

Center za proučevanje zdravja in zdravstvenega varstva

in

Center za organizacijo, ekonomiko in informatiko v zdravstvu

Metodološko gradivo ver. 1.10

ZUNAJBOLNIŠNIČNA* ZDRAVSTVENA STATISTIKA

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

- dejavnosti splošne/družinske medicine
- dejavnosti medicine dela, prometa in športa
- zdravstvenega varstva predšolskih otrok
- dejavnosti razvojnih ambulant
- zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine
- zdravstvenega varstva žensk
- specialistično ambulantni dejavnosti

za obdobje od 1.1.2008 dalje

Oktober 2007

KAZALO

Povzetek sprememb, ki začnejo veljati 1.1.2008	3
1. Poročanje o boleznih in stanjih ugotovljenih v zunajbolnišnični* zdravstveni dejavnosti	8
1.1. Zapis podatkov na medij: ime in format datoteke	8
1.2. Mediji za posredovanje podatkov	8
1.3. Struktura zapisa	9
2. Poročanje o obiskih in napotitvah ugotovljenih v zunajbolnišnični* zdravstveni dejavnosti	15
2.1. Zapis podatkov na medij: ime in format datoteke	15
2.2. Mediji za posredovanje podatkov	15
2.3. Struktura zapisa	16
3. Preverjanje pravilnosti podatkov o boleznih in stanjih ter o obiskih in napotitvah	21
4. Terminski plan pošiljanja podatkov o boleznih in stanjih ter o obiskih in napotitvah	21

Priloga 1

Spremni obrazec ob pošiljanju podatkov za zunajbolnišnično zdravstveno statistiko

Priloga 2

Šifrant občin v letu 2008

Priloga 3

Šifre zdravstvenih služb izvajalcev (iz BPI) v letu 2008 v tabeli z zdravstveno ravno, zdravstveno dejavnostjo ter vrstami obiskov

Priloga 4

Seznam oznak in definicij posameznih vrst obiskov v letu 2008

POVZETEK SPREMEMB, KI ZAČNEJO VELJATI 1.1.2008

S 1.1.2008 za poročanje podatkov o "obiskih in napotitvah" ter o "boleznih in stanjih" velja:

- **Starostna skupina 5 (predšolski otroci) je od 4,00 – 5,99 let.**

- **Starostna skupina 6 (šolski otroci) je od 6,00 – 9,99 let.**

Na IVZ RS ne bomo sprejeli nobenih poslanih podatkov, če ne bo priložen v celoti izpolnjen "**Spremeni obrazec ob pošiljanju podatkov za zunajbolnišnično zdravstveno statistiko**", iz katerega bo jasno razvidno, kateri podatki manjkajo in bo prisoten podpis odgovorne osebe (potreben je prikaz v tabeli iz katere je razvidna šifra občine, poročevalska enota, kaj manjka in navedene aktivnosti, ki ste jih izvedli glede pridobitve podatkov). V takem primeru boste v lastni kuverti dobili vrnjene vse poslane podatke, z pisno zahtevo, da priložite spremni obrazec. **Prosimo vas, da podatke pošiljate na IVZ s priporočeno pošto !**

Prosimo, da ste pozorni na poimenovanje zbirk, nekateri jih **še vedno pošiljate nepravilno označene.**

Na IVZ RS ne bomo več sprejemali **poročil v papirni obliki**. Zato prosimo, da tisti ZZV-ji, ki to še niste uspeli urediti, tokrat brezpogojno vnesete vse podatke, dobljene na papirju v odgovarjajoče datoteke. Na nacionalni ravni bomo sprejemali poročila samo v elektronski obliki.

Pomembna pojasnila:

- 1) Posredovanje podatkov po sistemu ZUBZS o "Obiskih in napotitvah" in o "Boleznih in stanjih" je namenjeno samo dejavnostim/slужbam: dejavnosti splošne/družinske medicine, dejavnosti medicine dela, prometa in športa, zdravstvenega varstva predšolskih otrok, dejavnosti razvojnih ambulant, zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine, zdravstvenega varstva žensk in specialistično ambulantni dejavnosti, to je **spremljanju rednega ambulantnega dela**.

Ker se v nekaterih ambulantah prepleta delo NMP/splošne dežurne službe in redno delo so nekateri izvajalci poročali o "Obiskih in napotitvah" in o "Boleznih in stanjih" tudi za splošno dežurno službo in nujno medicinsko pomoč kar v dejavnost splošne/družinske medicine.

V primerih, ko beležite "Obiske in napotitve" in "Bolezni in stanja" tudi v NMP in splošni dežurni službi primarne ravni jih morate beležiti v odgovarjajočo službo, in to je „059“ in „058“ (dejavnost X) nikakor pa v ne v druge službe in dejavnosti (npr: službo 057 - dejavnost G).

V specialistično ambulantni dejavnosti "Obiske in napotitve" in "Diagnoze in stanja" poročate tudi po službah: 131 (nujna medicinska pomoč - ginekologija), 133 (nujna medicinska pomoč – porodništvo), 139 (nujna medicinska pomoč – kirurgija) in 141 (nujna medicinska pomoč – interna

medicina), 132 (nujna medicinska pomoč – pediatrija) in 146 (nujna medicinska pomoč – druga). Kdor beleži delo v te šifre službe, mora to beležiti pod oznako dejavnosti "S".

2) Kot smo že lani opozorili se bo informatizacija splošne dežurne službe - 058, NMP – 059 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 opravili (postavil) v okviru svojega rednega dela v ambulanti in koliko v NMP oziroma splošni dežurni službi, če se je v njihovi ambulanti odvijalo delo tako NMP/splošne dežurne službe kot redno delo. Seveda je beleženje podatkov o "Obiskih in napotitvah" in "Bolezni in stanjih" v splošni dežurni službi in NMP (dejavnost 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 dejavnosti/službe in ne za službe na celotni primarni ravni (zobozdravstvo, reševalna postaja, laboratoriji, fizioterapija ...).

V ambulantno specialistično dejavnost na sekundarni/terciarni ravni sodi tudi "čeljustna kirurgija – 035 in oralna kirurgija – 068", kjer se beležijo obiski in diagnoze pod "S" (slednja se pogosto pojavlja v kombinaciji s splošnim zobozdravstvom - 063, ki pa ne zapade ZUBZS poročanju). Res ni logično, da se obiski in diagnoze v splošnem zobozdravstvu ne beležijo v ZUBZS, medtem ko se v isti ordinaciji opravljeni obiski čeljustne/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:

1. Ambulanta v kateri se opravlja delo je lokacijsko v občini, ki sodi v sosednjo regijo, kot je sedež zdravstvene ustanove, vendar tudi opravlja delo za to občino (in regijo). V tem primeru je pravilno, da obiske in diagnoze ambulante beležite v občini v kateri ambulanta deluje. O "Obiskih in napotitvah" in o "Bolezni in stanjih" v tem primeru poroča regija v kateri je občina ambulante (kjer izvajalec opravlja delo) in regija v kateri je občina izvajalca (sedež ustanove) ne poroča o "Obiskih in napotitvah" in o "Bolezni in stanjih" te ambulante. Obe regiji pa obvezno opozorita na lokacijsko anomalijo na „Sprememnem obrazcu“ v izogib podvajanja podatkov oziroma izpada podatkov.

2. 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 „Sprememnem obrazcu“.

- 5) Pošiljamo vam ponovno obrazložitev o pravilnem beleženju preventivnih obiskov v službi **Medicine dela, prometa in športa - 055**. Ugotovili smo, da so nekateri izvajalci obiske v službi "055" poročali pod "S" in s šifro preventivnega obiska 801.
- Služba medicine dela, prometa in športa "055" je služba primarne ravni po veljavni zakonodaji, zato se morajo preventivni obiski in aktivnosti, opravljeni v službi "055" beležiti na primarni ravni in to s predpisanimi šiframi obiskov (opredeljujejo jih definicije) od 613-619,901-905,910-917.
 - V službi "055" se opravlja samo preventivno zdravstveno varstvo. Če zdravniki (timi MDPŠ) opravljajo tudi kurativno zdravstveno varstvo, to opravljajo v okviru dejavnosti splošne medicine: po pogodbi, z refundiranimi urami, kot nadurno delo ali dopolnilno delo. V tem primeru morajo kurativne obiske beležiti pod službo "057". V primeru, da kurativno in preventivno varstvo opravljajo v isti ambulanti in se jim delo prepleta tekom delovnega dne morajo poročati po ločenih službah »057 in 055«.
 - Če je prijavljena služba "055" mora kontrola pri vnosu podatkov preprečiti izbiro "S" in vnos obiskov; kurativnih 101,102,103, 202, 203 in trijažnega 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 službe 055 ni obvezno.**
- 6) **Zdravstveno varstvo žensk** se lahko izvaja 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 službami in z odgovarjajočimi šiframi obiskov.
- Če je prijavljena služba "037" mora kontrola pri vnosu podatkov preprečiti izbiro "S" kot tudi vnos trijažnega 701 in preventivnega 801 obiska, ter tistih preventivnih obiskov na primarni ravni, ki jih v službi zdravstvenega varstva žensk ne morejo opravljati. Program pa mora omogočiti vnos vrste obiska 101,102,103, 201 in 501-514 (glej metodološka navodila).
 - Če je označena "S" raven in izbrana ena od specialnost: 019 ginekologija s porodništvom, 038 ginekologija, 039 porodništvo, 127 medicinska citogenetika, 131 nujna medicinska pomoč -ginekologija, 133 nujna medicinska pomoč -porodništvo ter 140 humana reprodukcija mora kontrola na vnosu preprečiti vnos preventivnih vrst obiskov od 501 do 514. V tem primeru je potrebno omogočiti vnos obiska 101,102, 201, 701 in 801.
- 7) Ponovno opozarjamo, da v **specialistično ambulantni dejavnosti** lahko poleg kurativnih obiskov prijavljate tudi **preventivne obiske**, in to vse pod eno šifro 801. Nikakor pa pod "S" oziroma v službe SAD 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" prepreči 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 ambulanti 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 službe specialistične ambulante 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 ambulantne 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 prepisale 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 prepiše 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 2008 bomo spremljali zdravstvenovzgojno delo v materinskih šolah po dveh poteh. Zato nam pošiljajte izpolnjen tudi obrazec »Aktivnosti materinske šole«, in to edino lahko v papirni obliki.

11) Z analizo smo ugotovili, da je poročevalska disciplina pri posredovanju podatkov o "Obiskih in napotitvah" in o "Bolezni in stanjih" dobra. Nekaj je še izpadov pri poročanju zasebnikov. Manj pa smo lahko zadovoljni z načinom beleženja izvajalcev na samem vnosu podatkov.

Ugotovili smo, da so nekatera programerska podjetja posamezne preventivne aktivnosti (, ki sodijo v urni fond in niso točkovane kot obiski - 416-422, 906-917) iz programa preventivnega zdravstvenega varstva predšolskih otrok in šolskih otrok in mladine ter medicine dela, prometa in športa predstavila v set storitev zdravstvene vzgoje ali pa njihovo beleženje izvajalcem sploh ni omogočeno. To seveda povzroča napake v podatkih zdravstvene vzgoje ali izgubo podatkov o opravljenih preventivnih aktivnostih. Programe je potrebno popraviti in urediti zapise po metodoloških navodilih.

Če beleženje še ni bilo urejeno v lanskem letu, ga je potrebno urediti letos 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.

12) Ponovno vas opozarjamo na naš skupni dogovor, da analize podatkov o "Obiskih in napotitvah" in "Bolezni in stanjih" združujemo po "Oznakah zdravstvenih služb" in ne po "Oznakah osnovnih dejavnosti", ker teh izvajalci pri vnosu večinoma ne morejo izbirati. Ne glede na to dejstvo, beleženje "Oznake osnovne dejavnosti" ostaja tudi v letu 2008 nespremenjeno in se beleži tako, kot ste imeli to omogočeno v letu 2007.

13) 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 zdravstvenem varstvu žensk na primarni ravni in v ambulantno specialistični dejavnosti 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. Češar 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. Z 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, petem in osmem razredu devetletke (sedmem osemletke).

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) Na osnovi ocene poročevalske discipline, ki so jo pripravili ZZV-ji smo ugotovili, da se še vedno zapleta pri poročanju v ZUBSTAT o specialistično ambulantni dejavnosti v zdraviliščih in pri zasebnikih. Zdravilišča v večini poročajo o svojem delu na obrazcih »Poročilo o delu stacionarnega zavoda« in »Poročilo o delu službe za rehabilitacijo«,

programov za ZUBSTAT pa tako zdravilišča kot zasebniki nimajo na voljo, na kar jih je potrebno ponovno opozoriti.

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 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, začenši z A01 (to je druga disketa, prva ima pripono ARJ).

1.2 MEDIJI ZA POSREDOVANJE PODATKOV SO:

- disketa katerekoli kapacitete v IBM formatu,

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, 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 osnovne dejavnosti	C	1	C
šifra zdrav. službe izvajalca	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.

DEFINICIJE PODATKOV IN ŠIFRANTI:

KLJUČNI PODATKI

Obdobje poročanja:

Sestavljeno je iz oznake LL za leto (n.pr. 02) 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 osnovne 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 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 osnovnih dejavnosti so:

Primarna raven:

- D - medicina dela, prometa in športa- preventivna dejavnost
- 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 ambulate F, K, I)

Opomba 1

V vhodni datoteki ni spremenljivke **RAVEN** (potrebujemo pri obdelavi-analizi).
 V vhodni datoteki ni spremenljivke **VARSTVO** (potrebujemo pri obdelavi-analizi).
 V vhodni datoteki ni spremenljivke **SPECIALNOST** (potrebujemo pri obdelavi-analizi).

Spremenljivko RAVEN, VARSTVO in SPECIALNOST dodamo v SPSS-u (priložena dokumentacija, narejeno po navodilih dr. Brcar, izhodišče za razvrstitev sta SLUŽBA in VRSTA DIAGNOZE).

Trenutni način prelivanja v SPSS-u za RAVEN:

Služba	Vrsta diagnoze	Raven
Izbrane službe	1	Primarna
Izbrane službe		Sekundarna
Izbrane službe		Drugo
Izbrane službe	2	Ne obdelujemo! Obiski v službah Primarne ravni in Vrsto diagnoze=2

Ali bi bilo boljše, če bi te spremenljivke bile že v vhodni datoteki?

Tako bi obdelava (analiza) podatkov bila poenotena.

Šifra zdrav. službe izvajalca:

Vpišemo tisto šifro zdravstvene službe 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 zdravstvenih služb (2x 50% ali 3x30% +10%) vpiše tisto šifro zdravstvene

dejavnosti izvajalca, ki ustreza njegovi licenci. (Npr. licenca za splošno medicino vpiše 057, licenca za šolsko medicino 056,014...).

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

Opomba 2

... vpiše tisto šifro zdravstvene DEJAVNOSTI izvajalca, ki ustreza njegovi licenci. (npr. licenca za splošno medicino VPIŠE 057, licenca za šolsko medicino 056, 014, ...). **TO JE ŠIFRA SLUŽBE ne DEJAVNOSTI !**

Ali obstoja povezava (prelivanje) med službo in dejavnostjo (npr. za dejavnosti F, I in K, ...)?

GLEJ PRILOGO 3!

V prilogi ni nikjer navedeno katere službe spadajo v te dejavnosti.

Ravni križnega šifrantu bi morala biti -> **Služba-Specialnost-Dejavnost-Varstvo-Raven.**

Predlagam, da se naredi tako tabelo.

V tabeli (prilogi) je tudi stolpec z možnimi Vrstami obiskov v posamezni službi. Ali so te kontrole vgrajene v kontrolni program?

Šifra lokacije izvajalca:

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

Vrsta diagnoze:

Vpiše se:

1- pri sporočanju diagnoze ob prvem obisku ali razlogu za prvi obisk

2- pri sporočanju končne diagnoze.

(1) Pri "vrsti diagnoze = 1" se v podatek "koda diagnoze" vpiše diagnoza postavljena ob prvem obisku (ob prvem neposrednem stiku uporabnika zaradi nove bolezni ali stanja v poročevalskem letu).

(2) Pri "vrsti diagnoze = 2" se v podatek "koda diagnoze" vpiše končna diagnoza, ko jo zdravnik postavi, ne glede na to, koliko obiskov je bilo za to potrebno.

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 diagnoze, postavljene 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.

Opomba 3

Za potrebe obdelave (analize) se v SPSS-u šifro **VRSTO DIAGNOZE** upošteva pri določanju **RAVNI**.

Tega v MN ni.

Trenutni način prelivanja v SPSS-u

Služba	Vrsta diagnoze	Raven
Izbrane službe	1	Primarna
Izbrane službe		Sekundarna
Izbrane službe		Drugo
Izbrane službe	2	Ne obdelujemo! Obiski v službah Primarne ravni in Vrsto diagnoze=2

Prosim za pravilna razlago ?

Poročanje diagnoz (vzrokov za obisk) v sistem ZUBZS je vezano na prvi kurativni obisk.

Ali je število prvih kurativnih obiskov enako številu sporočenih vzrokov?

Na **primarni ravni** se beleži VRSTA DIAGNOZE 1 ali 2. V primeru, da se ob obisku zabeleži VRSTA DIAGNOZE 2 se isti zapis zapiše ponovno z VRSTO DIAGNOZE 1. Ali je to res?

Stavek v MN:

Iz **sekundarne ravni** se torej diagnoz pod **Vrsto diagnoze = 1** na državno raven ne pošilja več!

Ali je razlika med **Specialistično ambulantno dejavnostjo (S dejavnost)** in **Sekundarno ravni** ?

Na **sekundarno raven** v SPSS-u razvrstimo tudi službe iz **F, K in I dejavnosti** v katerih beležijo **VRSTO DIAGNOZE 1 in 2**.

Triažni obisk je po metodoloških navodilih "o obiskih in napotitvah" povsem samostojna entiteta in se lahko beleži samo pod "S" oziroma službe ambulantno specialistične 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 2. izdaja. 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 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** je potrebno v 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 vstavev 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 dojke se v primeru patološkega izvida uporabi **ustrezna** MKB X. koda
- v zvezi s kliničnim pregledom dojke, kadar se ga napravi zaradi upoštevanja novih Navodil MZZ iz aprila 2002 (preventivni program) se beleži koda **Z12.3. Kadar se izvaja klinični pregled dojke 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 prekinitvev 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** 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 zastrupitev (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.

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: 0100, 0200, 0300, 0500, 0800, 1300, 1600, 1900, 2000, 2100, 2700, 2900, 3400, 3600, 4000, 8400, 8500, 9000, 9100, 9200

kmetje:	5100, 5200, 5300, 5400, 6400, 6500
brezposelni:	1100, 1200, 2800
upokoјenci:	2200, 5900, 6000, 6200, 6300, 6900, 7000
drugo:	vse druge osebe in vsi družinski člani.

Poškodbe pri delu:

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

Trajanje nosečnosti:

Podatek se spremlja samo v zdravstvenem varstvu žensk. 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 1.1.2008 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:

O1160122

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 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 katerekoli kapacitete v IBM formatu,

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, število zapisov, datum pošiljanja in podpis odgovorne osebe.

2.3 STRUKTURA ZAPISA:

Za potrebe nacionalne zdravstvene statistike morajo izvajalci zunajbolnišnične* zdravstvene dejavnosti zajeti na magnetni medij naslednje podatke o "obiskih in napatitvah" 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 osnovne dejavnosti	C	1	C
šifra zdrav. službe izvajalca	N	3	999
šifra lokacije izvajalca	N	2	99
vrsta obiska	N	3	999
občina bivanja	N	3	999

starost-1-moški	N	5	99999
starost-1-ženske	N	5	99999
starost-2-moški	N	5	99999
starost-2-ženske	N	5	99999
starost-3-moški	N	5	99999
starost-3-ženske	N	5	99999
starost-4-moški	N	6	999999
starost-4-ženske	N	6	999999
starost-5-moški	N	6	999999
starost-5-ženske	N	6	999999
starost-6-moški	N	6	999999
starost-6-ženske	N	6	999999
starost-7-moški	N	6	999999
starost-7-ženske	N	6	999999
starost-8-moški	N	6	999999
starost-8-ženske	N	6	999999
starost-9-moški	N	6	999999
starost-9-ženske	N	6	999999
starost-10-moški	N	6	999999
starost-10-ženske	N	6	999999
starost-11-moški	N	6	999999
starost-11-ženske	N	6	999999
starost-12-moški	N	6	999999
starost-12-ženske	N	6	999999
starost-13-moški	N	6	999999
starost-13-ženske	N	6	999999
starost-14-moški	N	6	999999
starost-14-ženske	N	6	999999
kategor. zavar.-delavci	N	6	999999
kateg. zavar.-kmetje	N	6	999999

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

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

tip C: alfanumerično polje

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

DEFINICIJE PODATKOV IN ŠIFRANTI:

KLJUČNI PODATKI

Obdobje poročanja:

Sestavljeno je iz oznake LL za leto (n.pr. 02) 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 osnovne 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 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 osnovnih dejavnosti so:

Primarna raven:

- D - medicina dela, prometa in športa- preventivna dejavnost
- 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)

Glej Opombo 1 (na strani 11)

Šifra zdrav. službe izvajalca:

Vpišemo tisto šifro zdravstvene službe 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 zdravstvenih služb (2x 50% ali 3x30% + 10%) vpiše tisto šifro zdravstvene dejavnosti izvajalca, ki ustreza njegovi licenci. (Npr. licenca za splošno medicino vpiše 057, licenca za šolsko medicino 056,014...).

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

Glej Opombo 2 (na strani 12)

Šifra lokacije izvajalca:

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

Vrsta obiskov:

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

V službi medicine, dela prometa in športa (055) se lahko beležijo samo preventivni obiski in sicer naslednje vrste obiskov: 613 - 619, 901 – 905 in 910 - 917

V dejavnosti splošne medicine 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 ambulantno specialistični 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 službe ambulantno specialistične 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.

Opomba 4

Ali je potrebno narediti tabelo s povezavo med VRSTO OBISKA in STAROSTNO SKUPINO?

Pri obdelavi podatkov naletimo na neujemanje.

Primer 1:

Vrsta obiska	<1 leto / year	1-3	4-6	7-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 +
301 Sistematični pregled dojenčka v 1 mesecu starosti	19253	11	10	3	2	2	4	6	2	0	0	6
302 Namenski pregled dojenčka v starosti 2 mesecev	11974	8	4	0	0	1	1	2	0	0	0	2
303 Sistematični pregled dojenčka v 3. Mesecu starosti	19227	9	5	1	0	0	1	2	0	3	0	2
304 Sistematični pregled dojenčka v 6. Mesecu starosti	18623	7	2	0	1	0	0	1	1	1	0	3
305 Sistematični pregled dojenčka v 9. Mesecu starosti	18003	26	1	1	0	0	0	2	0	0	0	4

Občina bivanja:

Vpiše se 3-mestna oznaka občine stalnega bivališča pacienta (glejte šifrant v Prilogi 2). Za osebe, ki nimajo stalnega prebivališča v Republiki Sloveniji, se vpiše 000.

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: 0100, 0200, 0300, 0500, 0800, 1300, 1600, 1900, 2000, 2100, 2700, 2900, 3400, 3600, 4000, 8400, 8500, 9000, 9100, 9200

kmetje: 5100, 5200, 5300, 5400, 6400, 6500

brezposelni: 1100, 1200, 2800

upokojenci: 2200, 5900, 6000, 6200, 6300, 6900, 7000

drugo: vse druge osebe in vsi družinski člani.

Trajanje nosečnosti:

Podatek se spremlja samo v zdravstvenem varstvu žensk. 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 1.1.2008 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 osnovnih zdravstvenih dejavnostih 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. IVZ v skrajnem primeru dopušča do 3% izgubo zapisov oziroma podatkov.

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. marca.

