk

definicija ⇒ **Paliativni hišni obisk je obisk zaradi simptomatske terapije terminalnega bolnika na njegovem domu.**

#### **4. Sprememba beleženja števila obiskov v referenčnih ambulantah**

Obiski pri medicinski sestri v referenčni ambulanti so zabeleženi samostojno (predhodno smo obiske beležili ne glede na kader, ki opravi storitev).

V referenčnih ambulantah se pri enem pacientu omogoči beleženje dveh obiskov hkrati, v istem dnevu. In sicer, preventivni pregled, ki ga opravi medicinska sestra, predstavlja en obisk; kurativni obisk, ki ga opravi zdravnik zaradi zdravstvenega problema, ugotovljenega ob preventivnem pregledu, pa predstavlja drugi obisk.

#### **5. Dodani zavarovalni podlagi pri kategoriji zavarovanja »upokojenci«**

Pri kategoriji zavarovanja »upokojenci« sta dodani zavarovalni podlagi: 105000 in 108000.

Na IVZ RS ne bomo sprejeli nobenih poslanih podatkov, če ne bo priložen v celoti izpolnjen "**Spremni obrazec ob pošiljanju podatkov za zunajbolnišnično zdravstveno statistiko**", iz katerega bo razviden fizični obseg poslanih podatkov in bo prisoten podpis odgovorne osebe. V takem primeru boste v lastni kuverti dobili vrnjene vse poslane podatke, s pisno zahtevo, da priložite spremni obrazec.

Za čim boljšo kontrolo popolnosti podatkov vam bomo poslali Excel-ovo tabelo s seznamom izvajalcev, ki so vam dolžni poslati podatke. Ob pošiljanju podatkov nam obvezno priložite tudi **izpolnjeno zgoraj omenjeno Excel-ovo tabelo**, iz katere bo razvidno, kateri izvajalec zdravstvene dejavnosti ni poslal podatkov ter primerjalne vrednosti poslanih podatkov s prejšnjim obdobjem.

**Prosimo vas, da ste pozorni na poimenovanje zbirk in da podatke pošiljate na IVZ s priporočeno pošto !**

**Pomembna pojasnila:**

- 1) Posredovanje podatkov po sistemu ZUBZS o "Obiskih in napotitvah" in o "Bolezni in stanjih" je namenjeno samo vrstam zdravstvene dejavnosti: splošna in družinska medicina, medicina dela, prometa in športa, pediatrija v splošni zunajbolnišnični dejavnosti, ginekologija v splošni zunajbolnišnični dejavnosti in specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost.

Namenjeno je **spremljanju rednega ambulantnega dela.**

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

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

V specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti "Obiske in napotitve" ter "Diagnoze in stanja" poročate tudi v VZD Urgentna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti. Kdor beleži delo v tej dejavnosti, mora to beležiti pod oznako ravni dejavnosti "S".

- 2) Kot smo v preteklih letih opozarjali, se bo informatizacija nujne medicinske pomoči izvedla v sklopu projekta, ki poteka na MZ. Dokler ne bo drugačnih navodil bo odločitev glede beleženja obiskov in diagnoz ostala na zdravniku, in to koliko obiskov (diagnoz) je opravil (postavil) v okviru svojega rednega dela v ambulanti in koliko v dejavnosti Urgentna medicina v splošni zunajbolnišnični dejavnosti, če se je v njihovi ambulanti odvijalo delo tako nujne medicinske pomoči kot redno delo. Seveda je beleženje podatkov o "Obiskih in napotitvah" in "Bolezni in stanjih" v dejavnosti Urgentna medicina v splošni zunajbolnišnični dejavnosti (oznaka ravni dejavnosti X) zaželeno, saj preprečuje mešanje podatkov in ob enem daje možnost za lastno spremljanje dela izvajalcev, ni pa še obvezno.

- 3) Ponovno poudarjamo, da posredujete podatke o "**Obiskih in napotitvah**" in o "**Bolezni in stanjih**" samo za zgoraj omenjene vrste zdravstvene dejavnosti in ne za vrste zdravstvene dejavnosti na celotni primarni ravni (zobozdravstvo, reševalna postaja, laboratoriji, fizioterapija ...).

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

- 4) Pri **beleženju občine izvajalca** se je v nekaj primerih pojavila dilema, ali beležiti občino sedeža izvajalca (sedeža zdravstvene ustanove) ali lokacije ambulante, kjer se delo opravi, zato, ker občini sodita v različno regijo (zdravstveno, statistično). V bistvu gre za dve vrsti anomalije, in sicer:
- Ambulanta, v kateri se opravlja delo, je lokacijsko v občini, ki sodi v sosednjo regijo, kot je sedež zdravstvene ustanove, vendar tudi opravlja delo za to občino (in regijo). V tem primeru je pravilno, da obiske in diagnoze ambulante beležite v občini, v kateri ambulanta deluje. O "Obiskih in napotitvah" in o "Bolezni in stanjih" v tem primeru poroča regija, v kateri je občina ambulante (kjer izvajalec opravlja delo) in regija v kateri je občina izvajalca (sedež ustanove), ne poroča o "Obiskih in napotitvah" in o "Bolezni in stanjih" te ambulante. Obe regiji pa obvezno opozorita na lokacijsko anomalijo na „Spremnem obrazcu“ v izogib podvajanja podatkov oziroma izpada podatkov.
  - Obstaja še ena možnost, da je ambulanta zgolj samo lokacijsko v občini, ki sodi v sosednjo regijo, vendar pa opravlja delo za uporabnike občin (oziroma regijo) kjer je sedež izvajalca. V praksi to lahko srečamo praviloma samo v dejavnosti medicine dela, prometa in športa. V takem primeru se beleži "Obiske in napotitve" in "Bolezni in stanja" pod občino (regijo) sedeža izvajalca. Regija nas o tej anomaliji obvesti na „Spremnem obrazcu“.
- 5) Pošiljamo vam ponovno obrazložitev o pravilnem beleženju preventivnih obiskov v vrsti zdravstvene dejavnosti **Medicina dela, prometa in športa (VZD 301)**. Ugotovili smo, da so nekateri izvajalci obiske v tej dejavnosti poročali pod "S" in s šifro preventivnega obiska 801.
- Dejavnost Medicina dela, prometa in športa (VZD 301) je dejavnost primarne ravni po veljavni zakonodaji, zato se morajo preventivni obiski in aktivnosti, opravljeni v VZD 301 beležiti na primarni ravni in to s predpisanimi šiframi vrst obiskov (opredeljujejo jih definicije) od 613-619,901-905,910-917.
  - V VZD 301 se opravlja samo preventivno zdravstveno varstvo. Če zdravniki (timi MDPŠ) opravljajo tudi kurativno zdravstveno varstvo, to opravljajo v okviru dejavnosti Splošna in družinska medicina (VZD 302): po pogodbi, z refundiranimi urami, kot nadurno delo ali dopolnilno delo. V tem primeru morajo kurativne obiske beležiti pod VZD 302. V primeru, da kurativno in preventivno varstvo opravljajo v isti ambulanti in se jim delo prepleta tekom delovnega dne, morajo poročati po ločenih VZD 302 oz. VZD 301.
  - Če je prijavljena VZD 301, mora kontrola pri vnosu podatkov **preprečiti izbiro** ravni dejavnosti "S" in vnos naslednjih vrst obiskov: kurativnih 103, 104, 105, 106, 202, 203 in trižnega 701 ter preventivnega 801, kot tudi vnos tistih preventivnih obiskov na primarni ravni, ki jih medicina dela, prometa in športa ne more opravljati (glej metodološka navodila).
  - Vpisovanje diagnoz in stanj po MKB-10 za preventivne obiske še ni predvideno, vendar jih lahko vpisujete, če to želite zaradi svojih potreb,

torej beleženje diagnoz ni obvezno. **Zato tudi poročanje o »Bolezni in stanjih« iz VZD 301 ni obvezno.**

- 6) **Zdravstveno varstvo žensk** se lahko izvaja vrsti zdravstvene dejavnosti Ginekologija v splošni zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 306) v ambulantah primarne in sekundarne ravni, **zato je potrebno biti pozoren na naslednja navodila.** *Če se v isti ambulanti opravlja storitve primarne in sekundarne ravni oziroma se delo medsebojno prepleta tekom dneva, je potrebno poročati ločeno pod odgovarjajočimi vrstami zdravstvene dejavnosti in z odgovarjajočimi šiframi vrst obiskov.*
- **Če je prijavljena VZD 306**, mora kontrola pri vnosu podatkov preprečiti izbiro "S" kot tudi vnos trižnega 701 in preventivnega 801 obiska, ter tistih preventivnih obiskov na primarni ravni, ki jih v VZD 306 ne morejo opravljati. Program pa mora omogočiti vnos vrste obiska 103,104,105,106, 201 in 501-514 (glej metodološka navodila).
  - **Če je označena "S" raven** in izbrana ena od vrst zdravstvene dejavnosti Ginekologija in porodništvo v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 206) oz. Klinična genetika v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 213) oz. Urgentna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 238), mora kontrola na vnosu preprečiti vnos preventivnih vrst obiskov od 501 do 514. V tem primeru je potrebno omogočiti vnos obiska 104,105,106, 201, 701 in 801.
- 7) **Ponovno opozarjamo, da v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti lahko poleg kurativnih obiskov prijavljate tudi preventivne obiske, in to vse pod eno šifro 801.** Nikakor pa pod "S" oziroma v specialistične zunajbolnišnične vrste dejavnosti sekundarne/terciarne ravni ne morete prijavljati preventivnih obiskov primarne ravni (glej metodološka navodila). S kontrolo na vnosu je potrebno pri izbiri "S – sekundarna/terciarna raven" preprečiti možnost vnosa vseh vrst preventivnih obiskov, razen za: 801 – preventivni obisk v specialistični ambulanti na sekundarni ravni.
- 8) Nejasno je bilo tudi beleženje **triaznih obiskov** (701) v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti pri posredovanju podatkov "o obiskih in napotitvah". Triazni obisk je po metodoloških navodilih povsem samostojna entiteta in se lahko beleži samo pod "S" oziroma v specialistične zunajbolnišnične vrste dejavnosti na sekundarni/terciarni ravni. Glede na obstoječa navodila pri triaznem obisku ne beležimo diagnoze, ker to ni kurativni obisk. Praviloma vsakemu triaznemu obisku sledi prvi kurativni obisk, ki po metodoloških navodilih zahteva tudi vpis diagnoze.
- 9) Iz metodoloških navodil je razvidna zahteva, da se za **specialistično zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost (oznaka ravni dejavnosti "S")** posreduje na državno raven samo končne diagnoze, to je pod Vrsto diagnoze = 2.

**Izvajalce prosimo, da ste pri vnosu podatkov na to zahtevo posebno pozorni in ne pozabite vpisati končne diagnoze!**

Ugotovili smo, da so nekatera programerska podjetja pred posredovanjem podatkov zabeležene diagnoze pod Vrsto diagnoze = 1 razlog za prvi obisk, enostavno prepisala v rubriko Vrsta diagnoze = 2, če tudi je bila tam zabeležena končna diagnoza in jo tako "povozile". V metodoloških navodilih je podana jasna zahteva, da v primerih, ko končna diagnoza ni zapisana, se na to prazno mesto prepíše vzrok za obisk.

Opozorjeni smo bili tudi, da je pri nekaterih programih vnos končne diagnoze zelo zapleten in s tem zamuden ter jo zato izvajalci ne vnašajo. Podatek je izredno pomemben, zato programerska podjetja prosimo, da s prijaznimi programi izvajalcem omogočijo enostaven vnos tega podatka.

- 10) Tudi v letu 2012 bomo spremljali zdravstveno vzgojno delo v materinskih šolah po dveh poteh. Zato nam pošiljajte izpolnjen tudi obrazec »Aktivnosti materinske šole«, in to edino lahko v papirni obliki.
- 11) Ponovno vas opozarjamo na naš skupni dogovor, da analize podatkov o "Obiskih in napotitvah" in "Bolezni in stanjih" združujemo po "Vrsti zdravstvene dejavnosti" in ne po "Oznakah ravni dejavnosti", ker teh izvajalci pri vnosu večinoma ne morejo izbirati.
- 12) Če je bolnik samoplačnik, ga zdravnik zabeleži glede na lastno oceno ali je bila obravnava na primarni ali sekundarni ravni. Za sekundarno raven štejemo primere, ko bi bolnik potreboval napotnico.
- 14) V vrsti zdravstvene dejavnosti Ginekologija v splošni zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 306) oz. v Ginekologija in porodništvo v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (VZD 206) morajo biti prijavljeni tudi vsi pregledi in posegi, ne glede na to, ali je bil bolnik samoplačnik ali ne (npr. prijava dovoljenih splavov v informacijski sistem fetalnih smrti z ustreznim DZS obrazcem, ki ga pošljete na IVZ).
- 15) Podatke o cepljenju vpisujete v že obstoječi računalniški program CEPI 2000. Česar program še ne omogoča, se beleži v obstoječe obrazce kot do sedaj.

16) Rezultate sistematičnih pregledov v predšolskem in šolskem obdobju se beleži kot do sedaj, na obstoječih obrazcih. S popolno uvedbo devetletke imamo samo ene vstopnike tako, da ločeno beleženje rezultatov sistematičnih pregledov ni več potrebno, kot v času uvajanja devetletke. Sistematični pregledi se sedaj izvajajo pred vstopom, v prvem, tretjem, šestem in osmem razredu devetletke.

Zaradi prehoda v devetletno osnovno šolanje se je spremenila starost otrok, ki so obvezniki za preventivne preglede. Potrebno je prilagoditi starostne kontrole na vnosu preventivnih pregledov, in to: pri obiskih 402, 412, 413, 415, 416, 419, 420, 421 in 422 je potrebno spodnjo starostno kontrolo popraviti iz 6.00 let na 5.00 let in pri 403 iz 8.00 let na 7,00 let ter pri 404 iz 10.00 let na 9,00 let.



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

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

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

Ta je v šifrantu ZZZS 15a- Seznami storitev/ Splošne ambulante ter dispanzerji za otroke in šolarje naveden pod šifro K0001 in pojasnjen z naslednjim opisom.

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

Iz definicij ZUBZS izhaja, da je kurativni obisk pogojen z neposrednim stikom uporabnika z zdravnikom, česar pa definicija ZZZS za storitev kratkega obiska ne pogojuje. Zato se storitve opredeljene kot kratek obisk K0001 **ne poročajo** za zdravstveno statistiko.

## 1. POROČANJE O BOLEZNIH IN STANJIH UGOTOVLJENIH V ZUNAJBOLNIŠNIČNI\* ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

### 1.1 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 na disketo ali CD 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. Če je zaradi velikosti potrebno deliti datoteko na več disket, naj ima datoteka na drugi disketi pripono T01, na tretji disketi T02 itd.

.ARJ za stisnjene podatke. Program ARJ zna stisniti datoteko in jo pripraviti za odgovarjajočo velikost diskete, pri čemer povečuje pripono po 1 navzgor, začevši z A01 ( to je druga disketa, prva ima pripono ARJ).

### 1.2 MEDIJI ZA POSREDOVANJE PODATKOV SO:

- disketa ali CD,

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

**1.3 STRUKTURA ZAPISA:**

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

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 poravnan)

tip C: alfanumerično polje

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

**1.4. 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 IVZ-jeve Baze podatkov izvajalcev (BPI).

**Oznaka ravni dejavnosti:**

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

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

Oznake ravni dejavnosti so:

Primarna raven:

- D - medicina dela, prometa in športa- preventivna dejavnost
- E – splošna medicina-dejavnost referenčnih ambulant
- G - splošna medicina- kurativna dejavnost
- H - splošna 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 (brez napotnice)
- I - dejavnost psihiatričnih ambulant (brez napotnice)
- K - dejavnost kožno-veneričnih ambulant (brez napotnice)
- S - ambulantna specialistična dejavnost (z napotnico)

(pod S in ustrezno zdravstveno službo se beleži tudi obiske, če pride pacient z napotnico v ambulante F, K, I )

#### **Šifra vrste zdravstvene dejavnosti izvajalca:**

Vpišemo tisto šifro vrste zdravstvene dejavnosti izvajalca vpisano v BPI (**Priloga 3**), ki izhaja iz koncesije zdravnika in jo zdravnik izvaja v največjem obsegu prijavljenih ur. 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 in poročati LOČENO glede na vrsto zdravstvene dejavnosti, ki je definirana s koncesijo.

#### **Šifra lokacije izvajalca:**

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

#### **Vrsta diagnoze:**

Vpiše se:

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

**2- končna diagnoza.**

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

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

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

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

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

**Koda diagnoze:**

Vpiše se 4-mestna koda iz šifranta MKB-10. 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 bolnik v istem koledarskem letu zaradi **akutnih bolezni**, se poroča diagnoza akutne bolezni vsakokrat kot razlog za prvi obisk in kot končna diagnoza.

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

V dejavnosti splošne in družinske medicine, kjer izvajajo preventivne preglede odrasle populacije je potrebno natančno beležiti tudi diagnoze z naslednjimi kodami MKB 10:

- 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

Vsa patološka stanja pri nosečnicah se morajo označevati s kodami iz Poglavlja XV v MKB-10.

V primarnem 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 intrauterine kontracepcije se uporabi koda **Z30.5 oz. Z30.1, v kolikor gre za vstavitev materničnega vložka**
- v zvezi s preventivnimi pregledi zaradi predpisovanja hormonske nadomestne terapije se uporabi koda **Z13.8**
- v zvezi z preventivnim pregledom po porodu, splavu, zunajmaternični nosečnosti, spontanem splavu oz. drugih vrstah prekinjenih patoloških nosečnosti se uporabi koda **Z39.2**
- v zvezi s kliničnim pregledom dojk se v primeru patološkega izvida uporabi **ustrezna** MKB X. koda

- v zvezi s kliničnim pregledom dojk, kadar se ga napravi zaradi upoštevanja novih Navodil MZZ iz aprila 2002 (preventivni program) se beleži koda **Z12.3. Kadar se izvaja klinični pregled dojk pri simptomatskih ženskah iz kurativnih namenov, se beleži ustrezna MKB koda iz poglavja za patologijo dojke.**
- v zvezi s prvim sistematičnim pregledom nosečnice, ki želi prekinitve nosečnosti, se uporabi koda **Z64.0**
- v zvezi s preventivnim pregledovanjem zaradi predpisovanja kontracepcije kontracepcijskim svetovanjem se uporabijo kode glede na strokovno opredelitev in sicer; **Z30.0** (splošno KC svetovanje), **Z30.8** (opredeljeno kontracepcijsko svetovanje) oz. **Z31.6** (splošno svetovanje glede oploditve) oz. **Z70.0 do Z70.9** (svetovanje povezano s spolnim vedenjem). Kadar se izvaja kontracepcijsko svetovanje brez preventivnega ginekološkega pregleda, diagnoze ne beležimo.
- v zvezi s kurativnim pregledom nosečnice se uporabijo **ustrezne kode MKB X**, 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.**

V primarnem zdravstvenem varstvu žensk (VZD 306) je mogoče, ob enem obisku ženske v dispanzerju, 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 zastрупitev (od S00.0 do T98.3) je obvezno vpisati še ZUNANJI VZROK POŠKODBE ALI ZASTRUPITVE. To je prav tako 3- ali 4-mestna koda iz MKB-10 – 2. izdaja.



**1.5. PODATKI VEZANI NA DIAGNOZO****Oznaka skupine za prikaz obolevnosti po MKB-10:**

Oznake skupin (od 1 do 298) so v šifrantu MKB-10 (oziroma 1. knjiga MKB - 10, str.1221 do 1231).

**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
kmetje:	051000, 052000, 053000, 054000, 064000, 065000
brezposelni:	011000, 028000
upokojenci:	022000, 059000, 060000, 062000, 063000, 069000, 070000, 105000, 108000
drugo:	vse druge osebe in vsi družinski člani.

**Poškodbe pri delu:**

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

**Trajanje nosečnosti:**

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

Pri kodah diagnoz iz poglavij XV in XXI MKB-10:

O00-O07, O10-O16, O20-O29, O30-O48, O60-O75, O80-O84, O95, Z32-Z37 (pri nosečnici tudi za kode O88, O91-O92, O98-O99) se vpiše število obravnavanih nosečnic v posamezne spodaj navedene razrede trajanja nosečnosti. Podatek zabeležimo tudi pri kodah diagnoz iz ostalih poglavij MKB-10, kadar gre za obravnavo nosečnice.

nosečnost-1: do 3,99 mesece nosečnosti  
nosečnost-2: od 4,00 do 6,99 mesece nosečnosti  
nosečnost-3: 7,00 ali več mesecev.

**Ta struktura zapisa velja za poročanje podatkov za obdobje od 1.1.2012 naprej.**

## 2. POROČANJE O OBISKIH IN NAPOTITVAH V ZUNAJBOLNIŠNIČNI\* ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

### 2.1 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 na disketo ali CD v ASCII formatu. Konec zapisa je označen z razmejevalcem CR+LF (hex 0A in 0C9), konec datoteke pa z EOF oznako (hex 1A).

#### Pripona datoteke je lahko:

.TXT za nestisnjene podatke. Če je zaradi velikosti potrebno deliti datoteko na več disket, naj ima datoteka na drugi disketi pripono T01, na tretji disketi T02 itd.

.ARJ za stisnjene podatke. Program ARJ zna stisniti datoteko in jo pripraviti za odgovarjajočo velikost diskete, pri čemer povečuje pripono po 1 navzgor, začevši z A01 ( to je druga disketa, prva ima pripono ARJ).

**2.2 MEDIJI ZA POSREDOVANJE PODATKOV SO:**

- disketa ali CD,

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

**2.3 STRUKTURA ZAPISA:**

Za potrebe nacionalne zdravstvene statistike morajo izvajalci najboljnišnične\* zdravstvene dejavnosti zajeti na magnetni medij naslednje podatke o "obiskih in napotitvah" in jih poslati na ZZV-je:

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.-upokojnenci	N	6	999999
kateg. zavar.-brezposelni	N	6	999999
kateg. zavar.-drugo	N	6	999999
nosečnost-1	N	4	9999
nosečnost-2	N	4	9999
nosečnost-3	N	4	9999
napoteni v bolnišnico	N	5	99999
napoteni k specialistu	N	5	99999
število oseb	N	6	999999

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

tip C: alfanumerično polje

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

## 2.4. 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 IVZ-jeve Baze podatkov izvajalcev (BPI).

#### Oznaka ravni dejavnosti:

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

Če opravlja zdravnik dejavnosti na primarni in na sekundarni ravni, mora podatke zbirati in poročati 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
- E – splošna medicina-dejavnost referenčnih ambulant
- G - splošna medicina- kurativna dejavnost
- H - splošna 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 (brez napotnice)
- I - dejavnost psihiatričnih ambulant (brez napotnice)
- K - dejavnost kožno-veneričnih ambulant (brez napotnice)
- S - ambulantna specialistična dejavnost (z napotnico)  
(pod S in ustrezno zdravstveno službo se beleži tudi obiske, če pride pacient z napotnico v ambulante F, K, I )

#### **Šifra vrste zdravstvene dejavnosti izvajalca:**

Vpišemo tisto šifro vrste zdravstvene dejavnosti izvajalca vpisano v BPI (**Priloga 3**), ki izhaja iz koncesije zdravnika in jo zdravnik izvaja v največjem obsegu prijavljenih ur. 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 in poročati LOČENO glede na vrsto zdravstvene dejavnosti, ki je definirana s koncesijo.

#### **Šifra lokacije izvajalca:**

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

#### **Vrste obiskov:**

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

V vrsti zdravstvene dejavnosti Medicina dela, prometa in športa (VZD 301) se lahko beležijo samo preventivni obiski in sicer naslednje vrste obiskov: 613 - 619, 901 – 905 in 910 - 917

V vrsti zdravstvene dejavnosti Splošna in družinska medicina morajo biti pri beleženju vrste preventivnih obiskov pozorni na pravilno beleženje preventivnih pregledov za ugotavljanje ogroženosti zaradi bolezni srca in ožilja prvi "602" in kontrolni "603, da ga ne beležijo kar pod šifro preventivni pregled odraslih "601".

Preventivni obiski opravljeni v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti - sekundarna raven "S" se lahko beležijo samo pod šifro obiska 801. Ostale šifre preventivnih obiskov se lahko beležijo samo v službah primarne ravni.

**Triažni obisk** je po metodoloških navodilih povsem samostojna entiteta in se lahko beleži samo pod "S" oziroma specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti na sekundarni/terciarni ravni. Glede na obstoječa navodila triažni obisk ni kurativni obisk in mu praviloma sledi prvi kurativni obisk.

Pri **vrstah obiskov 906 – 909** (šolsko in predšolsko zdravstveno varstvo) **ter pri vrstah obiskov 910 – 917** (medicina dela, prometa in športa), ki niso namenjene enemu samemu zavarovancu temveč svetovanju skupini ali oceni delovnega mesta, šole, vrtca... vpišemo v **okviru ključnih podatkov zapisa število takih obiskov v poročevalskem obdobju in to v podatek Starost-1-moški**. V teh primerih se v rubrike "starost (razen starost-1-moški), kategorije zavarovanja, nosečnost, napoteni v bolnišnico, napoteni k specialistu, poškodbe pri delu in število oseb" vpiše vrednost nič, druge rubrike pa se normalno izpolnijo.

#### **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.

**2.5. 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
kmetje:	051000, 052000, 053000, 054000, 064000, 065000
brezposelni:	011000, 028000
upokojenci:	022000, 059000, 060000, 062000, 063000, 069000, 070000, 105000, 108000
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 naslednjih kodah iz poglavji XV in XXI MKB 10 : O00-O07, O10-O16, O20-O29, O30-O48, O60-O75, O80-O84, O95, Z32-Z37 (pri nosečnici tudi za kode O88, O91-O92, O98-O99) se vpiše število obravnavanih nosečnic v posamezne spodaj navedene razrede trajanja nosečnosti. Podatek zabeležimo tudi pri kodah diagnoz iz ostalih poglavij MKB-10, 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.

**Napoteni k specialistu:**

V okviru ključnih podatkov zapisa se vpiše število napotnih k specialistu.

**Število oseb:**

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

**Ta struktura zapisa velja za poročanje podatkov za obdobje od 1.1.2012 naprej.**

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

Formalno in vsebinsko pravilnost podatkov, ki jih izvajalci zdravstvene dejavnosti pošljejo na ZZV, preverjajo ZZV-ji 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.

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

Program ZUBSTAT v izhodno datoteko (za analize podatkov na ZZV in za pošiljanje podatkov naprej na IVZ) 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 mora poslati podatke na ZZV do: 20. julija,  
ZZV mora poslati podatke na IVZ do: 20. septembra.

#### Roki za pošiljanje letnih podatkov:

Izvajalec zdrav. dejavnosti mora poslati podatke na ZZV do: 20. januarja,  
ZZV mora poslati podatke na IVZ do: 20. februarja.