Nacionalni inštitut za javno zdravje

INFORMACIJSKI SISTEM SPREMLJANJA FETALNIH SMRTI - Bolnišnične obravnave

Definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov o fetalnih smrtih, v 2.7

Ljubljana, november 2026

Pomembno

Prijava bolnišničnih fetalnih smrti vključuje vse smrti plodov, ki so ob teh dogodkih **lažji od 500 gramov** in **je nosečnost trajala manj kot 22 tednov** in sicer:

1. patološke oblike nosečnosti,
2. zunajmaternične nosečnosti,
3. spontane prekinitve nosečnosti,
4. umetno izzvane prekinitve nosečnosti in sicer:

- dovoljene splave do vključno 10. tedna nosečnosti (na zahtevo ženske)
- vse umetno izzvane prekinitve nosečnosti po 10. tednu nosečnosti z dovoljenjem Komisij za umetne prekinitve nosečnosti in sterilizacije
- primere feticidov iz medicinskih razlogov (prenatalno ugotovljene z življenjem nezdružljive nepravilnosti ploda ali kadar je ogroženo zdravje in življenje nosečnice) in so dodatno ustrezno kodirani s kodo MKB-10-AM

V **Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti** se preko sistema **ePrenosi** prijavijo **vsi primeri nosečnosti**, **ki se končajo s splavom,** ne glede na to ali je fetalna smrt **v SBO** zabeležena kot glavna diagnoza v diagnostični skupini »Fetalnih smrti«, ali pa je zabeležena kot spremljajoča diagnoza v diagnostični skupini »Bolezni« ali »Poškodbe«. Tak primer je na primer obravnava nosečnice zaradi poškodbe trebuha, v kolikor pride tudi do spontanega splava, ali pa obravnava noseče ženske zaradi malignega obolenja rodil, če se sočasno prekine nosečnost. Pozni zapleti po splavu pa se v Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti ne prijavljajo, v kolikor je bil primer fetalne smrti, po katerem so nastali zapleti, že ustrezno prijavljen.

Bolnišnični primeri fetalnih smrti se ne glede na vrsto obravnave (ali gre za hospitalizacijo ali dnevno obravnavo) v Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti prijavljajo izključno preko sistema ePrenosi.

Primeri fetalnih smrti iz zunajbolnišničnih obravnav (VZD 206) se poročajo preko sistema eSZBO po metodoloških navodilih Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti v zunajbolnišničnih obravnavah.

Spremljanje sprememb

Datum	Verzija	Opis spremembe	Avtor spremembe
December 2012	1.0		Delovna skupina za Fetalne smrti
Februar 2013	1.1	Dopolnjena naslovnica, urejene hiperpovezave v MN, dopolnjeno pojasnilo pri podatku Vzrok obravnave, pri podatku 36 Oznaka druge bolnišnice popravljena povezava na sklicni podatek, podatek 56 Tedni nosečnosti manjši popravek navodil, manjši popravki v tabeli 1 (rdeče kljukice).	P. Nadrag, B. Mihevc Ponikvar, A. Rudolf
Oktober 2013	1.2	Velja za sprejem podatkov za leto 2013; Na novo napisana navodila za poročanje podatkov - Dinamika poročanja. Dodana opomba pri podatku 7 in 34 za bolnišnične obravnave ter spremembe glede obveznosti poročanja pri podatkih 7, 34, 37, 39, 42, 44 in 55. Dodatno pojasnilo pri podatku 39 Dodatna diagnoza. Popravki v tabeli Priloga 1 označeni s podčrtavo.	P. Nadrag, A. Rudolf, Ž. Rant
December 2013	1.3	Dopolnjen šifrant »Napotitev/ stanje ob zaključku« (podatek 35) – dopolnitev šifranta v zvezi z napotitvijo pacienta v tujino. Posledično dopolnjeni Navodilo za uporabo in prilagojena kontrola pri podatkih »Oznaka druge bolnišnice (izvajalca)« – podatek 36. Pri podatku 51 spremenjen pogoj poročanja v pogojno obvezno.	P. Nadrag
December 2014	1.4	Velja za sprejem podatkov za leto 2015 Spremenjena dinamika poročanja Uskladitev definicij z Odredbo o določitvi enotne definicije ključnih pojmov v zdravstvu (UL 40/14): • bolnišnična epizoda • bolnišnična obravnava • dnevna obravnava • sprejem • formalen sprejem • evidenčen sprejem • formalen odpust • evidenčen odpust • stik. Zdravstvena številka (ZZZS številka zavezanca) – spremenjeno daljše ime podatka, prej Zdravstvena številka (številka ZZZS) Oznaka izvajalca – dopolnili besedilo navodila, da bo v skladu z metodološkim gradivom za SBO Dopolnjen šifrant občine regije NIJZ (dodana občina Ankaran), velja za podatek Občina običajnega prebivališča. Razširjen šifrant Vrsta posega z vrednostjo 6 - »medikamentozna prekinitev nosečnosti, ki naknadno potrebuje še kirurški poseg« pri podatku Vrsta posega in sprememba vsebinske kontrole. Dopolnjeno ime podatka Medicinska indikacija za poseg« prej »Indikacija za poseg« ter dopolnjena definicija.	P. Nadrag, A. Rudolf, B. Mihevc Ponikvar
November 2015	1.5	Velja za sprejem podatkov za leto 2016 **Spremenjena XML shema – podatki za fetalne smrti se poročajo po ločeni XML shemi!** **Spremenjena dinamika poročanja!**	Petra Nadrag, Andreja Rudolf, Barbara Mihevc Ponikvar

		Popravljen format podatkov iz NUM v CHAR (dolžina podatka ostane nespremenjena): - Oznaka izvajalca (podatek 6) - Zdravstvena številka (podatek 9) - Občina običajnega prebivališča (podatek 12) - Oznaka druge bolnišnice (izvajalca) (podatek 36). Sprememba šifranta - ukinitev vrednosti 9 (neznano) pri podatkih: - Napotitev neposredno iz druge bolnišnice (podatek 19) - Indikator sprejema (podatek 20) - Ponovni sprejem/stik (podatek 21). Spremenjen šifrant držav (podatek 11). Sprememba obveznosti polja iz pogojno v obvezno: - Občina običajnega prebivališča (podatek 12) Dopolnjena navodila za uporabo (dodano besedilo »… skladno s Standardi kodiranja – avstralska različica 6, slovenske dopolnitve«) pri podatkih: - Glavna diagnoza bolnišnične epizode (podatek 38) - Dodatna diagnoza bolnišnične epizode (podatek 39) - Diagnoza zapleta v epizodi (podatek 40) - Glavni terapevtski ali diagnostični postopek bolnišnične epizode (podatek 41) - Terapevtski ali diagnostični postopek bolnišnične epizode (do 19) (podatek 43) Dopolnjeno ime podatka Matična številka sprejema/primera. Vsebina podatka se ne spreminja.	
Julij 2016	1.6	Velja za sprejem podatkov za leto 2016 • Spremenjena vsebina podatka 6. Spremenjena definicija in navodilo za poročanje. Vrinjen podatek 30a Oznaka izvajalca na epizodi. Prejšnji podatek Oznaka izvajalca pod zaporedno št. 6 se je preimenoval in prestavil pod 30a Oznaka izvajalca v epizodi. Spremenjena navodila za uporabo in obveznost poročanja, sedaj pogojno.	P. Nadrag, A. Rudolf, Z. Karadža
Oktober 2016	1.7	*Velja za sprejem podatkov za leto 2017.* Ni sprememb glede na leto 2016.	P. Nadrag
November 2017	1.8	*Velja za sprejem podatkov za leto 2018.* Dopolnjen pogoj za definicijo primera fetalne smrti, k teži ploda smo dodali tedne nosečnosti, vse ostalo se ne spremeni. Fetalna smrt vključuje vse smrti plodov, ki so ob teh dogodkih **lažji od 500 gramov in je nosečnost trajala manj kot 22 tednov**. Dopolnjeno navodilo za uporabo pri podatku Indikator sprejema (podatek 20). Spremenjen šifrant držav sveta in regij EU je usklajen s šifrantom NUTS 2013 (podatek 11).	P. Nadrag. A. Rudolf, B. Mihevc Ponikvar
Oktober 2018	1.9	*Velja za sprejem podatkov za leto 2019.* Ni sprememb glede na leto 2018.	P. Nadrag
April 2019	1.9a	*Spremenjena obveznost poročanja pri podatku 7 Zaporedna številka.*	P. Nadrag. A. Rudolf, B. Mihevc Ponikvar
oktober 2019	2.0	*Velja za sprejem podatkov za leto 2020.* *Spremeni se Šifrant držav sveta in regij EU.*	P. Nadrag

November 2020	2.1	*Velja za sprejem podatkov za leto 2021.* Posodobljen šifrant MKB-10-AM, verzija 6 (v veljavi od 4. 11. 2020) 37, 38, 39, 40, 65, 66.	P. Nadrag
November 2021	2.2	*Velja za sprejem podatkov za leto 2022.* *Pri podatkih 6,30a, 31,36 je namesto BPI naveden RIZDDZ. Vsebina podatkov se ne spremeni.* *Dopolnjeno navodilo pri podatkih 23, 29, 33 (uporaba 24-urnega zapisa časa).*	P. Nadrag
December 2022	2.3	*Velja za sprejem podatkov za leto 2023.* *Fizična ločitev metodološkega gradiva na bolnišnične iz zunajbolnišnične primere fetalnih smrti. Temu primerno so prilagojena tudi metodološka navodila.* *Nova 11 verzija avstralske modifikacije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene s pripadajočim šifrantom oz. MKB-10-AM verzija 11 (v veljavi od 1.1.2023) pri podatkih 37 – 40, 65 in 66.* *Nova 11 verzija Klasifikacije terapevtskih in diagnostičnih postopkov in posegov s pripadajočim šifrantom oz. KTDP verzija 111 (v veljavi od 1.1.2023) pri podatkih 41, 43.* *Novi verziji Standardov kodiranja – avstralska različica in Slovenskih dopolnitev pri podatkih 38 – 41, 43.* *Sprememba števila dodatnih diagnoz: do 29, pri podatku 39.* *Sprememba števila postopkov: do 29, pri podatkih 43, 44.* *Nova verzija šifranta Šifrant držav sveta in regij EU - združena šifranta držav sveta pri podatku 11.* *Zamejitev zaloge vrednosti pri podatku 56. Tedni nosečnosti (po zadnji menstruaciji) in podatku 57. Tedni nosečnosti po ultrazvoku. Pri obeh podatkih tudi sprememba obveznosti v opozorilo.* *Spremenjena obveznost poročanja pri podatkih 2, 4, 12, 19, 22, 23, 26, 29, 32.* *Sprememba XML sheme.*	Delovna skupina
November 2023	2.4	*Velja za prejem podatkov za leto 2024.* *Sprememba šifranta pri podatkih Tip plačnika za večinski del stroškov za bolnišnično obravnavo (podatek 24).* *Dopolnjene definicije konceptov.* *Sprememba šifranta pri podatku Država stalnega prebivališča (podatek 11).*	Delovna skupina

		Dodatno navodilo glede nesprejemljivih glavnih diagnoz, ter izbrisano oziroma spremenjeno besedilo glede šifer, ki so označene z zvezdico (*) pri podatku 39 in 40. *Sprememba zapisa obveznosti zaradi izključitve ambulantnih primerov v Prilogi 2.* *Spremenjena dinamika poročanja.*	
Oktober 2024	2.5	*Velja za prejem podatkov za leto 2025.* *Nov šifrant Standardna klasifikacija dejavnosti pri podatku 16 Dejavnost zaposlitve.*	Delovna skupina
Marec 2025	2.5a	*Velja za sprejem podatkov za leto 2025* *Dopolnjene* definicije konceptov. *Dodana nova vrsta bolnišnične obravnave (podatek 26).*	Delovna skupina
Oktober 2025	2.6	*Velja za sprejem podatkov za leto 2026*	Delovna skupina
December 2025	2.6a	*Velja za sprejem podatkov za leto 2026* *Dopolnjene* definicije konceptov – Dnevna obravnava.	Delovna skupina
November 2026	2.7	*Velja za sprejem podatkov za leto 2027* *Sprememba pri vpisu neznanega datuma zadnje menstruacije (podatek 55).* Nova 12 verzija avstralske modifikacije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene s pripadajočim šifrantom oz. MKB-10-AM (verzija 12) veljavi od 1.1.2027) pri podatkih 37 – 40, 65 in 66. Nova 12 verzija Klasifikacije terapevtskih in diagnostičnih postopkov in posegov s pripadajočim šifrantom oz. KTDP verzija 12 (v veljavi od 1.1.2027) pri podatkih 41, 43..	Delovna skupina

Pripravili:
(razvrstitev po abecednem vrstnem redu)
Sašo Drobnič
Zenit Karadža
Barbara Mihevc Ponikvar
Petra Nadrag
Bojana Pinter
Tanja Premru-Sršen
Živa Rant
Andreja Rudolf
Eda Vrtačnik-Bokal

Za leto 2027 uredili:
(razvrstitev po abecednem vrstnem redu)
Petra Nadrag
Andreja Rudolf
Maja Starc

Zaščita dokumenta

© 2026 NIJZ
Vse pravice pridržane. Reprodukcija 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 10
NAMEN DOKUMENTA IN OMEJITVE 11
DINAMIKA POROČANJA 13
ZAKONSKA PODLAGA 13
DODATNA POJASNILA 13
POVZETEK POMEMBNIH SPREMEMB 14
SPREMEMBE ZA LETO 2013 14
SPREMEMBE ZA LETO 2014 15
SPREMEMBE ZA LETO 2015 15
SPREMEMBE ZA LETO 2016 16
SPREMEMBE ZA LETO 2017 16
SPREMEMBE ZA LETO 2018 17
SPREMEMBE ZA LETO 2019 17
SPREMEMBE ZA LETO 2020 17
SPREMEMBE ZA LETO 2021 17
SPREMEMBE ZA LETO 2022 17
SPREMEMBE ZA LETO 2023 18
SPREMEMBE ZA LETO 2024 18
SPREMEMBE ZA LETO 2025 - verzija 2.5 19
SPREMEMBE ZA LETO 2025 – verzija 2.5a 19
SPREMEMBE ZA LETO 2026 – verzija 2.6 19
SPREMEMBE ZA LETO 2026 – verzija 2.6a 19
SPREMEMBE ZA LETO 2027 – verzija 2.7 19
DEFINICIJE KONCEPTOV 21
Pacientka 21
Bolnišnica 21
Bolniške postelje 21
Bolnišnična obravnava 21
Bolnišnična obravnava istega tipa 21
Vrsta bolnišnične obravnave 22
Obliko bolnišnične obravnave 23
Tip bolnišnične obravnave 24
Sprejem 26
Ponovni sprejem 27
Odpust 27
Evidenčen odpust 27
Trajanje hospitalizacije 27
Trajanje bolnišnične epizode 27
Intenzivna terapija 28
Bolnišnična epizoda (zapis bolnišnične epizode) 28
Glavna diagnoza bolnišnične obravnave 28

Glavna diagnoza bolnišnične epizode 29
Dodatne diagnoze bolnišnične obravnave / bolnišnične obravnave istega tipa / epizode 29
Glavni terapevtski ali diagnostični postopek 30
Terciarna raven 30
Zdravstvena oskrba 30
NABOR PODATKOV 31
DEFINICIJE IN OPIS PODATKOV 32
A. Podatki o paketu 32
1. NAČIN OBRAVNAVE 32
2. LETO ZAJEMA 32
3. LETO FETALNE SMRTI 32
4. OBDOBJE ZAJEMA 32
5. OBDOBJE FETALNE SMRTI 33
B. Podatki o izvajalcu 33
6. OZNAKA IZVAJALCA 33
7. ZAPOREDNA ŠTEVILKA ZAPISA 34
C. Podatki o pacientki 34
8. ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA (EMŠO) 34
9. ZDRAVSTVENA ŠTEVILKA (ZZZS številka zavezanca) 34
10. DATUM ROJSTVA 35
11. DRŽAVA STALNEGA PREBIVALIŠČA 35
12. OBČINA OBIČAJNEGA PREBIVALIŠČA 35
13. ZAKONSKI STAN 36
14. STOPNJA IZOBRAZBE 36
15. DELO, KI GA OPRAVLJA 37
16. DEJAVNOST ZAPOSLITVE 38
17. PODLAGA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE 38
D. Podatki o sprejemu v bolnišnico 39
18. MATIČNA ŠTEVILKA SPREJEMA/PRIMERA 39
19. NAPOTITEV NEPOSREDNO IZ DRUGE BOLNIŠNICE 39
20. INDIKATOR SPREJEMA 39
21. PONOVNI SPREJEM/STIK 40
22. DATUM SPREJEMA V BOLNIŠNICO 40
23. URA SPREJEMA V BOLNIŠNICO 41
24. TIP PLAČNIKA ZA VEČINSKI DELEŽ STROŠKOV 41
E. Podatki o epizodi bolnišnične obravnave 42
25. VZROK OBRAVNAVE 42
26. VRSTA OBRAVNAVE 42
27. ZAPOREDNA ŠTEVILKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE 42
28. DATUM ZAČETKA EPIZODE / DATUM STIKA 43
29. URA ZAČETKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE 43
30. VRSTA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI 43

30a. OZNAKA IZVAJALCA V EPIZODI ... 44
31. ŠIFRA LOKACIJE ... 44
32. DATUM ZAKLJUČKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE ... 44
33. URA ZAKLJUČKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE ... 44
34. DATUM ZAKLJUČKA HOSPITALIZACIJE ... 45
35. NAPOTITEV/ STANJE OB ZAKLJUČKU ... 45
36. OZNAKA DRUGE BOLNIŠNICE (IZVAJALCA) ... 45
37. NEPOSREDNI VZROK SMRTI ... 46
38. GLAVNA DIAGNOZA ... 46
39. DODATNA DIAGNOZA (DO 29 DIAGNOZ) ... 46
40. DIAGNOZA ZAPLETA (DO 3 DIAGNOZE) ... 47
41. GLAVNI TERAPEVTSKI ALI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK ... 48
42. DATUM GLAVNEGA TERAPEVTSKA ALI DIAGNOSTIČNEGA POSTOPKA ... 48
43. TERAPEVTSKI ALI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK (DO 29) ... 48
44. DATUM TERAPEVTSKEGA ALI DIAGNOSTIČNEGA POSTOPKA (DO 29) ... 49
F. Anamnestični podatki ... 50
45. ŠTEVILO DOSEDANJIH PORODOV ... 50
46. ŠTEVILO ŽIVOROJENIH OTROK ... 50
47. ŠTEVILO DOSEDANJIH SPONTANIH SPLAVOV IN DRUGIH PATOLOŠKIH OBLIK NOSEČNOSTI (RAZEN ZUNAJMATERNIČNIH NOSEČNOSTI) ... 50
48. ŠTEVILO DOSEDANJIH ZUNAJMATERNIČNIH NOSEČNOSTI ... 51
49. ŠTEVILO DOSEDANJIH DOVOLJENIH SPLAVOV ... 51
50. IZID ZADNJE PREDHODNE NOSEČNOSTI ... 51
51. MESEC IN LETO ZAKLJUČKA ZADNJE PREDHODNE NOSEČNOSTI ... 52
52. UPORABA ZANESLJIVE KONTRACEPCIJE (KADARKOLI) (do 4 podatki) ... 52
53. UPORABA ZADNJE KONTRACEPCIJE (V ČASU ZANOSITVE) ... 53
54. ČAS UPORABE ZADNJE KONTRACEPCIJE ... 53
55. DATUM ZADNJE MENSTRUACIJE (ZM) ... 54
56. TEDNI NOSEČNOSTI (PO ZADNJI MENSTRUACIJI) ... 54
57. TEDNI NOSEČNOSTI PO ULTRAZVOKU (UZ) ... 54
G. Podatki o posegih ... 54
58. PREDOPERATIVNA DILATACIJA MATERNIČNEGA VRATU ... 55
59. VRSTA POSEGA ... 55
60. DRUGI POSEGI ... 55
61. HISTOLOŠKA PREISKAVA ... 56
62. ANESTEZIJA ... 56
63. RhD ZAŠČITA ... 56
64. MEDICINSKA INDIKACIJA ZA POSEG ... 56
65. DIAGNOZA ZA MEDICINSKO INDIKACIJO NOSEČNICE ... 57
66. DIAGNOZA ZA MEDICINSKO INDIKACIJO PLODU ... 57
PRILOGA 1: SEZNAM ŠIFRANTOV ... 58
PRILOGA 2: INFORMATIVNA STRUKTURA ZAPISA PODATKOV ... 58

UVOD

Podatki o bolnišničnih in zunajbolnišničnih (ambulantnih) obravnavah 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.

Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti (ISSFS), v okviru katerega se beležijo podatki o vseh fetalnih smrtih v Sloveniji, ki predstavljajo pomemben vir podatkov za spremljanje, vrednotenje in načrtovanje programov na področju načrtovanja družine in predporodnega varstva, je samostojen medicinski register fetalnih smrti v Sloveniji.

Vključuje vse smrti plodov, ki so ob teh dogodkih **lažji od 500 gramov in je nosečnost trajala manj kot 22 tednov** in sicer:
1. patološke oblike nosečnosti,
2. zunajmaternične nosečnosti,
3. spontane prekinitve nosečnosti,
4. umetno izzvane prekinitve nosečnosti in sicer:

- dovoljene splave do vključno 10. tedna nosečnosti (na zahtevo ženske)
- vse umetno izzvane prekinitve nosečnosti po 10. tednu nosečnosti z dovoljenjem Komisij za umetne prekinitve nosečnosti in sterilizacije
- primere feticidov iz medicinskih razlogov (prenatalno ugotovljene z življenjem nezdružljive nepravilnosti ploda ali kadar je ogroženo zdravje in življenje nosečnice) in so dodatno ustrezno kodirani s kodo MKB-10-AM.

Ta stanja so klasificirana v "O" skupino (poglavje XV) avstralske modifikacije Mednarodne klasifikacije bolezni - X. revizija (MKB-10-AM, verzija 12), od O00.0 do O08.9.

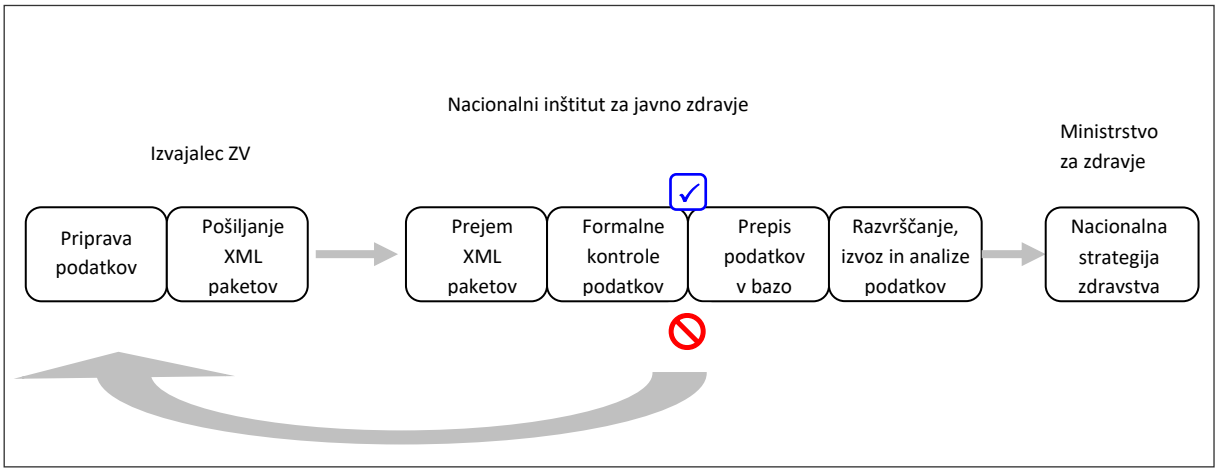
Medicinska dokumentacija je obrazec Prijava fetalne smrti, DZS (Obr. 8,171)

Od leta 1997 je bil Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti deloma usklajen z Informacijskim sistemom bolnišničnih obravnav. Medsebojno usklajevanje posameznih zbirk podatkov je v skladu z zahtevami Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva glede zagotavljanja elementov enotnosti zdravstvenega informacijskega sistema v Republiki Sloveniji in v skladu z zahtevo Ministrstva za zdravje po poenotenju spremljanja bolnišničnih in ambulantnih obravnav. Temeljne zakonske podlage so še Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o državni statistiki in Letni program statističnih raziskovanj.

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 bolnišnične zdravstvene dejavnosti NIJZ od 1. januarja 2013 dalje, združuje oba obstoječa sistema spremljanja bolnišničnih obravnav (Informacijski sistem bolnišničnih obravnav za posamezne bolnišnične epizode – BOLOB in Podatkovna zbirka bolnišničnih obravnav istega tipa – SPP) in omogoča poročanje v enoten informacijski sistem bolnišničnih obravnav ePrenosi. Ker je bil od leta 1997 dalje Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti deloma usklajen z Informacijskim sistemom bolnišničnih obravnav (BOLOB), so bile zaradi sprememb povezanih z

združevanjem sistemov bolnišničnih obravnav, potrebne tudi spremembe v okviru Informacijskega sistema spremljanja fetalnih smrti.

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. Pooblaščeno osebo za pošiljanje podatkov mora v zdravstvenem zavodu pooblastiti direktor zavoda.



Slika 1: Aplikacija ePrenosi

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva iz leta 2000 (UL RS, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 – ZZUOOP, 175/20 – ZIUOPDVE, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 206/21 – ZDUPŠOP, 141/22 – ZNUNBZ, 18/23 – ZDU-1O in 84/23 – ZDOsk-1*) nalaga vsem izvajalcem zdravstvenega varstva obveznost poročanja vseh podatkov o obravnavah, ki so opredeljeni v zakonu in navedeni v zbirkah.*

NAMEN DOKUMENTA IN OMEJITVE

Metodološka navodila za spremljanje fetalnih smrti so namenjena:

- **bolnišnicam kot navodilo za poročanje podatkov o bolnišničnih obravnavah fetalnih smrti Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje.**

V skladu z metodološkimi navodili Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti, v. 2.7, se poročajo samo vse **bolnišnične obravnave** fetalnih smrti. Poročajo se vsi podatki za vsako fetalno smrt, ki se je zgodila od 1.1 do 31.12. 2027, ne glede na datum sprejema oz. odpusta pacientke.

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

Ta dokument zamenjuje Metodološka navodila, verzija 2.6a Informacijskem sistemu spremljanja fetalnih smrti iz leta 2026.

Vsa morebitna vsebinska vprašanja ali pripombe kot tudi težave s pošiljanjem podatkov prosimo posredujete na naslov pis_fs@nijz.si.

DINAMIKA POROČANJA

Poročanje podatkov za bolnišnične obravnave

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

Sprejem paketov podatkov preko aplikacije ePrenosi bo potekalo ***vsake 3 mesece.***
Začetek sprejemanja podatkov bo 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 prihodnjega leta.

Poročanje podatkov za zunajbolnišnične obravnave

Izvajalci, ki opravljajo obravnave zaradi fetalne smrti tudi ambulantno, pošljejo podatke o zunajbolnišničnih obravnavah preko spletne aplikacije eSZBO po metodoloških navodilih Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti v zunajbolnišničnih obravnavah (SZBO_FTSM).

K poročanju so zavezani vsi javni zdravstveni zavodi in fizične osebe, katerih dejavnost obsega zdravstveno varstvo žensk oziroma ginekološko porodniško dejavnost.

ZAKONSKA PODLAGA

- Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ), objavljen v Uradnem listu Republike Slovenije številka 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 – ZZUOOP, 175/20 – ZIUOPDVE, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 206/21 – ZDUPŠOP in 141/22 – ZNUNBZ, 18/23 – ZDU-1O in 84/23 – ZDOsk-1.
- Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP), Uradni list SRS, št. 11/77, 42/86 in Uradni list RS, št. 70/00 – ZZNPOB.

DODATNA POJASNILA

UVEDBA NOVEGA OBRAZCA

Z dnem 1.1.2013 je stopil v veljavo prenovljen obrazec **PRIJAVA FETALNE SMRTI**, DZS (**Obr. 8,171**), ki je hkrati tudi del osnovne medicinske dokumentacije.

POVZETEK POMEMBNIH SPREMEMB

SPREMEMBE ZA LETO 2013

Glavne spremembe metodoloških navodil, ki se nanašajo na podatke o izvajalcu, pacientki, sprejemu, bolnišnični epizodi in zunajbolnišničnem stiku so nastale zaradi združevanja obeh sistemov spremljanja bolnišničnih obravnav in sicer Informacijskega sistema bolnišničnih obravnav za posamezne bolnišnične epizode in Podatkovne zbirke bolnišničnih obravnav istega tipa, zaradi česar je bilo potrebno nekatere šifrante, ki med obema zbirkama še niso bili popolnoma usklajeni dodatno uskladiti.

Nekatere druge spremembe šifrantov pa so nastale zato, ker so bili nekateri šifranti usklajeni z državnimi standardi. Poleg tega so bile potrebne dodatne spremembe zaradi uskladitve z definicijami in šifranti, ki jih uvaja Enotni informacijski model v zdravstvu.

Nekaj je tudi vsebinskih sprememb, ki se nanašajo izključno na poročanje fetalnih smrti, in so nastale zaradi napredka stroke, ki se je zgodil od zadnjih objavljenih metodoloških navodil iz leta 1997 in posledično zaradi potreb po novih podatkih. Nekaj podatkov smo tako iz ISSFS izključili, dodali nove, predvsem pa smo posodobili šifrante.

Metodološka navodila so namenjena tako za spremljanje bolnišničnih kot tudi zunajbolnišničnih obravnav fetalnih smrti. Pri vsakem podatku smo zato najprej naredili dve primerjavi (primerjava z MN SBO za leto 2013 in z MN Fetalne smrti iz leta 1997), ki sta zajeti v dveh opombah, kot tudi, napisali, katere podatke se izpolni glede na Način obravnave.

Povzemamo glavne spremembe na ravni posameznih poročanih podatkov:

- Način obravnave - nov podatek, s katerim ločimo bolnišnične od zunajbolnišničnih (ambulantnih) obravnav;
- Leto zajema - uskladitev med obema sistemoma spremljanja bolnišničnih obravnav;
- Obdobje zajema - uskladitev med obema sistemoma spremljanja bolnišničnih obravnav;
- Leto fetalne smrti – nov podatek; različno kot »Leto zajema« v SBO;
- Obdobje fetalne smrti – nov podatek; različno kot «Obdobje zajema« v SBO;
- Zdravstvena številka (številka ZZZS) – nov podatek;
- Občina običajnega bivališča – nov podatek, zamenjava z »Občina stalnega bivališča« in večjim številom spremenljivk na obrazcu »Kraj stalnega ali začasnega bivališča« ter in »Kraj bivanja (poštna številka)«;
- Država stalnega bivališča – nov podatek;
- Zakonski stan – sprememba besedila šifranta pri točki 5 zaradi uskladitve z državnim standardom;
- Stopnja izobrazbe – nov šifrant zaradi uskladitve z državnim standardom;
- Delo, ki ga opravlja – nov šifrant, prej »Poklic – Delo, ki ga opravlja«;
- Dejavnost zaposlitve – nov šifrant;
- Indikator sprejema – nov podatek,
- Vzrok bolnišnične obravnave – nadomešča podatek Vrsta dokumenta; spremenjen šifrant;
- Vrsta zdravstvene dejavnosti - lokacija je ločen podatek;
- Šifra lokacije »Šifra zdravstvene dejavnosti« je ločen podatek;
- Napotitev/ stanje ob zaključku – nov podatek;
- Glavna diagnoza, dodatne diagnoze, diagnoze zapleta, in neposredni vzrok smrti - posodobljen šifrant (šifrant MKB-10-AM, verzija 6);
- Dodatna diagnoza – nadomešča spremljajočo diagnozo, pri čemer je možno vpisati do 19 dodatnih diagnoz;

- Diagnoza zapleta – prej »Komplikacije nastale med hospitalizacijo«, možno je vpisati do 3 diagnoze;
- Neposredni vzrok smrti - posodobljen šifrant (šifrant MKB-10-AM, verzija 6), spremenjen podatek, prej »Osnovni vzrok smrti«;
- Število dosedanjih spontanih splavov in drugih patoloških oblik nosečnosti (razen zunajmaternične nosečnosti) – nov podatek, prej Število dosedanjih spontanih splavov;
- Število dosedanjih zunajmaterničnih nosečnosti – nov podatek;
- Izid zadnje predhodne nosečnosti – dopolnjeno ime podatka (dodana beseda »predhodne« in dopolnjen šifrant;
- Mesec in leto zadnje predhodne nosečnosti – nov podatek, ki zamenjuje podatek »Čas od zadnje nosečnosti (v mesecih)«;
- Uporaba zanesljive kontracepcije (kadarkoli) – spremenjen šifrant; možno vpisati do 4 podatke;
- Uporaba zadnje kontracepcije (v času zanositve) – spremenjen šifrant;
- Čas uporabe zadnje kontracepcije – nov podatek, ki zamenjuje podatek »Meseci uporabe zadnje kontracepcije«;
- Datum zadnje menstruacije (ZM) – nov podatek;
- Tedni nosečnosti po ultrazvoku (UZ) – nov podatek;
- Predoperativna dilatacija materničnega vratu – nov podatek;
- Vrsta posega – spremenjen šifrant;
- Anestezija – spremenjen šifrant;
- RhD zaščita – sprememba imena podatka prej »Rh desenzibilizacija«;
- Indikacija za poseg – spremenjen šifrant; prej »Medicinska indikacija za poseg«
- Diagnoza za medicinsko indikacijo nosečnosti – posodobljen šifrant (šifrant MKB-10-AM, verzija 6)
- Diagnoza za medicinsko indikacijo plodu – posodobljen šifrant (šifrant MKB-10-AM, verzija 6)

SPREMEMBE ZA LETO 2014

Povzemamo glavne spremembe na ravni posameznih poročanih podatkov:

- Napotitev/ stanje ob zaključku – razširjen šifrant s kodami, ki opredeljujejo, ali gre za napotitev pacienta na zdravljenje ali rehabilitacijo v Sloveniji ali v tujino;
- Oznaka druge bolnišnice (izvajalca) – zaradi novega šifranta posledično spremenjena kontrola 21 in 41
- Mesec in leto zaključka zadnje predhodne nosečnosti – spremenjen pogoj poročanja, sedaj pogojno obvezno
- Datum zaključka hospitalizacije - podatek se ne poroča
- Zaporedna številka fetalne smrti - podatek se ne poroča za bolnišnične obravnave.

SPREMEMBE ZA LETO 2015

Z letom 2015 se je spremenila dinamika poročanja za bolnišnične obravnave, ki je od 1.1.2015 na vsake **3 mesece**. Za poročanje zunajbolnišničnih (ambulantnih) obravnav se dinamika poročanja za to leto ne spremeni.

Dopolnjen šifrant občine regije NIJZ (dodana občina Ankaran), velja za podatek »Občina običajnega prebivališča«.
S 1.1. 2015 se število občin poveča za občino Ankaran. Nova občina obsega le eno naselje, to je naselje Ankaran, ki je bilo s to spremembo izločeno iz območja mestne občine Koper in je v celoti postalo sestavni del območja nove občine s šifro 213.

Uskladitev definicij z *Odredbo o določitvi enotne definicije ključnih pojmov v zdravstvu* (UL 40/14):

- bolnišnična epizoda
- bolnišnična obravnava
- vrsta bolnišnične obravnave
- dnevna obravnava
- sprejem
- formalen sprejem
- evidenčen sprejem
- formalen odpust
- evidenčen odpust
- stik.

Povzamemo glavne spremembe na ravni posameznih poročanih podatkov:

- Zdravstvena številka (ZZZS številka zavezanca) – spremenjeno daljše ime podatka, prej Zdravstvena številka (številka ZZZS)
- Oznaka izvajalca – dopolnili besedilo navodila, da bo v skladu z metodološkim gradivom za SBO
- Vrsta posega – razširili šifrant z vrednostjo 6 »medikamentozna prekinitev nosečnosti, ki naknadno potrebuje še kirurški poseg« in dopis vsebinskih kontrol
- Medicinska indikacija za poseg – dopolnjeno ime spremenljivke prej »Indikacija za poseg« ter dopolnjena definicija.

SPREMEMBE ZA LETO 2016

- **Spremenjena XML shema – podatki o bolnišničnih obravnavah za fetalne smrti se poročajo po ločeni XML shemi.**
- Spremenjena dinamika poročanja!
- Popravljen format nekaterih podatkov iz NUM v CHAR (dolžina podatkov ostane nespremenjena) – XML shema ostaja nespremenjena.
- Sprememba šifrantov Napotitev neposredno iz druge bolnišnice, Indikator sprejema, Ponovni sprejem - ukinitev vrednosti 9 (neznano).
- Dopolnjen šifrant držav.
- Sprememba obveznosti polja iz pogojno v obvezno: Občina običajnega prebivališča
- Dopolnjena navodila za uporabo pri podatkih o glavni diagnozi, dodatni diagnozah, diagnozah zapleta, zunanjih vzrokih in postopkih (dodano besedilo »… skladno s Standardi kodiranja – avstralska različica 6, slovenske dopolnitve«)
- Dopolnjeno ime podatka Matična številka sprejema/primera. Vsebina podatka se ne spreminja.
- Spremenjena vsebina podatka 6 Oznaka izvajalca, spremenila se je definicija in navodilo za poročanje.
- Vrinjen podatek 30a Oznaka izvajalca v epizodi. Prejšnji podatek 6 Oznaka izvajalca je bil preimenovan v Oznaka izvajalca v epizodi. Sprememba navodil za uporabo in obveznost poročanja v pogojno.

SPREMEMBE ZA LETO 2017

Ni sprememb glede na leto 2016.

SPREMEMBE ZA LETO 2018

- Dopolnjen pogoj pri definiciji primera fetalne smrti.

Vključuje vse smrti plodov, ki so ob teh dogodkih **lažji od 500 gramov in je nosečnost trajala manj kot 22 tednov** in sicer:

1. patološke oblike nosečnosti,
2. zunajmaternične nosečnosti,
3. spontane prekinitve nosečnosti,
4. umetno izzvane prekinitve nosečnosti in sicer:
   - dovoljene splave do vključno 10. tedna nosečnosti (na zahtevo ženske)
   - vse umetno izzvane prekinitve nosečnosti po 10. tednu nosečnosti z dovoljenjem Komisij za umetne prekinitve nosečnosti in sterilizacije
   - primere feticidov iz medicinskih razlogov (prenatalno ugotovljene z življenjem nezdružljive nepravilnosti ploda ali kadar je ogroženo zdravje in življenje nosečnice) in so dodatno ustrezno kodirani s kodo MKB-10-AM.

- Spremenjen šifrant držav (podatek 11).
- Dopolnjeno navodilo za uporabo pri podatku Indikator sprejema (podatek 20).

SPREMEMBE ZA LETO 2019

V verziji 1.9a spremenjena obveznost pri Zaporedni številki zapisa.

SPREMEMBE ZA LETO 2020

V verziji 2.0 se spremeni Šifrant držav sveta in regij EU in sicer se naziv šifre MK iz "Makedonija, nekdanja jugoslovanska republika" spremeni v "Severna Makedonija".

SPREMEMBE ZA LETO 2021

- Posodobljen šifrant MKB-10-AM, verzija 6 (v veljavi od 4. 11. 2020) pri podatkih o glavni diagnozi (podatek 38, dodatnih diagnozah (podatek 39), diagnozah zapleta (podatek 40), neposrednem vzroku smrti (podatek 37), diagnozi za medicinsko indikacijo nosečnice (podatek 65), diagnozi za medicinsko indikacijo plodu (66).

SPREMEMBE ZA LETO 2022

- Dopolnjeno navodilo pri podatkih 23, 29, 33 (uporaba – 24-urnega zapisa časa).

SPREMEMBE ZA LETO 2023

Z letom 2023 se fizično ločijo metodološka navodila za bolnišnične in zunajbolnišnične obravnave primerov fetalnih smrti. Zaradi sledljivosti podatkov poimenovanje podatkov ostaja enako. Definicije pri podatkih in navodilo za uporabo se prilagodi izključno bolnišničnim obravnavava, vsebinskih sprememb ni.

Preko sistema ePrenosi se s tem letom naprej poročajo izključno **samo** bolnišnične obravnave fetalnih smrti.

Nastale spremembe po podatkih:

- Nova 11 verzija avstralske modifikacije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene s pripadajočim šifrantom oz. MKB-10-AM (verzija 11) veljavi od 1.1.2023) pri podatkih 37 – 40, 65 in 66.
- Nova 11 verzija Klasifikacije terapevtskih in diagnostičnih postopkov in posegov s pripadajočim šifrantom oz. KTDP verzija 11 (v veljavi od 1.1.2023) pri podatkih 41, 43.
- Novi verziji Standardov kodiranja – avstralska različica in Slovenskih dopolnitev pri podatkih 38 – 41, 43.
- Sprememba števila dodatnih diagnoz: do 29, pri podatku 39.
- Sprememba števila postopkov: do 29, pri podatkih 43, 44.
- *Nova verzija šifranta* Šifrant držav sveta in regij EU - združena šifranta držav sveta pri podatku 11.
- *Zamejitev zaloge vrednosti pri podatku 56. Tedni nosečnosti (po zadnji menstruaciji) in podatku 57. Tedni nosečnosti po ultrazvoku. Pri obeh podatkih tudi sprememba obveznosti v opozorilo.*
- *Spremenjena obveznost poročanja pri podatkih 2, 4, 12, 19, 22, 23, 26, 29, 32.*
- *Sprememba XML sheme.*

Primeri zunajbolnišničnih obravnav se poročajo preko sistema eSZBO po metodoloških navodilih Metodološko navodilo FTSM za leto 2024.

SPREMEMBE ZA LETO 2024

Velja za sprejem podatkov za leto 2024.

- Spremenjena dinamika poročanja.
- Dopolnjene definicije konceptov.
- Sprememba šifranta pri podatku Država stalnega prebivališča (podatek 11).
- Dodatno navodilo glede nesprejemljivih glavnih diagnoz, ter izbrisano oziroma spremenjeno besedilo glede šifer, ki so označene z zvezdico (*) pri podatku 39, 40.
- Sprememba šifranta pri podatkih Tip plačnika za večinski del stroškov (podatek 24).
- Sprememba zapisa obveznosti zaradi izključitve ambulantnih primerov v Prilogi 2.

Primeri zunajbolnišničnih obravnav se poročajo preko sistema eSZBO po metodoloških navodilih Metodološko navodilo FTSM za leto 2024.

SPREMEMBE ZA LETO 2025 - verzija 2.5

Velja za sprejem podatkov za bolnišnične obravnave fetalnih smrti za leto 2025.

Nov šifrant Standardna klasifikacija dejavnosti: https://www.stat.si/Klasje/Klasje/Tabela/17977 pri podatku 16 Dejavnost zaposlitve.

Primeri zunajbolnišničnih obravnav se poročajo preko sistema eSZBO po metodoloških navodilih Metodološko navodilo FTSM za leto 2025.

SPREMEMBE ZA LETO 2025 – verzija 2.5a

Velja od 1.1.2025.

- Na podlagi Odredbe o dopolnitvi Odredbe o določitvi enotne definicije ključnih pojmov v zdravstvu (Uradni list RS, št. 13/2025) so bile dopolnjene definicije konceptov ter
- dodana nova vrsta bolnišnične obravnave (podatek 26).

SPREMEMBE ZA LETO 2026 – verzija 2.6

Velja za sprejem podatkov za bolnišnične obravnave fetalnih smrti za leto 2025.

Ni sprememb glede na leto 2025.

SPREMEMBE ZA LETO 2026 – verzija 2.6a

- Na podlagi dogovora z ZZZS dopolnjene izjeme, ki se štejejo kot dnevne obravnave.

SPREMEMBE ZA LETO 2027 – verzija 2.7

Velja za sprejem podatkov za bolnišnične obravnave fetalnih smrti za leto 2027.

- V primeru neznanega datuma zadnje menstruacije (podatek 55) se vnese vrednost 01011999.
- Nova 12 verzija avstralske modifikacije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene s pripadajočim šifrantom oz. MKB-10-AM (verzija 12) veljavi od 1.1.2027) pri podatkih 37 – 40, 65 in 66.
- Nova 12 verzija Klasifikacije terapevtskih in diagnostičnih postopkov in posegov s pripadajočim šifrantom oz. KTDP verzija 12 (v veljavi od 1.1.2027) pri podatkih 41, 43.

POGOJI IN POSEBNOSTI PRI BELEŽENJU PODATKOV ZARADI FETALNIH SMRTI

I. SBO pogoji

1. Kategorije MKB-10-AM (verzija 12), ki so kot glavne diagnoze dopustne, kadar je vzrok obravnave fetalna smrt (= 5):

Kode MKB-10-AM (verzija 12): O00.0 – O07.9.

2. Kategorije MKB-10-AM (verzija 12), ki se lahko pojavljajo kot glavne diagnoze pri različnih vzrokih obravnave:

Kadar je vzrok bolnišnične obravnave bolezen in kadar je vzrok bolnišnične obravnave fetalna smrt:
Kode O03 – O06 z oznako .0 - .4 na četrtem mestu se kot glavne diagnoze lahko pojavijo kadar je vzrok bolnišnične obravnave bolezen in kadar je vzrok bolnišnične obravnave fetalna smrt. Med katere vzroke bolnišnične obravnave sodi posamezen primer je potrebno opredeliti glede na samo vsebino obravnave (glej POSEBNOSTI).

Posebnosti
Vse **prve bolnišnične obravnave zaradi nosečnosti, ki se končajo s splavom** (glavna diagnoza: kode MKB-10-AM, verzija 12: O00.0 – O07.9) se beležijo med vzroke bolnišnične obravnave zaradi fetalnih smrti. Če se med hospitalizacijo pojavijo neposredni zapleti, se beležijo kot četrto mesto v šifrah O03 – O06, lahko pa se poleg glavne diagnoze (O00.0 – O07.9) zabeleži še diagnoza zapleta (kode O08.0 – O08.9). Kot ena od dodatnih diagnoz se obvezno beleži ena izmed kod O09.0 – O09.9.

Pozni zapleti po splavu (glavna diagnoza: MKB-10-AM (verzija 12) - kode O08.0 – O08.9), nastali pri pacientkah, ki so bile po posegu že odpuščene iz bolnišnice, pa sodijo med vzroke bolnišnične obravnave zaradi bolezni, s tem, da se kot dodatno diagnozo doda vrsta splava, ki je bil vzrok za prejšnjo hospitalizacijo (MKB-10-AM (verzija 12)- kode: O00.0 – O07.9). Izjemoma se, če so vzrok za ponovni sprejem zaostale tvorbe zanositve, kot ostanek splava, izvedenega v prejšnji hospitalizaciji, lahko kot glavna diagnoza zabeležijo tudi MKB-10-AM (verzija 12) kode O03 – O06 z oznako .0 - .4 na četrtem mestu. Kot ena od dodatnih diagnoz se obvezno beleži ena izmed kod O09.0 – O09.9. Sprejem mora biti v vseh teh primerih obvezno označen kot ponovni.

II. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti

V Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti se prijavijo vsi primeri nosečnosti, ki se končajo s splavom, ne glede na to ali je fetalna smrt v SBO zabeležena kot glavna diagnoza v diagnostični skupini »Fetalnih smrti«, ali pa je zabeležena kot spremljajoča diagnoza v diagnostični skupini »Bolezni« ali »Poškodbe«. Tak primer je na primer obravnava nosečnice zaradi poškodbe trebuha, v kolikor pride tudi do spontanega splava, ali pa obravnava noseče ženske zaradi malignega obolenja rodil, če se sočasno prekine nosečnost. Pozni zapleti po splavu pa se v Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti ne prijavljajo, v kolikor je bil primer fetalne smrti, po katerem so nastali zapleti, že ustrezno prijavljen.

DEFINICIJE KONCEPTOV

Pacientka

Pacientka je bolnica ali druga uporabnica zdravstvenih storitev v odnosu do zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev oziroma izvajalcev zdravstvenih storitev 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).

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 aparaturam.
Skladno z metodologijo OECD postelje delimo na:

a) postelje za akutno bolnišnično obravnavo,
b) postelje za psihiatrično bolnišnično obravnavo,
c) postelje za rehabilitacijsko obravnavo,
d) postelje za dolgotrajno bolnišnično obravnavo,
e) postelje za ostale bolnišnične obravnave.

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.

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.

Vrsta bolnišnične obravnave

Vrsta bolnišnične obravnave razvršča obravnave glede na način izvajanja zdravstvene oskrbe pacientke v bolnišnici. Ločimo hospitalizacije, dnevne obravnave, dolgotrajne dnevne obravnave in drugo.

Vrste bolnišnične obravnave:

Hospitalizacija (obravnava z nočitvijo)
Hospitalizacija je neprekinjena, več kot 24 ur (ali vsaj preko noči) trajajoča obravnava pacientke 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 bila pacientka že prvi dan hospitalizacije premeščena 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 pacientko 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 pacientke, 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 kot dnevna obravnava šteje tudi:
- diagnostika motenj spanja , čeprav je pacientka v bolnišnici preko noči
- pacient odpuščen dan po sprejemu, vendar je bilo predvideno, da bo odpuščen na dan sprejema,
- pacient sprejet dan pred posegom za podporo/nadzor s pripravo ali ker sprejem na isti dan zanj ni mogoč ali izvedljiv.

Pojasnila:
1. Pacientka 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 aparaturam) ali redne bolniške postelje (v tem primeru to ni hospitalizacija in ta ležalna doba ni vključena v število bolniških oskrbnih dni).
2. Obravnava pacientke, ki je sprejet kot dnevna pacientka, a ostane v bolnišnici tudi čez noč, se šteje kot hospitalizacija (razen v primeru izjem navedenih zgoraj). 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 pacientka ta dan ni ostala preko noči (v skladu z EUROSTAT, OECD).

3. K drugi alineji: s to izjemo so zajete obravnave pacientov, ki so bili sprejeti v dnevno-bolnišnično obravnavo, a so bili obravnavni tako pozno (npr. zaradi nepredvidljivih okoliščin obravnav pacientov, ki so bili na vrsti pred njimi), da odpust istega dne ni bil izvedljiv.
4. K tretji alineji: s to izjemo so zajete obravnave pacientov, ki so npr. starejši in tistih, ki živijo na oddaljenih lokacijah. S tem se zmanjša stopnja stresa in s tem tudi verjetnost za zaplete (predvsem pri polimorbidnih ali starejših pacientih), če je oseba na dan posega/preiskave že v bolnišnici, kar pomeni, da se jo sprejme na večer pred tem.

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

Pojasnili:
1. Pacientke 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".
2. 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.

Obravnava z nočitvijo (hospitalizacija) skupaj z (dolgotrajno) dnevno obravnavo
Obravnava z nočitvijo (hospitalizacija) skupaj z (dolgotrajno) dnevno obravnavo je obravnava, v kateri se v istem bolnišničnem zdravljenju prepletata stacionarni in nestacionarni način obravnave (med začetnim datumom sprejema v bolnišnico in končnim datumom odpusta iz bolnišnice).

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.

Obliko bolnišnične obravnave

opredeljujemo kot skupno značilnost zdravstvenih storitev, ki jih je bil pacient deležen v času posamezne bolnišnične obravnave. Ločimo med akutno in neakutno obliko bolnišnične obravnave.

Akutna bolnišnična obravnava obsega zdravstvene storitve in stanja, kot to določa zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost.

Akutna bolnišnična obravnava je kratkotrajna medicinska obravnava pacienta, običajno v bolnišnici, na sekundarni ali terciarni ravni, zaradi zdravljenja resne akutne bolezni, poškodbe, zastrupitve ali drugih nujnih stanj, zaradi preprečitve poslabšanja in/ali komplikacije kronične

bolezni, poškodbe ali stanj, ki bi lahko ogrozili življenje ali normalne funkcije, zaradi terapevtskih in/ali diagnostičnih postopkov (vključno s kirurškimi posegi). Akutna obravnava je tudi obravnava porodnice (otročnice) - porod in novorojenčka.

Neakutna bolnišnična obravnava je obravnava pacienta v bolnišnici:

- zaradi nadaljevanja zdravstvene oskrbe ali zagotavljanja zdravstvene nege in/ali rehabilitacije po zaključku akutne obravnave,
- zaradi potrebe pacienta po zdravstveni negi, paliativni oskrbi ali dolgotrajni ventilaciji,
- zaradi nekaterih drugih zdravstvenih ali nezdravstvenih razlogov.

Lahko se izvaja:

- po zaključeni akutni bolnišnični obravnavi ali
- na podlagi napotitve lečečega ali izbranega zdravnika, če ta presodi, da izven bolnišnice zaradi strokovne zahtevnosti ni mogoče izvajati ustrezne zdravstvene oskrbe.

V neakutno bolnišnično obravnavo se lahko sprejmejo pacienti, pri katerih je zaključeno zdravljenje, končana diagnostika in uvedena ustrezna terapija, zaradi katere so bili sprejeti v akutno bolnišnično obravnavo.

Pacienta je mogoče sprejeti tudi na podlagi napotitve izbranega osebnega zdravnika, če akutno zdravljenje ni potrebno in zdravstvene nege ni mogoče zagotoviti na drug način. To velja za vse tipe neakutnih obravnav.

Med neakutno bolnišnično obravnavo uvrščamo zdravstveno nego, ki se deli na več tipov.

Tip bolnišnične obravnave

Tip bolnišnične obravnave opredeljujemo glede na obliko bolnišnične obravnave in nekatere posebnosti, vezane na vrsto zdravstvene dejavnosti, značilnost aktivnosti, ki se izvajajo ali glede na vzrok obravnave.

Ločimo naslednje tipe bolnišničnih obravnav:

- Akutna obravnava po modelu SPP
- Akutna psihiatrična obravnava
- Obravnava zdravih novorojenčkov
- Zdravstvena nega
- Zdravstvena nega z rehabilitacijo (podaljšano bolnišnično zdravljenje)
- Zdravstvena nega - osnovna paliativna oskrba
- Zdravstvena nega - specialistična paliativna oskrba
- Zdravstvena oskrba z dolgotrajno ventilacijo in oskrba pri trajnih vegetativnih stanjih
- Neakutna psihiatrična obravnava
- Rehabilitacija
- Drugo

Akutna obravnava po modelu SPP

Akutna obravnava po modelu SPP obsega zdravljenje in diagnostiko resne akutne bolezni, poškodbe, zastrupitve ali drugih nujnih stanj, zaradi preprečitve poslabšanja in/ali komplikacije kronične bolezni, poškodbe ali stanj, ki bi lahko ogrozili življenje ali normalne funkcije, s terapevtskimi in/ali diagnostičnimi postopki (vključno s kirurškimi posegi). V akutno obravnavo po modelu SPP sodi tudi obravnava porodnice (otročnice).

Kot akutna obravnava po modelu SPP se ne poročajo osnovna dejavnost (dispanzer za žene, fizioterapija, razvojna ambulanta), specialistična ambulantna dejavnost, dialize, psihiatrična dejavnost, neakutna bolnišnična obravnava, bolnišnična obravnava zdravih novorojenčkov, bolnišnična obravnava invalidne mladine, rehabilitacijska obravnava, spremstvo oseb na bolnišnični obravnavi in doječe matere, obravnava klinično mrtvih darovalcev organov, transplantacije (vir Splošni dogovor ZZZS).

Kot akutna obravnava po modelu SPP se na NIJZ poročajo vse akutne obravnave, ne glede na tip plačnika. Akutna obravnava, ki je plačana po modelu SPP, in kot taka tudi poročana na ZZZS, ustreza pogojema Tip plačnika za večinski del stroškov za bolnišnično obravnavo istega tipa (podatek 91) = 1 - obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ) in Poročano ZZZS za SPP (podatek 97) = 1 – da.

Akutna psihiatrična obravnava
Akutna psihiatrična obravnava je skupek aktivnosti, ki se nanašajo na psihiatrično oskrbo pacienta v bolnišnici. Psihiatrično zdravljene se začne s sprejemom pacienta v psihiatrično bolnišnico oziroma prvo vrsto zdravstvene dejavnosti, ki izvaja psihiatrično zdravljenje (vrste zdravstvene dejavnosti 130 – Psihiatrija v bolnišnični dejavnosti, 124 – Otroška in mladostniška psihiatrija v bolnišnični dejavnosti) znotraj drugih bolnišnic. Konča se z odpustom iz bolnišnice, s premestitvijo pacienta v vrsto zdravstvene dejavnosti iste bolnišnice, ki ne izvaja psihiatričnega zdravljenja, ali s smrtjo pacienta.

Obravnava zdravih novorojenčkov
Obravnava zdravih novorojenčkov se nanaša na čas bivanja zdravega novorojenčka po porodu v porodnišnici. Obravnava zdravih novorojenčkov se začne z rojstvom ali s sprejemom zdravega novorojenčka v starosti do 28 dni in zaključi z odpustom iz bolnišnice ali s premestitvijo novorojenčka v vrsto zdravstvene dejavnosti, ki izvaja drug tip bolnišnične obravnave.

Zdravstvena nega
Zdravstvena nega v bolnišnici je zdravstvena oskrba, ki jo izvajajo medicinske sestre kot načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege ter kot sodelovanje pri izvajanju načrtov diagnostike in zdravljenja, ki jih je predpisal zdravnik.
Zdravstvena nega v okviru neakutne bolnišnične obravnave zajema zdravstveno nego in oskrbo, s katero se v določenem času poveča sposobnost samooskrbe pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnostih, izboljša kakovost življenja in poveča varnost odpusta.

Zdravstvena nega z rehabilitacijo (podaljšano bolnišnično zdravljenje)
Zdravstvena nega z rehabilitacijo je bolnišnična obravnava po zaključeni diagnostični obravnavi in akutnem zdravljenju, namenjena pa je tistim pacientom, ki po zaključeni diagnostični obravnavi in zastavljenem zdravljenju zdravljenja še ne morejo nadaljevati izven bolnišnice, ker bi prezgodnji odpust lahko povzročil pomembno poslabšanje bolezni ali stanja in se ob zaključenem akutnem zdravljenju ocenjuje, da se bo z ustrezno rehabilitacijo zdravstveno stanje izboljšalo in dosegla večja samostojnost pri opravljanju življenjskih aktivnosti.

Zdravstvena nega z rehabilitacijo lahko poteka pri istem ali po premestitvi pacienta pri drugem izvajalcu. Spremlja se v obliki zapisa za epizodo. Ležalna doba v okviru zdravstvene nege z rehabilitacijo je usklajena s standardi bolnišnične rehabilitacije, če je nadaljevanje hospitalizacije medicinsko indicirano. Cilj zdravstvene nege z rehabilitacijo naj bi bil popolna ali delna rehabilitacija pacienta oziroma zaključena priprava na aktivno rehabilitacijo v ustreznih rehabilitacijskih ustanovah. Zdravstveno nego z rehabilitacijo vodi zdravnik, praviloma specialist, ki ima ustrezna znanja na področju rehabilitacije.

Zdravstvena nega - Osnovna paliativna oskrba
Osnovna paliativna oskrba je neakutna bolnišnična obravnava, ki se izvaja kot zdravstvena nega, s katero se zagotavlja izvajanje osnovnih življenjskih aktivnosti. Paliativna oskrba je namenjena oskrbi pacientov z aktivno, napredujočo, neozdravljivo boleznijo. Na oddelek za zdravstveno nego se lahko sprejmejo paliativni pacienti, pri katerih ni potrebno akutno zdravljenje ali specialistično paliativno zdravljenje. Po presoji izbranega osebnega zdravnika pa je mogoče sprejeti pacienta tudi iz domačega okolja, če ni potrebno specialistično paliativno zdravljenje in zdravstvene nege ni mogoče zagotoviti na drug način.

Zdravstvena nega - Specialistična paliativna oskrba
Specialistična paliativna oskrba je poseben tip bolnišnične obravnave v okviru neakutne bolnišnične obravnave, ki je namenjena oskrbi pacientov z aktivno, napredujočo, neozdravljivo boleznijo in zagotavljanju specifičnih potreb pacientov in njihovih svojcev s težjimi in kompleksnimi telesnimi, psihološkimi, socialnimi in/ali duhovnimi potrebami in težavami. Specialistična paliativna oskrba je osredotočena na oskrbo oziroma obvladovanje specifične problematike in obvladovanje simptomov ter zapletov.

Zdravstvena oskrba z dolgotrajno ventilacijo in oskrba pri trajnih vegetativnih stanjih
Dolgotrajna ventilacija je umetna ventilacija, pri kateri pacientu dovajamo zrak v pljuča vplivamo na predihanost pacienta in tako korigiramo neustrezno lastno preskrbo s kisikom. Način ventilacije je lahko od podporne pa vse do nadzorovane oblike dihanja (pacienti s traheostomo). Strokovno govorimo o dolgotrajni ventilaciji, če so pacienti z akutno boleznijo umetno predihovani več kot 14 dni.

Vegetativno stanje ostane pri nekaterih pacientih po preživeli težki možganski poškodbi ali hipoksični možganski okvari. Ob izhodu iz stanja kome lahko opazimo redko, vendar skrajno obliko prizadetosti, ki se kaže kot stanje povrnjene zavesti, a brez zavedanja in hotenega odzivanja na **dražljaje** iz okolja.

Neakutna psihiatrična obravnava
Neakutna psihiatrična obravnava je skupek zdravstvenih storitev, ki se začnejo izvajati na podlagi zaključene akutne psihiatrične obravnave z odpustnico in odpust v okolje, iz katerega prihaja pacient, ni mogoč. Razlogi za neakutno psihiatrično obravnavo so določena zdravstvena stanja (shizofrenija, bipolarne motnje in nekatere druge motnje), ki zahtevajo daljši čas (psihične) rehabilitacije. Ključno merilo so tudi geronto-psihiatrična stanja, ki zahtevajo ureditev socialno zdravstvene problematike (demenca).

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 od osnovnih do bolj specializiranih, vključenih je lahko tudi več vrst terapevtov. Izvaja se v ustreznih rehabilitacijskih ustanovah.

Sprejem

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

Formalen sprejem
Formalen sprejem je administrativni postopek, s katerim se zabeleži začetek bolnišnične obravnave in nastanitev pacientke (definicija nastanitve je vezana na vire na primer na hrano) pri enem izvajalcu.

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

Ponovni sprejem

je ponovni sprejem pacientke 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 obravnava sprejete pacientke. Zaključek je lahko formalen ali evidenčni.
Ob odpustu izvajalec izdela odpustno pismo.

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

- vrnitev pacientke domov,
- napotitev v drugo bolnišnico,
- napotitev v dom za ostarele ali socialni zavod,
- smrt pacientke.

Formalen odpust izključuje:

- premestitev z enega oddelka na drugega v isti bolnišnici,
- izhode ob koncu tedna, t.j. kadar pacientka začasno zapusti bolnišnico in je bolniška postelja zanjo 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.

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.

Bolnišnična epizoda (zapis bolnišnične epizode)

Epizoda je zdravstvena oskrba pacientke v eni vrsti zdravstvene dejavnosti izvajalca na eni lokaciji. Epizoda se prične s trenutkom, ko je pacientka sprejeta na oddelek vrste zdravstvene dejavnosti izvajalca in se konča z odpustom iz bolnišnice, premestitvijo na oddelek druge vrste zdravstvene dejavnosti ali s smrtjo pacientke.
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 bolnišnične obravnave

Glavna diagnoza bolnišnične obravnave je diagnoza vodilne bolezni ali stanja, ki je bila vzrok bolnišnični obravnavi. Je glavno stanje, diagnosticirano ob koncu bolnišnične obravnave kot glavni vzrok, zaradi katerega je pacientka potrebovala zdravljenje ali preiskavo. Če je glavnih stanj več, izberemo tisto, ki je bilo najbolj odgovorno za uporabo največjega dela potrebnih ukrepov.
Če glavna diagnoza ni postavljena, kot glavno stanje izberemo glavni simptom, nenormalni izvid ali težavo (MKB-10-AM, verzija 12).

V primeru, da je pacientka **hospitalizirana**, moramo biti pri kodiranju previdni glede uvrščanja glavnega stanja v poglavji XVIII. Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, ki niso uvrščeni drugje, in XXI. Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo. **Kode iz teh dveh poglavij so dovoljene le takrat**, kadar do konca bolnišnične obravnave ni bila postavljena natančnejša diagnoza ali kadar res ni bilo nobene takrat obstoječe bolezni ali poškodbe (MKB-10-AM, verzija 12).

Oskrba zaradi okrevanja/nadaljnja oskrba, opisana tudi kot pooperacijsko okrevanje, je oskrba, ki se zagotovi pacientkam proti koncu akutne faze zdravljenja. Večina to postakutno obravnavo prejema v ustanovi izvirnega zdravljenja, včasih pa se obravnavajo s premestitvijo v drugo ustanovo za

nadaljevanje oskrbe. Pri pacientkah se še naprej spremlja njihovo stanje, vendar ne potrebujejo več pomembnega zdravljenja (*STKOD 2103 Sprejem zaradi postakutne obravnave*).
Če se pacientka zaradi postakutne obravnave premesti iz ene v drugo bolnišnico, je treba glavno diagnozo dodeliti na naslednje načine:

- Če je pacientka premeščena v pooperacijsko oskrbo, kot glavno diagnozo opredelite Z48.8 *Druge vrste opredeljena kirurška nadaljnja oskrba*. Uporabite dodatno kodo za stanje, zaradi katerega je bila potrebna operacija. Izjema je sprejem zaradi obravnave po carskem rezu – tu je Z48.8 dodatna diagnoza, glavna pa je Z39.0 *Oskrba in pregled takoj po porodu* (*STKOD 1548 Stanje ali zaplet v puerperiju/po porodu*, če je brez zapletov.
- Če obravnava sledi zdravljenju z zdravili, kot glavno diagnozo dodelite kodo Z51.88 *Druge vrste opredeljene zdravstvene oskrbe*. Uporabite dodatno kodo za stanje, zaradi katerega je bila potrebna zdravstvena oskrba.
- Če je pacientka premeščena za nadaljnje aktivno zdravljenje bolezni, ne dodelite kode za nadaljnjo oskrbo, temveč uporabite kodo za g*lavno diagnoz*o.

Če je simptom ali znak (poglavje XVIII.) ali težava (poglavje XXI.) značilen za neko diagnosticirano stanje, potem kot glavno stanje izberemo to diagnosticirano stanje (MKB-10-AM, verzija 12).

Novotvorbo, bodisi primarno ali metastatsko, ki je osrednji predmet zdravljenja v kaki bolnišnični obravnavi, zapišemo in kodiramo kot »glavno stanje«.
Kadar se vpiše primarno novotvorbo, ki je ni več (odstranjena med predhodno bolnišnično obravnavo), kot glavno stanje kodiramo novotvorbo sekundarnega mesta, sedanji zaplet ali ustrezno okoliščino, ki jo je mogoče uvrstiti v poglavje XXI., ki je bila osrednji predmet zdravljenja v sedanji bolnišnični obravnavi.

Če je tudi po končani bolnišnični obravnavi glavno stanje še vedno zapisano kot »domnevno«, »dvomljivo« itd. in noben drug podatek ne omogoča natančnejše razjasnitve, moramo domnevno diagnozo kodirati, kot da je zanesljiva (MKB-10-AM, verzija 12).

Šifro diagnoze mora izbrati zdravnik praviloma med glavnimi diagnozami epizod, ki tvorijo bolnišnično obravnavo. Možne so vse šifre po MKB-10-AM (verzija 12), šifer B95-B97 (dopolnilne ali dodatne kode) ter šifer zunanjega vzroka (poglavje XX po MKB-10-AM, verzija 12). Pri kodah z zvezdico mora biti pripadajoča koda s križcem navedena kot prva med dodatnimi diagnozami. Kot glavna diagnoza se ne smejo dodeliti kode diagnoz, navedene v šifrantu MKB-10-AM, verzija 12 (stolpec »nesprejemljiva glavna diagnoza«).

Glavna diagnoza bolnišnične epizode

Glavna diagnoza v epizodi je glavno stanje, diagnosticirano ob koncu epizode kot glavni vzrok, zaradi katerega je pacientka potrebovala zdravljenje ali preiskavo.
Šifro diagnoze mora izbrati zdravnik. Vpiše se petmestna šifra diagnoze po MKB-10-AM (verzija 12).

Dodatne diagnoze bolnišnične obravnave / bolnišnične obravnave istega tipa / epizode

Poleg glavne diagnoze bolnišnične obravnave / bolnišnične obravnave istega tipa / epizode vedno 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. **Stanj, ki so povezana s kakšno predhodno bolnišnično obravnavo in ne vplivajo na sedanjo bolnišnično 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);

Zgornji dejavniki običajno povzročijo tudi podaljšanje ležalne dobe.

Šifro diagnoze mora izbrati zdravnik. Možne so vse šifre po MKB-10-AM verzija 12, razen šifre glavne diagnoze.

Nekatere kode se za kodiranje bolnišnične obolevnosti nikoli ne smejo nikoli dodeliti kot dodatna diagnoza (*STKOD 0049 Kode bolezni, ki se ne smejo nikoli dodeliti*).

Koda Z51.5 *Paliativna oskrba* se sme kot dodatna diagnoza dodeliti samo, če so dokumentirani dokazi, da je bolnik prejel paliativno oskrbo . Kode Z51.5 ne dodelite, če se izvede ocena paliativne oskrbe, vendar se dejanska oskrba ne izvede. Dokazi so lahko dokumentirani v obliki kliničnih vnosov ali načrta oskrbe v klinični evidenci (*STKOD2116 Paliativna oskrba*).
Ta koda se lahko dodeli neodvisno od vrste bolnišnične oskrbe bolnika.

Med dodatne diagnoze sodijo: spremljajoče diagnoze, diagnoze zapletov in diagnoze zunanjih vzrokov.

Glavni terapevtski ali diagnostični postopek

je izbran med izvedenimi postopki med potekom obravnave kot tisti, ki se upoštevaje 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.

Terciarna raven

Zdravstvene storitve in programe, ki se opravljajo na terciarni ravni določi ministrstvo za zdravje v skladu s 17. in 18. členom Zakona o zdravstveni dejavnosti (UL RS št. 36/2004, 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US in 141/22 – ZNUNBZ).
Terciarna dejavnost obsega dejavnost klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov, ki opravljajo najzahtevnejše specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje (pri čemer se le slednja poroča v pričujočo zbirko). Raven obravnave terciar lahko prijavljajo le izvajalci z nazivom klinika, klinični oddelek ali inštitut, ki ga podeli MZ skladno s Pravilnikom o pogojih za pridobitev naziva klinika, klinični inštitut ali klinični oddelek (UL RS št. 72/06, 49/09 in 138/21) in zato izda ustrezno odločno.

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 RS št. 15/2008, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS).

NABOR PODATKOV

Podatki so organizirani v sedem sklopov:

A. Podatki o paketu
B. Podatki o izvajalcu
C. Podatki o pacientki
D. Podatki o sprejemu v bolnišnico
E. Podatki o epizodi bolnišnične obravnave
F. Anamnestični podatki
G. Podatki o posegih

Pojasnilo opomb:
***Opomba 1**: Primerjava z Metodološkimi navodili za spremljanje bolnišničnih obravnav (SBO) za leto 2027.*
Opomba 2: Sprememba v MN FS za leto 2027.

DEFINICIJE IN OPIS PODATKOV

A. Podatki o paketu

1. NAČIN OBRAVNAVE

Opomba 1: *Tega podatka ni v SBO.*

Zaloga vrednosti: Šifrant Način obravnave
1 - bolnišnična obravnava
2 - zunajbolnišnična (ambulantna) obravnava

Format: NUM (1)

Definicija: Vrsta podatka opredeljuje, kako je bila opravljena obravnava fetalne smrti.

Navodilo za uporabo: Če je bila obravnava fetalne smrti opravljena kot bolnišnična obravnava (vključno z dnevno bolnišnično obravnavo) se izbere vrednost 1.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

2. LETO ZAJEMA

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (LETO ZAJEMA)*

Zaloga vrednosti: štirimestno celo število

Format: NUM (4)

Definicija: Leto zajema je leto, za katero se prijavlja bolnišnična obravnava.

Navodilo za uporabo: Vpiše se leto (LLLL), ko se je bolnišnična obravnava končala.
Primer: Če se bolnišnična obravnava zaključi v letu 2024, je leto zajema 2024.
Če se bolnišnična obravnava začne 20.12.2023 in zaključi 3.1.2024, je leto zajema 2024.

Kontrola: DA
Obvezno: DA.

3. LETO FETALNE SMRTI

Opomba 1: *Tega podatka ni v SBO.*

Zaloga vrednosti: štirimestno celo število

Format: NUM (4)

Definicija: Leto zajema je leto, za katero se prijavlja fetalna smrt oziroma splav.

Navodilo za uporabo: Vpiše se leto (LLLL) fetalne smrti - splava.

Primer bolnišnične obravnave:
Če je bila fetalna smrt 30. 12. 2023 in je bila pacientka v bolnišnici vse do 3.1.2024, se zabeleži primer v letu 2023, ne glede na zaključek bolnišnične obravnave (hospitalizacije).

Kontrola: DA
Obvezno: DA

4. OBDOBJE ZAJEMA

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (OBDOBJE ZAJEMA)*

Zaloga vrednosti:
1 - januar
2 - februar
3 - marec
…
12 - december

Format: NUM (2)

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

Navodilo za uporabo: Obdobje se določi glede na to, v katerem mesecu je prišlo do zaključka poročane bolnišnične obravnave.
Primer: Če se obravnava zaključi 30. marca, se za obdobje zajema označi 3 – marec.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

5. OBDOBJE FETALNE SMRTI

Opomba 1: *Tega podatka ni v SBO.*

Zaloga vrednosti:
1 - januar
2 - februar
3 - marec
…
12 – December

Format: NUM (2)

Definicija: Obdobje zajema je obdobje za katero se prijavlja fetalna smrt- splav.

Navodilo za uporabo: Obdobje se določi glede na to, v katerem mesecu je prišlo do fetalne smrti - splava.
Primer: Če je bila fetalna smrt - splav 30. marca, se za obdobje zajema označi 3 – marec, tudi če je ženska odpuščena šele 1.aprila.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

B. Podatki o izvajalcu

6. OZNAKA IZVAJALCA

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (OZNAKA IZVAJALCA)*

Zaloga vrednosti: RIZDDZ – številka izvajalca

Format: CHAR (5)- vsebina podatka je numerična

Definicija: Oznaka izvajalca je številka izvajalca iz RIZDDZ, kjer se je izvajala bolnišnična obravnava.

Navodilo za uporabo: Vpiše se številka osnovne oz. nadrejene ravni izvajalca, kjer se je izvajala bolnišnična obravnava, po šifrantu baze podatkov RIZDDZ, vzpostavljene pri NIJZ.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

7. ZAPOREDNA ŠTEVILKA ZAPISA

Podatek se ne poroča za bolnišnične obravnave.

C. Podatki o pacientki

8. ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA (EMŠO)

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA (EMŠO))*

Zaloga vrednosti: veljavni EMŠO

Format: CHAR (13)

Definicija: Enotna matična številka občana (EMŠO) je 13-mestna slovenska matična številka pacientke.
Navodilo za uporabo: V polje se vpiše 13-mestno slovensko matično številko občanke.
Pri tujkah, ki imajo slovensko EMŠO, se polje obvezno izpolni. Vsaka pacientka, ki ima za državo stalnega bivališča označeno Slovenija 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 pacientka nima nobene od dveh identifikacijskih številk (niti Enotne matične številke občana niti Zdravstvene številke npr. tujke, se namesto EMŠO vpiše nadomestna identifikacijska številka. Kot nadomestna identifikacijska številka pacientke v bolnišnični obravnavi se vpisuje 13-mestna oznaka v formatu DDMMLLLRSPPII, kjer predstavlja:

1 DDMMLLL – dan, mesec in leto rojstva pacientke;
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

9. ZDRAVSTVENA ŠTEVILKA (ZZZS številka zavezanca)

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (ZDRAVSTVENA ŠTEVILKA ZZZS številka zavezanca)*

Zaloga vrednosti: veljavna ZZZS številka zavezanca

Format: CHAR (9) - vsebina podatka je numerična

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

Navodilo za uporabo: V polje se vpiše 9-mestno številko, ki jo je pacientki 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 pacientka te številke nima (npr. pacientke brez zdravstvenega zavarovanja, tujke), se polje ne izpolni. Pri obravnavah, ki imajo označen tip plačnika (podatek 24) 1 ali 3, je polje obvezno.

Kontrola: DA
Obvezno: POGOJNO

10. DATUM ROJSTVA

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (DATUM ROJSTVA)*

Zaloga vrednosti: veljavni datum

Format: DATE (8)

Definicija: Datum rojstva je datum, ko se je pacientka rodila.

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 ZZZS.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

11. DRŽAVA STALNEGA PREBIVALIŠČA

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (DRŽAVA STALNEGA PREBIVALIŠČA)*

Zaloga vrednosti: Šifrant držav sveta in regij EU - združena sta šifranta držav sveta (ISO 3166, 2025) in Standardna klasifikacija teritorialnih enot EU (NUTS, 2024).

Format: CHAR (4)

Definicija: Država stalnega prebivališča je država, v kateri ima pacient stalno prebivališče. Stalno prebivališče je po definiciji iz Zakona o prijavi prebivališča (ZPPreb) “naselje, kjer se posameznik naseli z namenom, da v njem stalno prebiva, ker je to naselje središče njegovih življenjskih interesov, to pa se presoja na podlagi njegovih poklicnih, ekonomskih, socialnih in drugih vezi, ki kažejo, da med posameznikom in naseljem, kjer živi, dejansko obstajajo tesne in trajne povezave.”

Navodilo za uporabo: Vpiše se štirimestna koda države stalnega bivališča pacienta po šifrantu držav sveta in regij EU (le-ta temelji na Klasifikaciji teritorialnih enot za statistiko (NUTS 2024) in je dopolnjen z dvomestnimi kodami držav sveta po ISO 3166 (2023), z dodano začasno kodo za Kosovo. Osnovna šifra ima pet mest, za potrebe spremljanja bolnišničnih obravnav se uporabljajo le prva štiri mesta šifranta (prvi dve mesti kode označujeta državo (raven 0), tretje mesto regijo (raven 1), četrto mesto pa označuje teritorialno enoto - kohezijsko regijo (raven 2)). Za pacienta, ki ima stalno prebivališče v Sloveniji se vpiše SI03 ali SI04. Za paciente, ki imajo stalno prebivališče v drugih državah članicah EU se prav tako vpiše štirimestna koda države stalnega prebivališča (npr. AT11). Če podatek o regiji in/oz. teritorialni enoti pri slednjih ni znan, se na 3. in 4. oz. 4. mesto vpiše ZZ oz. Z. Za države izven EU se vpiše dvomestna črkovna koda države, na primer: za Andoro se vpiše koda AD (raven 0). Če podatek o državi ni znan, se vpiše ZZ.

Osnova za ta podatek je on-line sistem za namen izvajanja zdravstvene storitve in obračuna zdravstvene storitve v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZZS.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

12. OBČINA OBIČAJNEGA PREBIVALIŠČA

Opomba 1: Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (OBČINA OBIČAJNEGA PREBIVALIŠČA)

Zaloga vrednosti: Šifrant občine regije NIJZ (vir Šifrant občin Geodetske uprave RS)

Format: CHAR (3) - vsebina podatka je numerična

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

Navodilo za uporabo: Vpiše se občina običajnega bivališča pacientke po zadnjem veljavnem šifrantu občine regije NIJZ. Kadar ima pacientka prijavljeno začasno prebivališče, se v polje Občina običajnega prebivališča vpiše pacientkino začasno prebivališče; kadar pa ima pacientka prijavljeno zgolj stalno prebivališče, se polje Občina običajnega prebivališča vpiše pacientkino stalno prebivališče. Podatek se praviloma beleži iz on-line sistema za namen izvajanja zdravstvene storitve in obračuna zdravstvene storitve v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZZS. Pri tujkah, ki imajo običajno prebivališče v Sloveniji se polje izpolni v skladu z navodili. Pri pacientkah, ki nimajo prijavljenega običajnega bivališča v Sloveniji (tujke in slovenske državljanke, ki žive v tujini), se polje izpolni z 000.

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

Kontrola: DA
Obvezno: DA

13. ZAKONSKI STAN

Opomba 1: Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (ZAKONSKI STAN)

Zaloga vrednosti: Šifrant Zakonski stan
1 – samska
2 – poročena
3 – razvezana
4 – 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 pacientke in vpiše enomestno šifro po šifrantu.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

14. STOPNJA IZOBRAZBE

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (STOPNJA IZOBRAZBE)*

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 pacientka pridobila. Polje se izpolnjuje za **vse pacientke (ne glede na Vrsto in Način obravnave)** ter 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

15. DELO, KI GA OPRAVLJA

Opomba 1: Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO *(DELO, KI GA OPRAVLJA)*

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 opravljala) pacientka in bi ga lahko opredelili kot značilno za to pacientko.

Navodilo za uporabo:
Vpiše se dvomestna oznaka dela, ki ga pacientka opravlja na delovnem mestu, oziroma oznaka tistega dela, ki ga je pacientka opravljala najdlje v svojem življenju, če gre za upokojenko. Ustrezna šifra iz šifranta se vpiše tudi za otroke do 14,99. let, dijakinje, študentke, za iskalke prve zaposlitve in za osebe, ki izvajajo gospodinjska dela. V šifrantu je dodano: 09 - drugo in 10 - neznano.
Vpiše se šifra iz šifranta Standardna klasifikacija poklicev – 08, ki je dostopen na spletnem naslovu: http://www.stat.si/Klasje/Klasje/Tabela/5334. Podatek se praviloma beleži iz on-line sistema za namen izvajanja zdravstvene storitve in obračuna zdravstvene storitve v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZZS.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

16. DEJAVNOST ZAPOSLITVE

Opomba 1: Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (DEJAVNOST ZAPOSLITVE)

Zaloga vrednosti: Šifrant SKD (Standardna klasifikacija dejavnosti)

Format: CHAR (6)

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

Navodilo za uporabo: Vpiše se šifra gospodarske dejavnosti, preko katere se za pacientko odvajajo prispevki v sistem ZV. Podatek (tudi za družinske člane in upokojence) se izpiše iz kartice zdravstvenega zavarovanja (šestmestna šifra). Šifrant je dopolnjen z 00.000 - upokojenke in brezposelne.
Za pacientke, pri katerih plačnik ni ZZZS, 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: https://www.stat.si/Klasje/Klasje/Tabela/17977. Podatek se praviloma beleži iz on-line sistema za namen izvajanja zdravstvene storitve in obračuna zdravstvene storitve v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZZS.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

17. PODLAGA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Opomba 1: Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (PODLAGA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE)

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 prepiše 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

D. Podatki o sprejemu v bolnišnico

18. MATIČNA ŠTEVILKA SPREJEMA/PRIMERA

Opomba 1: Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (MATIČNA ŠTEVILKA SPREJEMA V BOLNIŠNICO)

Zaloga vrednosti: veljavna matična številka sprejema

Format: CHAR (10)

Definicija: Matična številka sprejema v bolnišnico je oznaka, pod katero je pacientka vpisana v Matično knjigo bolnišnice.

Navodilo za uporabo: V polje se vpiše številka, ki jo dobi pacientka ob sprejemu v bolnišnico (in ne na oddelek) in pod katero je vpisana v Matično knjigo bolnišnice. Kadar je številka krajša od 10 mest, je poravnana desno z vodilnimi ničlami.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

19. NAPOTITEV NEPOSREDNO IZ DRUGE BOLNIŠNICE

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (NAPOTITEV NEPOSREDNO IZ DRUGE BOLNIŠNICE)*

Zaloga vrednosti:
1 – ne
2 – da

Format: NUM (1)

Definicija: Napotitev neposredno iz druge bolnišnice opredeljuje ali je bil pacient že obravnavan v bolnišnici in so ga premestili v drugo bolnišnico.

Navodilo za uporabo: Vpiše se vrednost po šifrantu.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

20. INDIKATOR SPREJEMA

Opomba 1: Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (INDIKATOR SPREJEMA)

Zaloga vrednosti: Šifrant Indikator sprejema
1 - planiran
2 - neplaniran (vključno skozi urgentni blok)
3 - drugo

Format: NUM (1)

Definicija: Indikator sprejema opredeljuje ali gre za planiran oz. neplaniran sprejem v bolnišnico. Neplaniran sprejem je sprejem pacientke zaradi nujnega stanja (spontani splav in zunajmaternična nosečnost), ki zahteva takojšnjo obravnavo oz. sprejem v 24 urah. Le-ta se lahko izvrši tudi preko urgentnega bloka (izberemo vrednost 2).
Planiran sprejem je sprejem pacientke zaradi stanja (dovoljeni splav), ki zahteva sprejem, vendar se le-ta lahko odloži za najmanj 24 ur.

Navodilo za uporabo:
Planiran sprejem je običajno dogovorjen oz. načrtovan vnaprej (pacient je naročen na obravnavo).
Izjeme so:

– Sprejem zaradi poroda v obdobju med 37. in 42. tednom nosečnosti se vedno označi kot planiran, razen kadar gre za urgentno stanje.
– Prav tako se sprejem novorojenčka, ki se začne s porodom, označi kot planiran sprejem.
– Tudi vsi evidenčni sprejemi (začetek drugega tipa obravnave) se označijo kot planirani.

Planiran je tudi sprejem:
– ki ni nujen (lahko bi se odložil), a se zgodi znotraj 24 ur, ker je dovolj prostora (nezasedene postelje),
– sprejem pred terminom po čakalni knjigi, če ni urgenten,– ob premestitvi, ki je dogovorjena.

Neplaniran sprejem je tudi sprejem pacienta:
– zaradi nujnega stanja, ki sicer zahteva takojšnjo obravnavo, a se zgodi z odlogom 24 ur ali več zaradi razloga/ov s strani pacienta ali s strani izvajalca
– ob premestitvi, ki je nujna.

Kot **drugo** zabeležimo sprejem na bolnišnične obravnave, ki ne sodijo med planirane ali neplanirane obravnave – kot npr.:
– sprejem novorojenčka, rojenega izven te porodnišnice ali doma, če ni urgenten,
– sprejem na opazovanje in/ali diagnostiko,
– sprejem ob obvezni (prisilni) hospitalizaciji
– ipd.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

21. PONOVNI SPREJEM/STIK

Opomba 1: Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (PONOVNI SPREJEM)

Zaloga vrednosti:
Vpiše se šifra po naslednjem šifrantu:
1 – ne
3 – da, več kot eno leto po zaključeni prvi hospitalizaciji zaradi iste glavne diagnoze
4 – da, do 28. (27,99) dneva po zaključeni prvi hospitalizaciji zaradi iste glavne diagnoze
5 – da, od 28. dneva do enega leta po zaključeni prvi hospitalizaciji zaradi iste glavne diagnoze

Format: NUM (1)

Definicija: Je ponovni sprejem pacientke na bolnišnično zaradi iste bolezni ali stanja v isti bolnišnici. Če je bolezen akutna, se ista glavna diagnoza lahko ponovi, npr. drugi spontani ali dovoljeni splav v istem letu. V takem primeru se sprejem zabeleži spet kot prvi in ne kot ponovni.

Navodilo za uporabo: Ponovna bolnišnična obravnava pacientke zaradi iste bolezni, poškodbe ali zastrupitve v isti bolnišnici. Vpiše se šifra po šifrantu.
Če je bolezen akutna, se ista glavna diagnoza lahko ponovi, vendar je to prvi in ne ponovni sprejem.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

22. DATUM SPREJEMA V BOLNIŠNICO

Opomba 1: Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (DATUM SPREJEMA V BOLNIŠNICO)

Zaloga vrednosti: veljavni datum

Format: DATE (8)

Definicija: Datum sprejema v bolnišnico je datum, ko je pacientka sprejeta v bolnišnico.

Navodilo za uporabo: Vpiše se datum sprejema pacientke v bolnišnico (DDMMLLLL). Za bolnišnice, ki so organizirane v klinike se vpiše datum, ko je bila pacientka sprejeta 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

23. URA SPREJEMA V BOLNIŠNICO

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (URA SPREJEMA V BOLNIŠNICO)*

Zaloga vrednosti: veljavna ura

Format: TIME (4)

Definicija: Ura sprejema v bolnišnico je čas, ko je pacientka sprejeta v bolnišnico.

Navodilo za uporabo: Polja se izpolnijo s podatkom o uri in minutah sprejema v bolnišnico v obliki UUMM. *Podatek se beleži v 24-urnem zapisu časa. Če je npr. ura sprejema v bolnišnico ob petnajst do petih popoldan, se zabeleži 1645.*
Za bolnišnice, ki so organizirane v klinike se vpiše ura, ko je bil pacientka sprejeta 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

24. TIP PLAČNIKA ZA VEČINSKI DELEŽ STROŠKOV

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (TIP PLAČNIKA ZA VEČINSKI DEL STROŠKOV ZA BOLNIŠNIČNO OBRAVNAVO)*

Zaloga vrednosti: Šifrant Tip plačnika
Vpiše se tip plačnika, ki je plačal največji delež stroškov za bolnišnično obravnavo po naslednjem šifrantu:
1 - obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ),
2 - samoplačnik,
3 - prostovoljno zavarovanje
4 – konvencija (EUKZZ, Medicare ali MedZZ)
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 bolnišnično obravnavo je plačnik, ki je plačal največji delež stroškov za bolnišnično obravnavo.

Navodilo za uporabo: Vpiše se tip plačnika, ki je plačal največji delež stroškov za obravnavo tudi v primeru, da je bilo plačnikov več. Vrednost 3 se nanaša na zavarovanja, ki niso obvezna in vključujejo na primer nadomestna zavarovanja in zavarovanja za potnike, ki jih posamezniki sklenejo prostovoljno. Izključuje primere iz vrednosti 4. Vrednost 4 (konvencija) vključuje Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (EHIC – European Health Insurance Card oz. EUKZZ), socialne in druge bilateralne

sporazume Republike Slovenije s tretjimi državami o kritju stroškov zdravstvene oskrbe tujih državljanov (kartico ali certifikat Medicare ali potrdilo MedZZ).

Kontrola: DA
Obvezno: DA

E. Podatki o epizodi bolnišnične obravnave

25. VZROK OBRAVNAVE

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (VZROK OBRAVNAVE V EPIZODI)*

Zaloga vrednosti: šifrant Vzrok bolnišnične obravnave
1 – bolezen
2 - poškodba
5 - fetalna smrt

Format: NUM (2)

Definicija: Vzrok bolnišnične obravnave opredeljuje glavna diagnoza bolnišnične obravnave.

V primeru bolnišnične obravnave zaradi nosečnosti, ki se konča s splavom (umetna prekinitev nosečnosti, zunajmaternična nosečnost, spontani splav ali druga patološka oblika nosečnosti – glavna diagnoza kode MKB-10-AM verzija 12: O00.0-O07.9) se kot vzrok bolnišnične obravnave izbere **5 = fetalna smrt.**

V primeru bolnišnične obravnave sta kot Vzroka obravnave dopustna tudi
1 = Bolezen ali **2 = Poškodba**, če je fetalna smrt (MKB-10-AM verzija 12: O00.0-O07.9) zabeležena v eni izmed Dodatnih diagnoz (podatek 39).

Kontrola: DA
Obvezno: DA

26. VRSTA OBRAVNAVE

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (VRSTA OBRAVNAVE V EPIZODI)*

Zaloga vrednosti: šifrant Vrsta bolnišnične obravnave
1 – hospitalizacija (obravnava z nočitvijo)
2 – dnevna obravnava
3 – dolgotrajna dnevna obravnava
4 – obravnava z nočitvijo (hospitalizacija) skupaj z (dolgotrajno) dnevno obravnavo
9 – drugo

Format: NUM (1)

Definicija: Glej poglavje Definicije konceptov.

Navodilo za uporabo: Skladno s poglavjem Definicije konceptov.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

27. ZAPOREDNA ŠTEVILKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (ZAPOREDNA ŠTEVILKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE)*

Zaloga vrednosti: odgovarjajoča številka epizode

Format: NUM (3)

Definicija: Zaporedna številka epizode je zaporedna številka posamezne epizode v okviru celotne bolnišnične obravnave pacientke v eni bolnišnici.

Navodilo za uporabo: Ob vsakem sprejemu pacientke v bolnišnico se epizode štejejo od 1 naprej. Ob nastopu nove epizode v okviru iste bolnišnične obravnave pacientke, se zaporedna številka epizode poveča za 1.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

28. DATUM ZAČETKA EPIZODE / DATUM STIKA

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (DATUM ZAČETKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE)*

Zaloga vrednosti: veljavni datum

Format: DATE (8)

Definicija: Datum začetka bolnišnične epizode je datum, ko se je začela bolnišnična epizoda oziroma se je izvedel formalni ali evidenčni sprejem pacientke.

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

Kontrola: DA
Obvezno: DA

29. URA ZAČETKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (URA ZAČETKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE)*

Zaloga vrednosti: veljavna ura

Format: TIME (4)

Definicija: Ura začetka bolnišnične epizode je ura, ko se je začela bolnišnična epizoda oziroma se je izvedel formalen ali evidenčen sprejem pacientke.

Navodilo za uporabo: Vpiše se ura začetka bolnišnične epizode v obliki UUMM. *Podatek se beleži v 24-urnem zapisu časa. Če je npr. ura začetka bolnišnične epizode ob petnajst do petih popoldan, se zabeleži 1645.*

Kontrola: DA
Obvezno: DA

30. VRSTA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (VRSTA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V EPIZODI)*

Zaloga vrednosti: šifrant Vrst zdravstvene dejavnosti VZD

Format: CHAR (3)

Definicija: Vrsta zdravstvene dejavnosti je oznaka vrste zdravstvene dejavnosti, ki je obravnavala pacientko v posamezni bolnišnični epizodi zaradi glavne diagnoze.

Navodilo za uporabo: Skladno s šifrantom Vrst zdravstvene dejavnosti se vpiše trimestna oznaka prve ravni šifranta vrst zdravstvene dejavnosti, v skladu z zgoraj opisano definicijo.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

30a. OZNAKA IZVAJALCA V EPIZODI

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (OZNAKA IZVAJALCA V EPIZODI)*

Zaloga vrednosti: RIZDDZ – številka izvajalca

Format: CHAR (5)- vsebina podatka je numerična

Definicija: Oznaka izvajalca je številka izvajalca iz RIZDDZ, kjer se je izvajala bolnišnična obravnava.

Navodilo za uporabo: Vpiše se številka podrejene ravni izvajalca, kjer se je izvajala epizoda bolnišnične obravnave, po šifrantu baze podatkov RIZDDZ, vzpostavljene pri NIJZ.

Kontrola: DA
Obvezno: POGOJNO, obvezno v primeru, če je pri podatku 6 Oznaka izvajalca šifra izvajalca 06001 UKC Ljubljana.

31. ŠIFRA LOKACIJE

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (ŠIFRA LOKACIJE)*

Zaloga vrednosti: Šifrant RIZDDZ (polje lokacija)

Format: CHAR (2)

Definicija: Lokacija so vsi različni naslovi, na katerih delujejo poslovne enote izvajalca zdravstvenega varstva.

Navodilo: Vpiše se dvomestna številka lokacije, na kateri deluje vrsta zdravstvene dejavnosti, ki je obravnavala pacientko v posamezni bolnišnični epizodi zaradi glavne diagnoze iz šifranta lokacije v RIZDDZ, NIJZ. Matična lokacija izvajalca ima vedno šifro 00.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

32. DATUM ZAKLJUČKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (DATUM ZAKLJUČKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE)*

Zaloga vrednosti: veljavni datum

Format: DATE (8)

Definicija: Datum zaključka bolnišnične epizode je datum, ko se je zaključila bolnišnična epizoda oziroma se je izvedel formalen ali evidenčen odpust pacientke.

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

Kontrola: DA
Obvezno: DA.

33. URA ZAKLJUČKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (URA ZAKLJUČKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE)*

Zaloga vrednosti: veljavna ura

Format: TIME (4)

Definicija: Ura zaključka bolnišnične epizode je ura, ko se je zaključila bolnišnična epizoda oziroma se je izvedel formalen ali evidenčen odpust pacientke.

Navodilo za uporabo: Vpiše se ura zaključka bolnišnične obravnave v obliki UUMM. *Podatek se beleži v 24-urnem zapisu časa. Če je npr. ura zaključka bolnišnične epizode ob petnajst do petih popoldan, se zabeleži 1645.*

Kontrola: DA
Obvezno: DA

34. DATUM ZAKLJUČKA HOSPITALIZACIJE

Podatek se ne poroča.

35. NAPOTITEV/ STANJE OB ZAKLJUČKU

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO* (NAPOTITEV / STANJE OB ZAKLJUČKU BOLNIŠNIČNE EPIZODE)

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
31 – premeščen na drug tip obravnave v isti bolnišnici
32 – druga premestitev v isti bolnišnici
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 bolnišnične epizode napotena pacientka, ali smrt pacienta.

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

Kontrola: DA
Obvezno: DA

36. OZNAKA DRUGE BOLNIŠNICE (IZVAJALCA)

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (OZNAKA DRUGE BOLNIŠNICE (IZVAJALCA))*

Zaloga vrednosti: številka izvajalca – šifrant RIZDDZ

Format: CHAR (5) - vsebina podatka je numerična

Definicija: Oznaka druge bolnišnice (izvajalca) v katero je pacientka napotena/ premeščena ob zaključku bolnišnične obravnave.

Navodilo za uporabo: Vpiše se številka izvajalca, v katero je pacientka napotena ob zaključku bolnišnične obravnave. Šifra se izbere po šifrantu baze podatkov RIZDDZ, vzpostavljene pri NIJZ. Polje se izpolni le, če je izbrana možnost 21 ali 41.

Kontrola: DA
Obvezno: POGOJNO. Pri bolnišničnih obravnavah je podatek obvezen, če je pri podatku 35 izbrana možnost 21 ali 41.

37. NEPOSREDNI VZROK SMRTI

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (NEPOSREDNI VZROK SMRTI)*
Opomba 2: *Nova verzija klasifikacije MKB-10-AM, verzija 12*

Zaloga vrednosti: MKB-10-AM (verzija 12)

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 12), če pacientka ni umrla, se polje pusti prazno.

Kontrola: DA
Obvezno: NE

38. GLAVNA DIAGNOZA

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (GLAVNA DIAGNOZA BOLNIŠNIČNE EPIZODE)*
Opomba 2: *Nova verzija klasifikacije MKB-10-AM, verzija 12*

Zaloga vrednosti: MKB-10-AM (verzija 12)

Format: CHAR (5)

Definicija: Glavna diagnoza je diagnoza vodilne bolezni ali stanja v epizodi, zaradi katerega je bila pacientka na bolnišnični obravnavi.

Navodilo za uporabo: Vpiše se petmestna šifra diagnoze po MKB-10-AM (verzija 12), skladno s Standardi kodiranja – avstralska različica 11 ter slovenskimi dopolnitvami.

Posebnosti:
Vse prve bolnišnične obravnave zaradi nosečnosti, ki se končajo s splavom (glavna diagnoza: kode MKB-10-AM, verzija 12: O00.0 – O07.9) se beležijo med vzroke bolnišnične obravnave zaradi fetalnih smrti. Če se med hospitalizacijo pojavijo neposredni zapleti, se beležijo kot četrto mesto v šifrah O03 – O06, lahko pa se poleg glavne diagnoze (O00.0 – O07.9) zabeleži še diagnoza zapleta (kode O08.0 – O08.9). Kot ena od dodatnih diagnoz se obvezno beleži ena izmed kod O09.0 – O09.9.

Če šifra glavne diagnoze v šifrantu MKB-10-AM (verzija 12) ni podrobneje opredeljena in je trimestna/štirimestna, ostane četrto/peto mesto prazno. Kot glavna diagnoza se ne smejo dodeliti kode diagnoz, navedene v šifrantu MKB-10-AM, verzija 12 (stolpec »nesprejemljiva glavna diagnoza«).

Glej tudi definicije konceptov pri glavni diagnozi.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

39. DODATNA DIAGNOZA (DO 29 DIAGNOZ)

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (DODATNA DIAGNOZA BOLNIŠNIČNE EPIZODE (DO 29 DIAGNOZ))*

Opomba 2: *Nova verzija klasifikacije MKB-10-AM, verzija 12*

Zaloga vrednosti: MKB-10-AM (verzija 12)

Format: CHAR (5)

Definicija: Dodatna diagnoza je bolezen ali stanje, ki je že obstajalo ob glavni diagnozi ali pa je nastalo med bolnišnično.
Dodatna diagnoza je diagnoza,
- ki je pomembno vplivala na zdravljenje pacientke in/ali
- zaradi katere se je zapletlo zdravljenje pacientke.

Navodilo za uporabo:
Dodatne diagnoze so tiste, ki jih beležimo ob glavni diagnozi. Dodatno diagnozo moramo zabeležiti in kodirati, če je na katerikoli način vplivala na bolnišnično.

Dodatne diagnoze opredelimo kot vsa stanja, ki vplivajo na obravnavo pacientke 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 29).
Vpiše se šifra po MKB-10-AM (verzija 12), skladno s Standardi kodiranja – avstralska različica 11, ter slovenskimi dopolnitvami. Možne so vse šifre po MKB-10-AM (verzija 12), razen šifre glavne diagnoze.
V primeru zapletov pri diagnostiki in zdravljenju je potrebno vpisati ustrezno šifro po MKB-10-AM (verzija 12). V primeru, da je prišlo do infekcije rane po posegu, ki vključuje tudi absces (intraabdominalni, šivni, subfrenični, v rani) in sepso je potrebno obvezno vpisati kodo T81.4.

Glej tudi definicije konceptov pri dodatni diagnozi.

Kontrola: DA
Obvezno: POGOJNO
Dodatna kontrola diagnoz pri bolnišnični obravnavi fetalne smrti (MKB-10-AM verzija 12: O00.0-O07.9), če je glavna diagnoza ena izmed obravnav (Vzrok obravnave) Bolezen ali Poškodba. Če je fetalna smrt spremljajoče stanje pri obravnavi zaradi bolezni ali poškodbe, mora biti diagnoza fetalne smrti navedena med dodatnimi diagnozami: Kadar je vzrok obravnave »bolezen« ali »poškodba« in glavna diagnoza ni O00.0 – O.079, mora biti ena izmed teh diagnoz obvezno navedena med dodatnimi diagnozami.

40. DIAGNOZA ZAPLETA (DO 3 DIAGNOZE)

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (DIAGNOZA ZAPLETA V EPIZODI (DO 3 DIAGNOZE))*
Opomba 2: *Nova verzija klasifikacije MKB-10-AM, verzija 12*

Zaloga vrednosti: MKB-10-AM (verzija 12)

Format: CHAR (5)

Definicija: Oznaka tiste diagnoze v epizodi, zaradi katere se je zapletla bolnišnična obravnava pacientke.
Navodilo za uporabo: Vpiše se zaplet, ki je nastal v času bolnišnične obravnave pacientke (petmestna koda diagnoze po MKB-10-AM, verzija 12), skladno s Standardi kodiranja – avstralska različica 11 ter slovenskimi dopolnitvami. Možne so vse šifre razen dopolnilnih kod (kategorije z zvezdico in B95-B97).

Pri kodah z zvezdico mora biti pripadajoča koda s križcem navedena med dodatnimi diagnozami. Če zapletov ni, se polje ne izpolni.

Glej tudi definicije konceptov za glavno in dodatne diagnoze bolnišnične obravnave.

Kontrola: DA
Obvezno: NE

41. GLAVNI TERAPEVTSKI ALI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (GLAVNI TERAPEVTSKI ALI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK BOLNIŠNIČNE EPIZODE)*
Opomba 2: *Nova verzija klasifikacije KTDP, verzija 12*

Zaloga vrednosti: Klasifikacija terapevtskih in diagnostičnih postopkov in posegov (KTDP, verzija 12)

Format: NUM (7)

Definicija: Glavni terapevtski ali diagnostični postopek je tisti postopek, ki je opravljen za zdravljenje glavne bolezni ali stanja, in zahteva za svojo izvedbo specialna znanja (specialistično usposabljanje) in/ali ustreza enemu od kriterijev:

– da je kirurške narave; in/ali
– da predstavlja tveganje za pacienta; in/ali
– je povezan s tveganjem v zvezi z anestezijo; in/ali
– zahteva posebne prostore ali opremo, ki je na voljo le v okolju za akutno obravnavo.

Terapevtski in diagnostični postopki so tisti postopki, ki se izvajajo:

– za preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje ali lajšanje bolezni;
– za korekcijo deformacij ali pomanjkljivosti, tudi iz kozmetičnih razlogov;
– v povezavi z nosečnostjo, porodom, kontracepcijo ali umetno oploditvijo;

Navodilo za uporabo: Vpiše se šifra postopka/posega, opravljenega za zdravljenje glavne bolezni ali stanja v bolnišnični obravnavi, po Klasifikaciji terapevtskih in diagnostičnih postopkov in posegov (KTDP, verzija 12), skladno s Standardi kodiranja – avstralska različica 11 ter slovenskimi dopolnitvami.

Kontrola: DA
Obvezno: NE

42. DATUM GLAVNEGA TERAPEVTSKA ALI DIAGNOSTIČNEGA POSTOPKA

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (DATUM GLAVNEGA TERAPEVTSKEGA ALI DIAGNOSTIČNEGA POSTOPKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE)*

Zaloga vrednosti: veljavni datum

Format: DATE (8)

Definicija: Datum izvedbe glavnega terapevtskega ali diagnostičnega postopka/posega.

Navodilo za uporabo: Vpiše se datum, ko je bil opravljen glavni postopek/poseg, naveden v prejšnjem polju (DDMMLLLL).

Kontrola: DA
Obvezno: POGOJNO

43. TERAPEVTSKI ALI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK (DO 29)

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (TERAPEVTSKI ALI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK BOLNIŠNIČNE EPIZODE (DO 29))*
Opomba 2: *Nova verzija klasifikacije KTDP, verzija 12*

Zaloga vrednosti: Klasifikacija terapevtskih in diagnostičnih postopkov in posegov (KTDP, verzija 12)

Format: NUM (7)

Definicija: Terapevtski ali diagnostični postopek je tisti postopek, ki zahteva za svojo izvedbo specialna znanja (specialistično usposabljanje) in/ali ustreza enemu od kriterijev:
– da je kirurške narave; in/ali
– da predstavlja tveganje za pacienta; in/ali
– je povezan s tveganjem v zvezi z anestezijo; in/ali
– zahteva posebne prostore ali opremo, ki je na voljo le v okolju za akutno obravnavo.
Terapevtski in diagnostični postopki so tisti postopki, ki se izvajajo:
– za preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje ali lajšanje bolezni;
– za korekcijo deformacij ali pomanjkljivosti, tudi iz kozmetičnih razlogov;
– v povezavi z nosečnostjo, porodom, kontracepcijo ali umetno oploditvijo;

Navodilo za uporabo: Vpiše se šifra postopka/posega, opravljenega v bolnišnični obravnavi, po Klasifikaciji terapevtskih in diagnostičnih postopkov in posegov, (KTDP, verzija 12), skladno s Standardi kodiranja – avstralska različica 11 ter slovenskimi dopolnitvami .
Obvezen je naslednji vrstni red beleženja postopkov:
– 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.
Ne kodira se postopkov, ki so sestavni deli drugih postopkov.
Kirurški posegi (operacije) so podskupina terapevtskih in diagnostičnih postopkov.
Kirurški posegi so tisti posegi, ki se izvajajo
– za preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje ali lajšanje bolezni,
– za korekcijo deformacij ali pomanjkljivosti, tudi iz kozmetičnih razlogov,
– v povezavi z nosečnostjo, porodom, kontracepcijo ali umetno oploditvijo.
Kirurški posegi običajno vključujejo:
– delo na operacijskem polju,
– postopke asepse,
– anestezijske postopke, ki so zahtevnejši kot postopki sedacije na bolniškem oddelku,
– tehnične postopke (incizija ali ekscizija tkiva, inhalacije, plastične korekcije ali rekonstrukcije, intervencijska radiologija, punkcije globlje od kože in podkožnega tkiva, izžiganje, diatermija, kriokirurgija, fotokoagulacija, dilatacija, odstranjevanje tujkov, kateterizacija ali forsirana manipulacija).
V primeru, da med obravnavo ni bilo izvedenega terapevtskega ali diagnostičnega postopka, ki po navodilih zahteva beleženje in poročanje, se polje pusti prazno.

Kontrola: DA
Obvezno: NE

44. DATUM TERAPEVTSKEGA ALI DIAGNOSTIČNEGA POSTOPKA (DO 29)

Opomba 1: *Podatek za bolnišnične obravnave je enak podatku SBO (DATUM TERAPEVTSKEGA ALI DIAGNOSTIČNEGA POSTOPKA BOLNIŠNIČNE EPIZODE (DO 29))*

Zaloga vrednosti: veljavni datum

Format: DATE (8)

Definicija: Datum izvedbe terapevtskega ali diagnostičnega postopka/posega.

Navodilo za uporabo: Vpiše se datum, ko je bil opravljen postopek/posega, naveden v prejšnjem polju (DDMMLLLL).

Kontrola: DA
Obvezno: POGOJNO

F. Anamnestični podatki

45. ŠTEVILO DOSEDANJIH PORODOV

Zaloga vrednosti: število
0 – ni bilo poroda
1 – 1 porod
2 – 2 poroda
…
15 - 15 porodov
99 – neznano

Format: NUM (2)

Definicija: Število dosedanjih porodov v anamnezi nosečnice.

Navodilo za uporabo: Vpiše se število dosedanjih porodov. Možne so vrednosti od 0 do 15.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

46. ŠTEVILO ŽIVOROJENIH OTROK

Zaloga vrednosti: število
0 – ni bilo nosečnosti
1 – 1 živorojen
2 – 2 živorojena
…
15– 15 živorojenih
99 – neznano

Format: NUM (2)

Definicija: Število dosedanjih živorojenih otrok v anamnezi nosečnice.

Navodilo za uporabo: Vpiše se število dosedanjih živorojenih otrok. Možne so vrednosti od 0 do 15.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

47. ŠTEVILO DOSEDANJIH SPONTANIH SPLAVOV IN DRUGIH PATOLOŠKIH OBLIK NOSEČNOSTI (RAZEN ZUNAJMATERNIČNIH NOSEČNOSTI)

Zaloga vrednosti: število
0 – ni bilo nosečnosti
1 – 1 spontan splav ali patološka nosečnost
2 – 2 spontana splava ali patološki nosečnosti
….
10 – 10 spontanih splavov ali patoloških nosečnosti
99 – neznano

Format: NUM (2)

Definicija: Število dosedanjih spontanih splavov in drugih patoloških oblik nosečnosti (razen zunajmaternične nosečnosti) v anamnezi nosečnice.

Navodilo za uporabo: Vpiše se število dosedanjih spontanih splavov in drugih patoloških oblik nosečnosti (razen zunajmaternične nosečnosti). Možne so vrednosti od 0 do 10.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

48. ŠTEVILO DOSEDANJIH ZUNAJMATERNIČNIH NOSEČNOSTI

Zaloga vrednosti: število
0 – ni bilo nosečnosti
1 – 1 zunajmaternična nosečnost
2 – 2 zunajmaternični nosečnosti
….
10 - 10 zunajmaterničnih nosečnosti
99 – neznano

Format: NUM (2)

Definicija: Število dosedanjih zunajmaterničnih nosečnosti v anamnezi nosečnice.

Navodilo za uporabo: Vpiše se število zunajmaterničnih nosečnosti. Možne so vrednosti od 0 do 10.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

49. ŠTEVILO DOSEDANJIH DOVOLJENIH SPLAVOV

Zaloga vrednosti: število
0 – ni bilo nosečnosti
1 – 1 dovoljen splav
2 – 2 dovoljena splava
….
10 - 10 dovoljenih splavov
99 – neznano

Format: NUM (2)

Definicija: Število dosedanjih dovoljenih splavov v anamnezi nosečnice.

Navodilo za uporabo: Vpiše se število dosedanjih dovoljenih splavov. Možne so vrednosti od 0 do 10.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

50. IZID ZADNJE PREDHODNE NOSEČNOSTI

Zaloga vrednosti: Šifrant Izid nosečnosti
0 – ni bilo nosečnosti
1 – porod
2 – spontani splav ali druga patološka nosečnost (razen ZMN)
3 – dovoljen splav
4 – zunajmaternična nosečnost (ZMN)
9 – neznano

Format: NUM (1)

Definicija: Izid zadnje (predhodne) nosečnosti.

Navodilo za uporabo: Vpiše se izid zadnje predhodne nosečnosti.

Kontrola: DA

Če je izid zadnje predhodne nosečnosti = 0 (ni bilo nosečnosti),
mora biti

- število dosedanjih porodov = 0
- število živorojenih otrok = 0
- število dosedanjih spontanih splavov ali drugih patoloških nosečnosti = 0
- število zunajmaternič nih nosečnosti = 0
- število dosedanjih dovoljenih splavov = 0
- čas od zadnje nosečnosti = 0

Če je izid zadnje predhodne nosečnosti = 1 (porod),
mora biti število dosedanjih porodov > 0.

Če je izid zadnje predhodne nosečnosti = 2 (Spontani splavi ali druga patološka nosečnost)
mora biti število dosedanjih spontanih splavov ali drugih patoloških nosečnosti > 0.

Če je izid zadnje predhodne nosečnosti = 3 (Dovoljen splav)
mora biti število dosedanjih dovoljenih splavov > 0.

Če je izid zadnje predhodne nosečnosti = 4 (Zunajmaternična nosečnost (ZMN)
mora biti število dosedanjih ZMN > 0.

Obvezno: DA

51. MESEC IN LETO ZAKLJUČKA ZADNJE PREDHODNE NOSEČNOSTI

Zaloga vrednosti: mmllll **(mesec in leto)**

Format: CHAR (6)

Definicija: Mesec in leto, ko se je zaključila zadnja predhodna nosečnost, ne glede na izid le te.

Navodilo za uporabo: Vpiše se mesec in leto zadnje predhodne nosečnosti. V kolikor ženska predhodno ni bila noseča, se pusti prazno. Podatek se vpisuje z vodečimi ničlami.

Kontrola: DA
Obvezno: POGOJNO
Podatek o času od zadnje nosečnosti mora biti obvezno izpolnjen kadar,

- število dosedanjih porodov NI 0
- število živorojenih otrok NI 0
- število dosedanjih spontanih splavov NI 0
- število zunajmaternič nih nosečnosti NI 0
- število dosedanjih dovoljenih splavov NI 0.

52. UPORABA ZANESLJIVE KONTRACEPCIJE (KADARKOLI) (do 4 podatki)

Zaloga vrednosti: Šifrant Zanesljiva kontracepcija

0 – nobena
1 - hormonska
21 – IUV hormonski
22 – IUV ne-hormonski
31 – kondom
32 – diafragma
99 – neznano

Format: NUM (2)

Definicija: Kontracepcija, ki jo nosečnica uporabljala kadarkoli v življenju.

Navodilo za uporabo: Vpiše se vse vrste zanesljive kontracepcije, ki jih je nosečnica uporabljala kadarkoli v življenju.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

53. UPORABA ZADNJE KONTRACEPCIJE (V ČASU ZANOSITVE)

Zaloga vrednosti: Šifrant Uporaba kontracepcije
0 – nobena
1 – hormonska
21 – IUV hormonski
22 – IUV ne-hormonski
31 – kondom
32 – diafragma
4 – kemična
5 – naravna
6 – prekinjen odnos
7 – sterilizacija
8 – dojenje
99 – neznano

Format: NUM (2)

Definicija: Kontracepcija, ki jo nosečnica uporabljala v času zanositve.

Navodilo za uporabo: Vpiše se vrsta kontracepcije, ki jo je nosečnica uporabljala v času zanositve.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

54. ČAS UPORABE ZADNJE KONTRACEPCIJE

Zaloga vrednosti: šifrant Čas uporabe
0 – ni uporabljala kontracepcije
1 – do 6 mesecev
2 – 6 mesecev do 1 leto
3 – 1 do 2 leti
4 – 2 do 3 leta
5 – 3 leta in več
9 – neznano

Format: NUM (1)

Definicija: Čas uporabe tiste kontracepcijske metode, ki jo je ženska uporabljala v času zanositve.

Navodilo za uporabo: Vpiše se čas uporabe tiste kontracepcijske metode, ki jo je ženska uporabljala v času zanositve.

Kontrola: DA

Če je starost:	Uporaba zadnje kontracepcije	Čas uporabe zadnje kontracepcije
<15 let	ni 0 ali 99	1,2
<16 let	ni 0 ali 99	1,2,3
<17 let	ni 0 ali 99	1,2,3,4

17 let in več	ni 0 ali 99	1,2,3,4,5

Obvezno: DA

55. DATUM ZADNJE MENSTRUACIJE (ZM)

Opomba 2: Dodatno pojasnilo za vpis v primeru neznanega datuma ZM.

Zaloga vrednosti: veljavni datum

Format: DATE (8)

Definicija: Datum pričetka zadnje menstruacije.

Navodilo za uporabo: Vpiše se dan, mesec, leto zadnje menstruacije (DDMMLLLL). Vnešen mora biti celoten datum. Običajne vrednosti so tekoče in predhodno leto, nižje vrednosti morajo imeti opozorilo, višje niso možne. *V primeru, da datum zadnje menstruacije ni znan, se pri podatku 55 Datum zadnje menstruacije vnese vrednost 01011999.*

Kontrola: DA
Obvezno: NE

56. TEDNI NOSEČNOSTI (PO ZADNJI MENSTRUACIJI)

Zaloga vrednosti:

5 – 5 tednov
6 – 6 tednov
….
21 - 21 tednov
99 – neznano

Format: NUM (2)

Definicija: Tedni nosečnosti po zadnji menstruaciji.

Navodilo za uporabo: Vpiše se tedne nosečnosti po zadnji menstruaciji. V primeru, da datum ZM ni znan (podatek 55 ni izpolnjen), se vpiše vrednost 99.

Kontrola: DA
Obvezno: DA - opozorilo

57. TEDNI NOSEČNOSTI PO ULTRAZVOKU (UZ)

Zaloga vrednosti:

5 – 5 tednov
6 – 6 tednov
….
21 - 21 tednov
99 – neznano

Format: NUM (2)

Definicija: Tedni nosečnosti ocenjeni po ultrazvoku.
Navodilo za uporabo: Vpiše se ocenjeno višino nosečnosti glede na ultrazvočne meritve

Kontrola: DA
Obvezno: DA - opozorilo

G. Podatki o posegih

58. PREDOPERATIVNA DILATACIJA MATERNIČNEGA VRATU

Zaloga vrednosti:
1 – ne
2 – da
3 – neznano

Format: NUM (2)

Definicija: Predoperativna dilatacija maternicnega vratu.

Navodilo za uporabo: Izbere se ustrezna vrednost iz šifranta.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

59. VRSTA POSEGA

Zaloga vrednosti: Šifrant Vrsta posega
0 – ni bilo posega
1 – dilatacija in kiretaža
2 – dilatacija in vakumska aspiracija (VA)
4 – endometrijska aspiracija

Medikamentozna prekinitev nosečnosti
51 – antiprogestogen + prostaglandin
52 – karboprost intraamnijsko
53 – ostalo

6 – medikamentozna prekinitev nosečnosti, ki naknadno potrebuje še kirurški poseg

8 – operacija pri ZMN
98 – drugo (opiši)
Format: NUM (2)

Definicija: Poseg, ki je bil izveden pri obravnavi pacientke.

Navodilo za uporabo: Izbere se ustrezna vrednost iz šifranta. Za poročanje v ISSFS se pri vrednosti 98 – drugo vnese samo vrednost 98, in ne dodatnega teksta, ki se lahko beleži na obrazec.

Kontrola: DA
Pri glavni diagnozi **O**00.0 ali **O**00.1 ali **O**00.2 ali **O**00.8 ali **O**00.9 je lahko vrsta posega samo 8 ali 98.
Pri Glavni diagnozi **O**00.0 ali **O**00.1 ali **O**00.2 ali **O**00.8 ali **O**00.9 **in** Vrsta posega = 8 - operacija pri ZMN mora biti Anestezija = 1 – kratkotrajna splošna ali 2 – endotrahealna.
Obvezno: DA

60. DRUGI POSEGI

Zaloga vrednosti: Šifrant Drugi posegi
0 – ne
1 – vstava IUV
2 – odstranitev IUV
3 – sterilizacija
4 – drugo (opiši)
9 – neznano

Format: NUM (1)

Definicija: Dodaten poseg, ki je bil opravljen v sklopu iste obravnave.

Navodilo za uporabo: Izbere se ustrezna vrednost iz šifranta. Za poročanje v ISSFS se v primeru vrednosti 4 – drugo vnese samo vrednost 4 in ne dodatnega teksta, ki se lahko beleži na obrazec.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

61. HISTOLOŠKA PREISKAVA

Zaloga vrednosti:

1 – ne
2 – da
9 – neznano

Format: NUM (1)

Definicija: Opravljena histološka preiskava tkiva.

Navodilo za uporabo: Izbere se ustrezna vrednost iz šifranta.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

62. ANESTEZIJA

Zaloga vrednosti: Šifrant Vrsta anestezije

0 – nobena
1 – kratkotrajna splošna
2 – endotrahealna
3 – lokalna
4 – analgezija
9 – neznano

Format: NUM (1)

Definicija: Vrsta anestezije, ki je bila uporabljena pri posegu.

Navodilo za uporabo: Izbere se ustrezna vrednost iz šifranta.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

63. RhD ZAŠČITA

Zaloga vrednosti:

1 – ne
2 – da
9 – neznano

Format: NUM (1)

Definicija: Ženska je ob posegu prejela RhD zaščito.

Navodilo za uporabo: Izbere se ustrezna vrednost iz šifranta.

Kontrola: DA
Obvezno: DA

64. MEDICINSKA INDIKACIJA ZA POSEG

Zaloga vrednosti: Šifrant Indikacija za poseg
1 – ne
21 – da, indikacija nosečnice
22 – da, indikacija ploda
99 – neznano

Format: NUM (2)

Definicija: Za umetno prekinitev nosečnosti je obstajala medicinska indikacija pri nosečnici ali plodu. Pod medicinsko indikacijo nosečnice sodijo bolezni nosečnice, pri katerih bi nadaljevanje nosečnosti lahko pomenilo tveganje za zdravje in življenje ženske.
Pod medicinsko indikacijo ploda sodijo ugotovljene bolezni ali prirojene nepravilnosti ploda.

Navodilo za uporabo: Izbere se ustrezna vrednost iz šifranta.

Kontrola: DA, če je pri Medicinski indikaciji za poseg označena vrednost 21 (da, indikacija nosečnice) mora biti izpolnjena Diagnoza za medicinsko indikacijo nosečnice, če je označena vrednost 22 (da, indikacija ploda) mora biti izpolnjena Diagnoza za medicinsko indikacijo otroka.
Obvezno: DA

65. DIAGNOZA ZA MEDICINSKO INDIKACIJO NOSEČNICE

Opomba 2: *Nova verzija klasifikacije MKB-10-AM, verzija 12*

Zaloga vrednosti: MKB-10-AM (verzija 12)

Format: CHAR (5)

Definicija: Ustrezna diagnoza medicinske indikacije nosečnice pri posegu kot je dovoljen splav narejen zaradi bolezni ali ogroženega življenja nosečnice.

Navodilo za uporabo: Vpiše se šifra diagnoze iz *MKB-10-AM (verzija 12)*.

Kontrola: DA
Obvezno: POGOJNO, polje se izpolni, če je pri podatku Medicinska indikacija za poseg označena vrednost 21 = da, indikacija nosečnice.

66. DIAGNOZA ZA MEDICINSKO INDIKACIJO PLODU

Opomba 1: *Nova verzija klasifikacije MKB-10-AM, verzija 12*

Zaloga vrednosti: MKB-10-AM (verzija 12)

Format: CHAR (5)

Definicija: Ustrezna diagnoza medicinske indikacije ploda pri posegu kot je dovoljen splav narejen zaradi prenatalno ugotovljene težje nepravilnosti ploda.
Navodilo za uporabo: Vpiše se šifra diagnoze iz MKB-10-AM (verzija 12).

Kontrola: DA
Obvezno: POGOJNO, polje se izpolni, če je pri podatku Medicinska indikacija za poseg označena vrednost 22 = da, indikacija ploda.

PRILOGA 1: SEZNAM ŠIFRANTOV

Šifranti, ki se uporabljajo pri spremljanju obravnav fetalnih smrti, so dostopni na povezavi Fetalne smrti.

PRILOGA 2: INFORMATIVNA STRUKTURA ZAPISA PODATKOV

Zast	Spremenljivka	Format	Obveznost	Zaporedna številka v SBO
1	Način obravnave	NUM 1	**X**	
2	Leto zajema	NUM **4**	**X**	1
3	Leto fetalne smrti	NUM 4	**X**	
4	Obdobje zajema	NUM 2	**X**	2
5	Obdobje fetalne smrti	NUM 2	**X**	
6	Oznaka izvajalca	CHAR 5	**X**	3
7	**Zaporedna številka zapisa**	NUM 6		
8	Enotna matična številka občana (EMŠO)	CHAR 13	**X**	4
9	Zdravstvena številka (ZZZS številka zavezanca)	CHAR 9	**0**	5
10	Datum rojstva	DATE 8	**X**	8
11	Država stalnega prebivališča	CHAR 4	**X**	9
12	Občina **običajnega** prebivališča	CHAR 3	**X**	10
13	Zakonski stan	NUM 1	**X**	11
14	Stopnja izobrazbe	NUM 2	**X**	12
15	Delo, ki ga opravlja	CHAR **2**	**X**	13
16	Dejavnost zaposlitve	CHAR 6	**X**	14
17	Podlaga za zdrav. zavarovanje	CHAR **6**	**X**	15
18	Matična številka **sprejema**	CHAR 10	**X**	16
19	Napotitev neposredno iz druge bolnišnice	NUM 1	**X**	17
20	Indikator sprejema	NUM 1	**X**	18
21	Ponovni sprejem/stik	NUM 1	**X**	19
22	Datum sprejema **v bolnišnico**	DATE 8	**X**	20
23	Ura sprejema v bolnišnico	TIME 4	**X**	21
24	Tip plačnika za večinski delež stroškov	NUM 1	**X**	64
25	Vzrok obravnave	NUM 2	**X**	28
26	Vrsta obravnave	NUM 1	**X**	29
27	Zaporedna številka bolnišnične epizode	NUM 3	**X**	30
28	Datum začetka epizode/Datum stika	DATE 8	**X**	31
29	Ura začetka bolnišnične epizode	TIME 4	**X**	32
30	Vrsta zdravstvene dejavnosti	CHAR 3	**X**	33
30a	Oznaka izvajalca v epizodi	CHAR 5	**X**	33a
31	Šifra lokacije	CHAR 2	**X**	34

32	Datum zaključka bolnišnične epizode	DATE 8	**X**	35
33	Ura zaključka bolnišnične epizode	TIME 4	**X**	36
34	Datum zaključka hospitalizacije	DATE 8		
35	Napotitev/stanje ob zaključku	NUM 2	**X**	37
36	Oznaka druge bolnišnice (izvajalca)	CHAR 5	**0**	38
37	Neposredni vzrok smrti	CHAR 5	**N**	68
38	Glavna diagnoza	CHAR **5**	**X**	39
39	Dodatna diagnoza (do 19 diagnoz)	CHAR **5**	**0**	40
40	Diagnoza zapleta (do 3 diagnoze)	CHAR 5	**N**	41
41	Glavni terapevtski ali diagnostični postopek	NUM 7	**N**	42
42	Datum glavnega terapevtskega ali diagnostičnega postopka	DATE 8	**0**	43
43	Terapevtski ali diagnostični postopek (do 19)	NUM 7	**N**	44
44	Datum terapevtskega ali diagnostičnega postopka	DATE 8	**0**	45
45	Število dosedanjih porodov	NUM 2	**X**	
46	Število živorojenih otrok	NUM 2	**X**	
47	Število dosedanjih spontanih splavov in drugih patoloških oblik nosečnosti (razen zunajmaternične nosečnosti)	NUM 2	**X**	
48	Število dosedanjih zunajmaternične nosečnosti	NUM 2	**X**	
49	Število dosedanjih dovoljenih splavov	NUM 2	**X**	
50	Izid zadnje predhodne nosečnosti	NUM 1	**X**	
51	Mesec in leto zaključka zadnje predhodne nosečnosti	CHAR 6	**0**	
52	Uporaba zanesljive kontracepcije (kadarkoli) (do 4 podatki)	NUM 2	**X**	
53	Uporaba zadnje kontracepcije (v času zanositve)	NUM 2	**X**	
54	Čas uporabe zadnje kontracepcije	NUM 3	**X**	
55	Datum zadnje menstruacije (ZM)	DATE 8	**N**	
56	Tedni nosečnosti (po zadnji menstruaciji)	NUM 2	**X**	
57	Tedni nosečnosti po ultrazvoku (UZ)	NUM 2	**X**	
58	Predoperativna dilatacija materničnega vratu	NUM 2	**X**	
59	Vrsta posega	NUM 2	**X**	
60	Drugi posegi	NUM 1	**X**	
61	Histološka preiskava	NUM 1	**X**	
62	Anestezija	NUM 1	**X**	
63	RhD zaščita	NUM 1	**X**	
64	Medicinska indikacija za poseg	NUM 2	**X**	
65	Diagnoza za medicinsko indikacijo nosečnice	CHAR **5**	**0**	
66	Diagnoza za medicinsko indikacijo plodu	CHAR **5**	**0**	

Legenda:

X – podatek je obvezen

» « – podatek se ne poroča

0 – podatek je pogojno obvezen

N – podatek ni obvezen, je pa zaželen

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti

Definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov o fetalnih smrtih, v 2.7

Ljubljana, november 2026