

Závazné pokyny NZIS



Národní registr hospitalizovaných

002_20120701

Pokyny k obsahu datové struktury

Tyto závazné pokyny vydal,
na základě pověření MZ dle § 70 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních
službách, ve znění pozdějších předpisů,

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
Palackého nám. 4, P.O.BOX 60, 128 01 Praha 2
telefon: 224 972 712, fax: 224 915 982, e-mail: uzis@uzis.cz

© ÚZIS ČR

verze 002_201210701

Obsah

1. Úvod	4
2. Platná legislativa pro NRHOSP	4
3. Případy podléhající hlášení	5
4. Kdo má povinnost hlásit	5
5. Způsob podávání hlášení	5
6. Popis obsahu jednotlivých sledovaných údajů	6
7. Předávání datového rozhraní NZIS	24

1. Úvod

- Správcem i zpracovatelem NRHOSP je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) - dále jen správce.
- Tato verze pokynu 002-20120701 je platná od 1. 7. 2012.
- Statistickou jednotkou je ukončený pobyt hospitalizovaného na oddělení.
- Do NRHOSP **patří** též jednodenní péče (jednodenní chirurgie, definovaná zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách).
- Osobní a další údaje se dle platné legislativy předávají do Národního registru hospitalizovaných v elektronické podobě přímým zápisem nebo na technickém nosiči dat. Přímý zápis (ve formátu .xml) je prováděn se zabezpečeným protokolem přenosu dat prostřednictvím vzdáleného přístupu na určenou elektronickou adresu Centrálního úložiště povinných hlášení. Na technickém nosiči dat jsou údaje do registru předávány osobně, nebo prostřednictvím držitele poštovní licence, které musí být doloženo doručenkou. Předávané soubory musí být zašifrovány veřejným klíčem správce.
- Výjimku z přímého zápisu (ve formátu .xml viz Datový standard MZ) může povolit vedoucí regionálního pracoviště ÚZIS ČR na časově přesně vymezené přechodné období, maximálně však na 12 měsíců

2. Platná legislativa pro NRHOSP

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- Vyhláška č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- NRHOSP byl vyhlášen ve Věstníku MZ, částka 14, Ročník 2001
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů- desátá revize - zkrácené označovaná jako MKN-10 sdělení ČSÚ ze dne 13. listopadu 2011 o aktualizaci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (částka 119/2011 Sb.). Nová elektronická verze platná od 1. ledna 2012 je k dispozici na adrese www.uzis.cz.
- Klasifikace hospitalizovaných pacientů IR-DRG (International Refined Diagnosis Related Groups - Mezinárodní zpřesněné skupiny vztažené k diagnóze), s účinností od 1. 1. 2006 (aktuální verze pro rok 2012 - sdělení ČSÚ ze dne 13. listopadu 2011 o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (částka 119/2011 Sb.)). IR-DRG je každý rok aktualizováno a ČSÚ vydává nově aktualizované Sdělení. Distribuci zajišťuje Ministerstvo zdravotnictví ČR (www.mzcr.cz).

- Závazné pokyny NZIS - Pokyny k obsahu datové struktury - Národní registr hospitalizovaných
- Datový standard MZ

3. Případy podléhající hlášení

- Statistickou jednotkou je ukončený pobyt hospitalizovaného na oddělení.
- Povinným hlášením se stává každá ukončená hospitalizace pacienta (tuzemce i cizince) na jednom lůžkovém oddělení poskytovatele lůžkové péče bez ohledu na způsob přijetí a ukončení (propuštění, překlad, úmrtí).
- Do NRHOSP se hlásí i případy **jednodenní péče** (jednodenní chirurgie). Jednodenní péče je zdravotní péčí, při jejímž poskytnutí se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin, a to s ohledem na charakter a délku poskytovaných zdravotních výkonů. Při poskytování jednodenní péče musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní (§ 8, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách).

4. Kdo má povinnost hlásit

- Každý poskytovatel lůžkové a jednodenní péče (akutní intenzivní, akutní standardní, následné a dlouhodobé), v němž došlo k ukončení lůžkové péče pacienta. Hlášení hospitalizace nemají povinnost předávat lázeňské léčebny a ozdravovny.

5. Způsob podávání hlášení

- Poskytovatel lůžkové nebo jednodenní péče (nemocnice, léčebna, hospic) předává data v elektronické podobě podle stanoveného datového rozhraní NZIS, které je definováno resortním Datovým standardem MZ ve formátu .xml. Zpravodajské jednotky (poskytovatelé lůžkové) najdou čtvrtletně aktualizovaný Datový standard MZ a aktuální číselníky NZIS na internetových stránkách MZ ČR (www.mzcr.cz)
- Datová rozhraní formátu .txt, zasílají poskytovatelé na regionální pracoviště ÚZIS ČR.
- Pokud poskytovatel používá pro kódování kteréhokoliv údaje vlastní číselník, musí pro datové rozhraní NZIS zajistit překódování na platné číselníky NZIS.
- Diagnózy se uvádějí vždy pětimístným kódem podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10). Číselníky NZIS jsou součástí Datového standardu MZ a jsou k dispozici na webových stránkách MZ a na všech pracovištích ÚZIS ČR. Ústav je bezplatně poskytuje všem poskytovatelům lůžkové péče.

S účinností od 1. ledna 2006 byla na základě sdělení ČSÚ č. 427/2005 Sb zavedena ve spolupráci s MZ **Klasifikace hospitalizovaných pacientů IR-DRG**, která umožňuje klasifikovat pacienty v akutní lůžkové péči dle jejich klinické podobnosti a srovnatelnosti nákladů na jejich pobyt u poskytovatelů lůžkové péče.

Pro klasifikaci IR-DRG se používá Grouper CZIR a Definiční manuál IR-DRG, který obsahuje platný číselník diagnostických skupin. Distribuuje Ministerstvo zdravotnictví (www.mzcr.cz).

Upozornění:

V následujícím textu jsou uvedeny příklady vyplnění položek (jak z hlediska rozsahu, tak i obsahu).. Příklady prezentace dat v .xml formátu jsou vždy součástí popisu datové struktury Národního registru hospitalizovaných uvedených v Datovém standardu MZ na webových stránkách MZ ČR.

6. Popis obsahu jednotlivých sledovaných údajů

Identifikační číslo (IC)

Údaj slouží k identifikaci jednotlivých poskytovatelů lůžkové péče.

Udává se *osmimístné* identifikační číslo organizace podle Registru ekonomických subjektů Českého statistického úřadu (tedy nikoliv identifikační číslo zařízení (IČZ) přidělené zdravotní pojišťovnou).

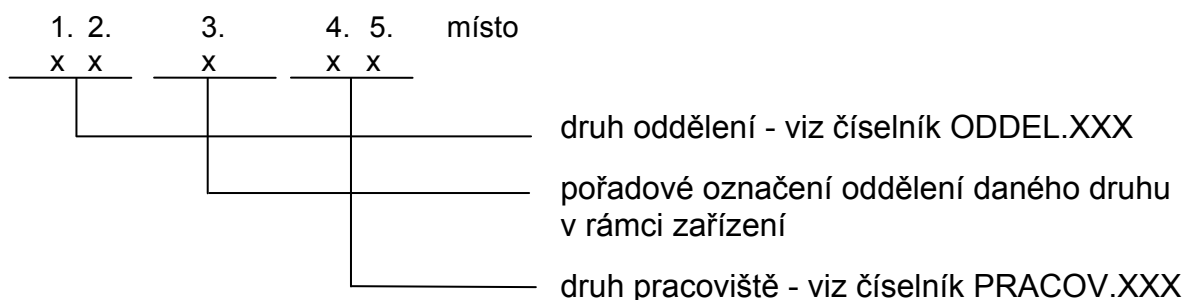
Pořadové číslo zařízení (PCZ)

Údaj slouží k doplnění identifikace jednotlivých zdravotnických zařízení v rámci subjektu poskytovatele.

Uvádí se třímístné pořadové číslo zařízení v rámci identifikačního čísla (IČ) podle číselníku zařízení ÚZIS ČR. Pokud se právní subjekt poskytovatele zdravotních služeb dále nečlení, uvádí se trojčíslí 000.

Oddělení

Číslo oddělení je pětímístný číselný údaj, který je utvořen takto:



Dvoumístný číselný kód druhu oddělení se uvádí podle číselníku oddělení ÚZIS ČR.

Pokud je v zařízení více oddělení téhož druhu, slouží k jejich rozlišení pořadové označení oddělení. Toto označení zároveň vyjadřuje ambulantní nebo lůžkový charakter oddělení:

- písmena A - Z znamenají ambulantní oddělení (v Hlášení hospitalizace se nevyskytují),
- čísla 1 - 9 znamenají lůžková oddělení.

Při vzniku nového oddělení je třeba konkrétní pořadové číslo oddělení ověřit na příslušném regionálním pracovišti ÚZIS ČR.

Druh pracoviště slouží k bližší identifikaci jednotlivých pracovišť určitého oddělení (nákladových středisek). Dvómístný číselný kód druhu pracoviště se uvádí podle číselníku pracovišť ÚZIS ČR. Jestliže se oddělení nečlení na pracoviště, uvádí se dvojcíslní 00.

Příklad: Interní oddělení nemocnice se dále člení na pracoviště kardiologie a diabetologie. V prvním případě bude číslo oddělení 01102, v druhém případě 01104. V případě, že má nemocnice další interní oddělení, které se dělí na pracoviště revmatologie a alergologie, bude v prvním případě číslo oddělení 01203, v druhém případě 01210.

Při překladi pacienta na jiné pracoviště téhož oddělení jsou možné dva postupy. Postup volí poskytovatel lůžkové a jednodenní péče (dále poskytovatel) podle svých vnitřních potřeb, příp. podle možností nemocničního informačního systému, který používá.

První postup = jeden záznam za celou hospitalizaci pacienta na oddělení daného druhu, tento postup znamená:

- pořízení jediného záznamu s uvedením kódu toho pracoviště, které pacienta přijalo do nemocnice, a se zaznamenáním případného počtu ošetrovacích dnů na JIP

Druhý postup = tolik záznamů, na kolika pracovištích oddělení daného druhu byl pacient postupně hospitalizován:

- v údajích „Ukončení hospitalizace“ se používá: *kód 3 = přeložen na jiné oddělení téhož zdravotnického zařízení*. Pracoviště, na které je pacient přeložen, uvede v položce „Přijetí doporučil“ *kód 6 = jiné oddělení*. Rovněž do údaje „Počet dnů na JIP“ musí být zaznamenán případný počet ošetrovacích dnů na JIP. Pokud to nemocniční informační systém daného poskytovatele umožňuje, je možné takto vzniklé záznamy za jednotlivé epizody hospitalizace na různých pracovištích sloučit v jeden záznam popisující celou hospitalizaci pacienta na oddělení daného druhu, s uvedením kódu toho pracoviště, které pacienta přijalo do nemocnice. Druhá možnost je ponechat záznamy nesloučené, tj. vykazovat jednotlivé epizody hospitalizace na oddělení.

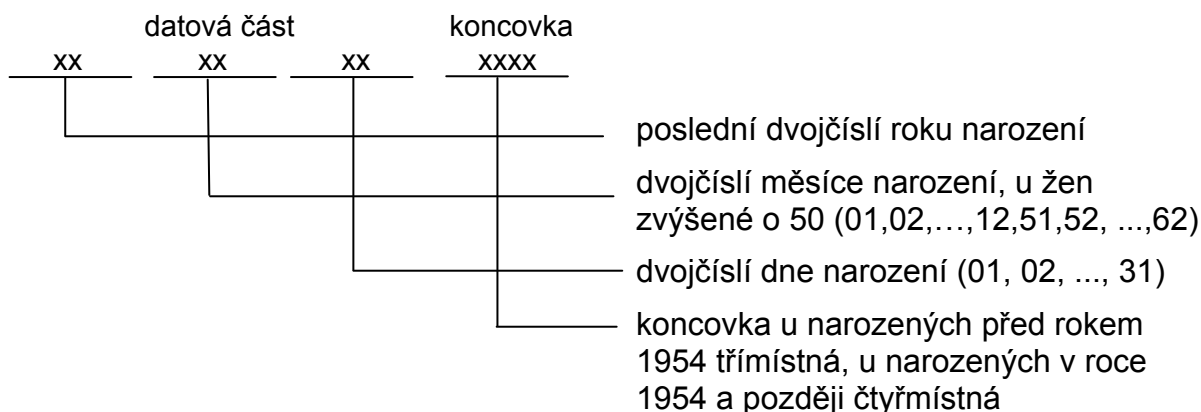
Upozornění: Slučování záznamů při překladi pacienta na oddělení jiného druhu není přípustné.

Pro účely Národního registru hospitalizovaných se záznamy za jednotlivé epizody hospitalizace sloučí (na centrálním pracovišti ÚZIS ČR) v jeden záznam za celý případ hospitalizace pacienta na oddělení daného druhu. Zároveň zůstávají zachována původní data, a tedy možnost jejich zpracování podle pracovišť.

Datum přijetí na oddělení a datum propuštění pacienta se nemohou překrývat, mohou být maximálně stejná! Respektive doba pobytu na jednom oddělení se nesmí u stejného pacienta překrývat s dobou pobytu na jiném oddělení.

Rodné číslo

Rodné číslo je základním identifikačním znakem hospitalizovaného, musí být uvedeno vždy celé, tzn. datová část a koncovka. Je třeba jej vyplnit přesně a úplně!



U občanů České republiky se uvádí přesně podle občanského průkazu nebo podle jiného dokladu určujícího totožnost pacienta (např. rodný list, osobní průkaz u vojáků z povolání). Je-li rodné číslo devítimístné (u narozených do konce roku 1953), zůstává desáté místo údaje prázdné.

Není-li rodné číslo dosažitelné, je třeba pacienta identifikovat náhradním rodným číslem takto:

- je-li známo datum narození, sestaví se datová část rodného čísla podle výše uvedeného nákresu;
- není-li známo ani datum narození, zkonstruuje se datová část rodného čísla takto:
 - odhadne se věk pacienta a doplní se poslední dvojčíslí roku narození podle tohoto odhadu,
 - místo dvojčíslí měsíce narození se uvede u muže 01, u ženy 51,
 - místo dne narození se napíše 01.

Do koncovky se v obou případech uvede trojčíslí 000 nebo čtyřčíslí 0000 (podle data narození).

U cizinců se postupuje následovně: Žije-li cizinec trvale v České republice a má-li přiděleno rodné číslo, uvede se toto rodné číslo přesně tak, jak je zapsáno v povolení k trvalému pobytu v České republice. Při nedosažitelnosti rodného čísla se postupuje stejně jako u občanů České republiky, pouze do koncovky se uvede trojčíslí 999 nebo čtyřčíslí 9999 (podle data narození).

Místo rodného čísla se výjimečně mohou vyskytnout desetimístná čísla pojištěnců přidělená podle metodiky VZP, která mají strukturu podle následujícího popisu:

Pozice 1 a 2

U rodných čísel a čísel pojištěných cizinců a zaměstnanců bez trvalého pobytu v ČR představují poslední dvě číslice z roku narození. U ostatních se obsazuje dvoumístným kódem OP.

Pozice 3 (a případně 4)

** 0 * * * * * K	číslo pojištěnce (rodné číslo muže nebo číslo pro cizince muže, případně zaměstnance bez trvalého pobytu v ČR)
** 1 * * * * * K	číslo pojištěnce (rodné číslo muže nebo číslo pro cizince muže, případně zaměstnance bez trvalého pobytu v ČR)
** 4 * * * * * K	čísla platebních výměrů a výzev
** 5 * * * * * K	číslo pojištěnce (rodné číslo ženy nebo číslo pro cizinku ženu, případně zaměstnanou ženu bez trvalého pobytu v ČR)
** 6 * * * * * K	číslo pojištěnce (rodné číslo ženy nebo číslo pro cizinku ženu, případně zaměstnanou ženu bez trvalého pobytu v ČR)
OP 7 * * * * * K	číslo smlouvy (cestovní zdravotní připojištění)
OP 7 7 * * * * * K	číslo smlouvy (připojištění v případě hospitalizace)
OP 7 8 * * * * * K	číslo smlouvy (dlouhodobé smluvní pojištění)
OP 7 9 * * * * * K	číslo smlouvy (dlouhodobé smluvní pojištění)
OP 8 0 * * * * * K	číslo smlouvy (krátkodobé smluvní pojištění)
OP 8 1 * * * * * K	číslo smlouvy (krátkodobé smluvní pojištění)
OP 8 7 * * * * * K	číslo plátce místo duplicitního rodného čísla
OP 9 * * * * * K	číslo smlouvy (připojištění)

Pozice 5 a 6

U rodných čísel - den narození, u čísel pojištěného cizince nebo zaměstnance bez trvalého pobytu v ČR - den narození zvýšený o 50. U ostatních čísel část pořadového čísla.

Pozice 4 až 9 (případně 5 až 9 nebo 7 až 9)

Pořadové číslo v rámci jedné okresní pojišťovny a pro určitý kód desetimístné identifikace. Řada těchto pořadových čísel nebude souvislá, některá čísla budou vynechána z důvodu vytváření kontrolní číslice (viz komentář k pozici 10).

Pozice 10

U devítimístných rodných čísel (do roku 1953) - mezera. U ostatních čísel kontrolní číslice (K), která zabezpečuje správnost zapsaného identifikačního čísla. Tvoří se tak, aby modulo 11 celého desetimístného čísla byla 0, tj. aby celé číslo bylo beze zbytku dělitelné 11.

Číslo obce trvalého pobytu

Šestimístný číselný kód přidělený ČSÚ.

Kód je možné doplňovat z číselníku OBCE, který je součástí číselníků NZIS (základem je číselník ČSÚ).

U cizinců, kteří mají v ČR trvalý pobyt nebo dlouhodobý pobyt (na víza nad 90 dní, na zvláštní víza, s přiznaným statutem uprchlíka, se statutem žadatele o azyl), se trvalé bydliště uvádí stejně jako u občanů ČR.

U cizinců na víza do 90 dnů se místo kódu obce uvede konstanta 999999. Shodný kód se použije u osob s českým občanstvím, které dlouhodobě (vízum nad 90 dní) pobývají mimo ČR.

U bezdomovců se místo kódu obce uvede konstanta 888888.

Číslo obce se musí uvádět přesně, protože z čísla obce se generuje i číslo kraje, okresu a ORP (obec s rozšířenou působností). S ohledem na to, že stejná jména obcí se mohou vyskytovat ve více krajích nebo okresech, je třeba dbát na výběr správného čísla obce z číselníku obcí, aby při zpracování Národního registru hospitalizovaných za území nedocházelo ke zkreslení.

Číslo kraje a okresu (NUTS3 a LAU1)

Třímístný číselný kód přidělený z klasifikace ČSÚ (počáteční konstanta CZ0 se neuvádí). Kód kraje a okresu je možno automaticky doplňovat z číselníku obcí (OBCE), který je součástí číselníků NZIS.

Pokud je uvedeno číslo obce, je tento údaj nepovinný.

Kód obce s rozšířenou působností (ORP)

Kód je též možno automaticky doplňovat z číselníku obcí (OBCE), který je součástí číselníků NZIS.

Pokud je uvedeno číslo obce, je tento údaj nepovinný.

Příslušnost k EU

Uvede se jednomístný kód podle číselníku - OBCAN (číselník NZIS).

- 1 občan ČR
- 2 občan ostatních zemí EU (Belgie, Bulharsko, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Irsko, Itálie, Kypr, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Maďarsko, Malta, Německo, Nizozemsko, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Rumunsko, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Spojené království, Španělsko, Švédsko)
- 3 občan zemí mimo EU

Rodinný stav

Údaj slouží k vyjádření rodinného stavu pacienta, přičemž rozhodujícím kritériem pro jeho určení je právní stav a z něho vyplývající zápis v občanském průkazu. Vyplňuje se podle číselníku - ROSTAV (číselník NZIS).

- 0 nezjištěno
- 1 svobodný/á

- 2 ženatý, vdaná
- 3 rozvedený/á
- 4 ovdovělý/á
- 5 druh, družka

U dětí do 15 let se vyplňuje **kód 1 - svobodný/á**.

Zaměstnání

Údaj slouží k sociálně-ekonomické charakteristice pacienta. Kóduje se podle číselníku - KZAM (číselník ČSÚ).

- 0 bez pracovního poměru (nepracující, dítě)
- 1 vedoucí a řídicí pracovník
- 2 vědecký a odborný duševní pracovník
- 3 technický, zdravotnický a pedagogický pracovník
- 4 nižší administrativní pracovník
- 5 provozní pracovník ve službách
- 6 kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník
- 7 řemeslník a kvalifikovaný dělník
- 8 obsluha strojů a zařízení
- 9 pomocný a nekvalifikovaný pracovník

Kód 0 - nepracující, dítě - se používá u dětí do 15 let a u osob starších než 15 let, které jsou bez pracovního zařazení.

Pod **kód 1 - vedoucí a řídicí pracovník** - se zařazují zákonodárci, vyšší úředníci a vojenští velitelé; vedoucí a řídicí pracovníci velkých organizací, společností či podniků, včetně jejich organizačních jednotek (manažeri); dále vedoucí a ředitelé, kteří řídí malý podnik, organizaci nebo společnost za pomoci nejvýše jednoho dalšího řídicího pracovníka.

Pod **kód 2 - vědecký a odborný duševní pracovník** - se zařazují vědci a odborníci ve fyzikálních a příbuzných vědách, architekti a techničtí inženýři (tvůrčí pracovníci); vědci, odborníci a inženýři v biologických, lékařských a příbuzných oborech; odborní pedagogičtí pracovníci a ostatní vědci a odborní duševní pracovníci jinde neuvedení.

Kód 3 - technický, zdravotnický a pedagogický pracovník - se používá u techniků ve fyzikálních, technických a příbuzných oborech; u technických pracovníků v oblasti biologie, zdravotnických a zemědělských pracovníků a pracovníků v příbuzných oborech; pedagogických pracovníků a jiných pomocných odborných pracovníků.

Pod **kód 4 - nižší administrativní pracovník** - patří nižší administrativní pracovníci (úředníci) a úředníci ve službách a obchodě.

Kód 5 - provozní pracovník ve službách - se uvádí u obsluhujících pracovníků, prodavačů, manekýnů a předváděčů zboží.

Kód 6 - kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník - se vyplňuje u kvalifikovaných dělníků v zemědělství, lesnictví, rybářství a myslivosti, orientovaných na trh, a u pracovníků získávajících obživu v zemědělství a rybářství jako samozásobitelé (kromě obsluhy strojů a zařízení).

Pod **kód 7 - řemeslník a kvalifikovaný dělník** - patří kvalifikovaní dělníci při dobývání surovin, stavební dělníci a pracovníci v příbuzných oborech (kromě obsluhy

strojů a zařízení); kvalifikovaní kovodělníci a strojírenští dělníci (kromě obsluhy strojů a zařízení); výrobci a opraváři přesných přístrojů, umělečtí řemeslníci, polygrafové a pracovníci v příbuzných oborech (kromě obsluhy strojů a zařízení) a ostatní kvalifikovaní zpracovatelé a výrobci (kromě obsluhy strojů a zařízení).

Kód 8 - obsluha strojů a zařízení - se používá pro obsluhu průmyslových zařízení, obsluhu stacionárních zařízení a montážní dělníky a pro řidiče a obsluhu pojízdných strojních zařízení.

Pod **kód 9 - pomocný a nekvalifikovaný pracovník** - patří pomocní a nekvalifikovaní pracovníci zaměřeni na prodej a služby; pomocní a nekvalifikovaní pracovníci v zemědělství, lesnictví, rybářství a v příbuzných oborech a pomocní a nekvalifikovaní pracovníci v dolech a lomech, v průmyslu, stavebnictví, v dopravě a v příbuzných oborech.

Přijetí doporučil

Uvede se zdravotnické zařízení nebo jiné místo, které pacienta doporučilo k hospitalizaci. Kóduje se podle číselníku DOPHOSP (číselník NZIS).

- 0 narození v nemocnici
- 1 praktický lékař
- 2 jiný ošetřující lékař (ambulantní specialista)
- 3 lékař LSPP (Lékařská služba první pomoci)
- 4 lékař RZP (Rychlá zdravotnická pomoc = zdravotnická záchranná služba (ZZS))
- 5 jiné zařízení (překlad z jiného lůžkového zdravotnického zařízení)
- 6 jiné oddělení téhož zařízení
- 7 bez doporučení lékaře
- 8 sociální pracovník
- 9 hospitalizace pokračuje (= začátek nového zúčtovacího období)

Kód 0 - narození v nemocnici se uvádí u dětí narozených v daném zdravotnickém zařízení. U dětí narozených během transportu rodičky do zdravotnického zařízení, doma nebo jinde mimo dané zdravotnické zařízení tento kód nelze použít. Pro tyto děti se používá vhodný kód z intervalu 1 - 8.

Kód 1 - praktický lékař se uvádí pokud přijetí doporučil praktický lékař pro děti a dorost, praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař gynekolog (registrující).

Kód 2 - jiný ošetřující lékař se uvádí pokud přijetí doporučil lékař specialista, tento kód se nepoužívá u překlady z oddělení nebo z jiného lůžkového zdravotnického zařízení. V těchto případech se musí uvést kód 6, resp. kód 5.

Použití kódů 3 a 4 - lékař LSPP a RZP (ZZS) by ve většině případů mělo signalizovat neodkladnost přijetí.

Kód 9 - hospitalizace pokračuje (= začátek nového zúčtovacího období). Uvádí se v případě, že jde o dlouhodobě hospitalizovaného pacienta, jehož předešlé hlášení bylo administrativně uzavřeno z důvodu nutnosti vyúčtování pro zdravotní pojišťovnu, ale hospitalizace pacienta dále pokračuje na stejném lůžku. Kód slouží k navázání pokračujících hospitalizací programem při počítačovém zpracování. Nevyjadřuje se

jím tedy přijetí (přeložení) pacienta z jiného oddělení nebo z jiného zdravotnického zařízení.

Příslušný číselník DOPHOSP distribuuje svým smluvním subjektům VZP. Tento číselník používá kódy 0 - 8. Pro účely NZIS je nutno do něho doplnit *kód 9 - hospitalizace pokračuje (= začátek nového zúčtovacího období).*

Datum přijetí

Uvádí se datum přijetí pacienta k hospitalizaci, resp. datum začátku nového zúčtovacího období. Datum přijetí se vyplňuje ve tvaru DDMMRRRR, tj. dvojčíslí dne, měsíce a čtyřčíslí roku.

Hodina, minuta (přijetí)

Uvádí se čas přijetí pacienta k hospitalizaci.

U neodkladného přijetí se čas uvádí s přesností na minuty ve tvaru HHMM, tj. dvojčíslí hodiny a minuty přijetí. Nelze-li z objektivních příčin uvést přesný čas na minuty, zapisuje se povinně hodina přijetí a místa pro minuty zůstávají prázdná.

U přijetí plánovaného nebo jiného se vždy uvede hodina přijetí. Uvedení minuty přijetí se ponechává na uvážení lékaře a řídí se závažností onemocnění, zda uvede čas i s přesností na minuty. Pak mohou místa pro minuty zůstat prázdná.

Jde-li o začátek nového zúčtovacího období, uvádí se čtyřčíslí 0000 bez ohledu na způsob přijetí.

Důvod přijetí

Údaj vyjadřuje důvod přijetí pacienta k hospitalizaci. Uvádí se podle číselníku - DUPRIJ (číselník NZIS).

- 1 ochranná léčba
- 2 sociální důvod
- 3 diagnostický
- 4 léčebný
- 5 jiný (novorozenec, porod)
- 7 jednodenní péče

Kód 1 - ochranná léčba se uvádí pouze u případů, kdy je léčba nařízená soudem nebo vyplývá ze zákona, pod tento kód nepatří např. léčba vězňů či porody uvězněných žen.

Kód 5 - se používá zejména u doprovodů, porodů a narozených, dárců orgánů apod.

Kód 7 - se používá k označení případů plánované jednodenní péče

Přijetí

Údaj charakterizuje způsob přijetí pacienta k hospitalizaci. Uvádí se podle číselníku - PRIJ.

- 1 neodkladné
- 2 plánované
- 3 jiné

Kód 1 - neodkladné se uvádí, je-li důvodem přijetí úraz nebo akutní stav, který bezprostředně ohrožuje nemocného nebo jeho okolí (akutní infekční onemocnění, fyziologické porody, duševní porucha, otrava nebo jiná náhlá příhoda vyžadující neodkladnou hospitalizaci). U chronicky nemocných osob se tento kód používá pouze v případě akutního zhoršení zdravotního stavu, které vyžaduje okamžitou hospitalizaci.

Kód 2 - plánované se uvádí, je-li přijetí nemocného předem plánováno, nemocný je objednan a datum jeho přijetí je stanoveno lékařem lůžkového oddělení, ať již z důvodu nedostatečné lůžkové kapacity, nebo na základě zájmů a možností nemocného, příp. na základě jeho stavu (např. rizikové těhotenství). Tento kód se použije i u případů jednodenní péče.

Upozornění: Jde-li o překlad pacienta na oddělení AR z jiného oddělení téhož zdravotnického zařízení nebo z jiného zařízení, pokud stav pacienta vyžaduje intenzivní (resuscitační) péči, pak se nejedná o plánované přijetí, ale **neodkladné**.

Kód 3 - jiné se uvádí v ostatních případech, tj. když nemocný není bezprostředně ohrožen na životě, jeho přijetí nebylo předem plánováno, ale nic nebrání jeho přijetí (např. některé infekční nemoci, přijetí na volné lůžko ihned, novorozenci, překlady mezi odděleními či zařízeními, pokud překlad není vyvolán náhlým ohrožením, zhoršením zdravotního stavu pacienta).

Začátek příznaků - datum, hodina, minuta

Tento údaj se uvádí pouze **u neodkladného přijetí**. Zaznamenává se datum a čas prvních příznaků onemocnění, které je příčinou stávající hospitalizace. Datum se uvádí ve tvaru DDMMRRRR, tj. dvojčíslí dne a měsíce a čtyřčíslí roku. Čas se uvádí ve tvaru HHMM, tj. dvojčíslí hodiny a minuty.

U neodkladného přijetí, předává pacienta ve velké většině případů k hospitalizaci zdravotnická záchranná služba nebo lékařská služba první pomoci. Lékaři těchto pracovišť většinou údaje o datu a čase začátku příznaků od pacienta získají. U úrazů je čas shodný s časem, kdy k nehodě došlo.

Nelze-li z objektivních příčin uvést čas s přesností na minuty, zapisuje se jen hodina začátku příznaků a místa pro minuty zůstávají prázdná (např. u úrazů, u kterých nebylo možné přesně zjistit čas nehody, a byl tedy stanoven pouze odhadem na hodiny).

Ve výjimečných případech (např. osaměle žijící pacient přivezený v bezvědomí), pokud ani na základě provedeného akutního zákroku nelze odhadnout datum a čas začátku příznaků, může celý údaj zůstat prázdný. Musí se ale jednat skutečně o výjimky a mimořádné případy, jejichž počet absolutně ani v přepočtu k celkovému počtu neodkladných přijetí nebude výrazně vyšší než v jiných lůžkových odděleních nebo u poskytovatelů stejného charakteru.

U plánovaného a jiného přijetí se údaj nevyplňuje.

Základní diagnóza - pobyt na oddělení

Základní diagnóza je definována jako stav diagnostikovaný (*vyhodnocený po všech vyšetřeních*) při ukončení pobytu na oddělení, který byl **primárně** odpovědný za potřebu hospitalizace (*tj. léčby nebo vyšetřování*) na daném oddělení. Existuje-li

více než jeden takový primární stav, má se vybrat ten, který se považuje za nejvíce zodpovědný za čerpání zdrojů (prostředků). Pokud se nedospělo k diagnóze, má se jako základní stav vybrat hlavní příznak, patologický nález nebo obtíž.

Jako základní onemocnění nelze kódovat ta onemocnění a stavy, které nastaly v průběhu hospitalizace.

Uvede se kód diagnózy podle MKN-10.

Používá se *povinně pětímístný kód*; třímístný nebo čtyřmístný kód lze uvést pouze tehdy, není-li vytvořen pětímístný.

Při použití podvojně klasifikace v MKN-10 lze použít pro kódování základního onemocnění diagnózu označenou hvězdičkou („*“), pokud je současně jako první další diagnóza uvedena odpovídající diagnóza s křížkem („+“).

Pro kódování základního onemocnění není přípustné použít diagnózu z kapitoly XX - Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti klasifikace MKN-10 (V01 - Y98).

Výjimečně u pacientů, u kterých jako „diagnózy“ nebo „potíže (problémy, stavy)“ jsou uvedeny okolnosti jiné než nemoc nebo poranění zařaditelné do položek A00 - T98, se uvádějí kódy z kapitoly XXI - Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami klasifikace MKN-10 (Z00 - Z99). Zdravá osoba doprovázející nemocného má kód základní diagnózy Z76.3.

Vnější příčina úrazu

Pokud základní diagnóza je z kapitoly XIX - Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin MKN-10 (tj. S00 - T98), pak se současně uvede také kód vnější příčiny úrazu z kapitoly XX - Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti této klasifikace (tj. V01 - Y98).

Používá se *povinně pětímístný kód*; třímístný nebo čtyřmístný kód lze uvést pouze tehdy, není-li vytvořen pětímístný.

Pokud je základní diagnóza z jiné než XIX. kapitoly klasifikace MKN-10, údaj se neuvádí.

Další diagnózy

Při použití podvojně klasifikace MKN-10, kdy se pro kódování základního onemocnění použije diagnóza označenou hvězdičkou („*“), uvede se současně jako první další diagnóza, odpovídající diagnóza s křížkem („+“).

Na prvním místě se podle MKN-10 uvede diagnóza onemocnění, které nejvíce ohrožuje zdraví či život nemocného, pokud již není uvedena jako základní diagnóza a byla léčena společně se základní diagnózou.

Dále se uvádějí kódy dalších onemocnění, které komplikují, tj. ovlivňují či odůvodňují frekvenci, trvání, objem a strukturu poskytnuté a vykázané péče.

Používá se *povinně pětímístný kód*; třímístný nebo čtyřmístný kód lze uvést pouze tehdy, není-li vytvořen pětímístný. Pokud se žádné další komplikující onemocnění nevyskytlo, údaj se neuvádí. Maximálně je možno uvést čtyři další diagnózy.

Pro základní dg hospitalizován poprvé v životě

Údaj slouží ke zjištění prvních a opakovaných hospitalizací pro danou základní diagnózu. Referenční období je celý dosavadní život pacienta. Uvádí se podle číselníku - HOSPRV.

- 0 ne
- 1 ano
- 2 nezjištěno

U dětí narozených v daném zdravotnickém zařízení se uvádí *kód 1* - ano.

Údaje popsané v následujících odstavcích se vztahují k případné operaci pacienta při stávající hospitalizaci a u operovaných pacientů musí být uvedeny všechny. **Operace** je chirurgický výkon, při němž je obvykle narušen povrch těla (krvavý výkon). Provádí se na místě k tomu určeném (operační sál) za přísných aseptických podmínek a za použití celkového nebo místního znecitlivění. Pro statistické účely se za operaci nepovažuje např. nekomplikovaný nástřih hráze při porodu, nevyžadující další řešení.

Od 1. 1. 2007 se „nemocniční nákaza“ uvádí u všech hospitalizovaných

Datum operace

Byl-li pacient operován, uvádí se datum začátku operace ve tvaru DDMMRRRR, tj. dvojčíslí dne, měsíce a čtyřčíslí roku. Tento údaj musí být **bezpodmínečně** uveden **vždy**, jeho neuvedení neumožní pořizování veškerých dalších údajů o operaci.

Nebyl-li pacient operován, pak celý údaj zůstává prázdný.

Hodina, minuta (operace)

Byl-li pacient operován, uvádí se čas začátku operace ve tvaru HHMM, tj. dvojčíslí hodiny a minuty.

U neodkladné operace se čas uvádí s přesností na minuty. Nelze-li z objektivních příčin uvést čas s přesností na minuty, zapisuje se jen hodina operace a místa pro minuty zůstávají prázdná.

U jiné operace se uvedení této rubriky řídí závažností onemocnění a operace a ponechává se na uvážení lékaře, zda uvede čas s přesností na minuty nebo zapíše jen hodinu operace, ta se uvádí vždy. V druhém případě zůstávají místa pro minuty prázdná.

Nebyl-li pacient operován, pak celý údaj zůstává prázdný.

Hlavní operační diagnóza

Byl-li pacient operován, pak se podle MKN-10 uvede kód onemocnění, které je hlavní příčinou provedení operace.

Používá se *povinně pětímístný kód*; třímístný nebo čtyřmístný kód lze uvést pouze tehdy, není-li vytvořen pětímístný.

Pro kódování hlavní operační diagnózy není přípustné použít diagnózu z kapitoly XX - Vnější příčiny nemoci a úmrtnosti klasifikace MKN-10 (V01 - Y98). Z kapitoly XXI - Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami klasifikace MKN-10 jsou jako hlavní operační diagnóza povoleny kódy z intervalu Z11 - Z13, Z22, Z36, Z40 - Z43, Z45, Z47 - Z49 (všechny diagnózy včetně čtyřmístných položek) a dále Z00.5, Z00.6, Z30.2, Z31.0 - Z31.4, Z51.5.

Na hlavní operační diagnózu musí mít vazbu hlavní (nejdůležitější) operační výkon.

Nebyl-li pacient operován, údaj zůstane prázdný.

Nemocniční nákaza

Definice: (podle § 15 odst. 1, zákona č. 258/2000 Sb., O ochraně veřejného zdraví)

Nemocniční nákazou je nákaza vnitřního (endogenního) nebo vnějšího (exogenního) původu, která vznikla v příčinné souvislosti s pobytem nebo výkony prováděnými u poskytovatele lůžkové péče v příslušné inkubační době.

Tato položka se s účinností od 1. 1. 2007 uvádí u všech hospitalizovaných pacientů, jejichž hospitalizace byla ukončena na jakémkoliv lůžkovém oddělení (do konce roku 2006 se uváděla jen u operovaných pacientů).

Uvede se kód charakterizující případnou nemocniční nákazu podle číselníku - NEMNAK (číselník ÚZIS ČR).

- 0 žádná
- 1 ranná
- 2 gastrointestinální
- 3 močová
- 4 dýchací
- 5 jiná

Nemocniční nákaza se uvádí na oddělení, na kterém byla zjištěna, bez ohledu na to, na kterém oddělení vznikla.

Druh operace

Byl-li pacient operován, uvede se kód charakterizující druh provedené operace podle číselníku - DROPER (číselník ÚZIS ČR).

- 0 žádná
- 1 neodkladná
- 2 jiná = plánovaná

Nebyl-li pacient operován, uvede se kód **0** - žádná operace.

Kód 1 - neodkladná se uvádí v případě, že byl potřebný neodkladný zákrok (operace) daný stavem pacienta při přijetí nebo v průběhu hospitalizace. Neodkladnost přijetí a neodkladnost operace nemusí spolu nutně souviset (u neodkladného přijetí nemusí být vůbec operace a např. u plánovaného přijetí se může vyskytnout neodkladná operace).

Reoperace

Byl-li pacient operován, uvede se kód, odpovídající na otázku, zda při stávající hospitalizaci došlo k reoperaci (REOPER - číselník ÚZIS ČR). Od 1. 1. 2007 se číselník doplňuje a upřesňuje:

- 0 ne
- 1 ano, na stejném oddělení téhož zařízení
- 2 ano, na jiném oddělení téhož zařízení
- 3 ano, v jiném zařízení, než byla provedena původní operace

Kód 1 - ano se použije tehdy, byla-li během jedné hospitalizace provedena reoperace pro komplikaci původního operačního výkonu.

Nebyl-li pacient operován (operace = 0 - žádná), údaj zůstává prázdný.

Změna definice „reoperace“ pro všechny hospitalizace ukončené na jakémkoli lůžkovém oddělení platná od 1. 1. 2007:

O reoperaci jde tehdy, byla-li v době do 30 dnů po primární operaci provedena další operace, která byla vynucena komplikací, vzniklou v důsledku primárního operačního výkonu v operované oblasti, a to bez ohledu na to, kde byla primární operace provedena.

Za reoperaci se nepovažují plánované úkony související s primární operací (např. úpravy pahýlu po amputaci, plánovaná operace v několika krocích, odstranění fixačních materiálů, plánované laváže).

Reoperace provedená po více než 30 dnech bude označena jako nová operace.

Pooperační komplikace

Byl-li pacient operován, uvedou se podle číselníku POOPKO (číselník ÚZIS ČR) kódy vyjadřující druhy případných pooperačních komplikací, maximálně čtyř, a to v pořadí podle jejich důležitosti. Nebyl-li pacient operován, celý údaj zůstává prázdný.

- 0 žádné
- 1 dýchací
- 2 oběhové
- 3 ranné
- 4 břišní
- 5 nemoci CNS
- 6 žlázy s vnitřní sekrecí
- 7 nemoci močové soustavy
- 8 rozvrat vnitřního prostředí
- 9 jiné

Pooperační komplikace se uvádí za celý pobyt hospitalizovaného v nemocnici. Vykáže je tudíž kterékoli oddělení, na kterém byly zjištěny v průběhu pobytu v lůžkovém zařízení. Komplikaci může vykázat i jiné oddělení, než kde byla provedena operace (kontrola na existující operace v nemocnici).

Počet dnů na JIP

Byla-li pacientovi při stávající hospitalizaci poskytnuta resuscitační nebo intenzivní péče na JIP, která je součástí oddělení, kde je pacient hospitalizován, zapisuje se počet dnů této péče z celkové délky ošetrovací doby. U jednodenní péče max. 1den.

Nebyla-li taková péče poskytnuta, zůstává údaj prázdný.

Hlavní operační výkon

V případě operace pacienta se uvede kód hlavního (nejdůležitějšího) operačního výkonu provedeného při stávající hospitalizaci v souvislosti s hlavní operační diagnózou podle platného SEZNAMU ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ S BODOVÝMI HODNOTAMI - VÝKONY.

Poskytovatelé předávají datová rozhraní (jak ve formátu .xml, tak .txt) za všechny výkony, provedené v průběhu hospitalizace pacienta (dle číselníku VZP) v bloku výkonů v rámci tzv. výkonové věty.

Pokud pacient nebyl operován, zůstává údaj prázdný (ostatní výkony neoperačního charakteru, jako např. ošetrovací dny apod., se však vykazují!)

Skupina DRG

S účinností od 1. ledna 2006 byla na základě sdělení ČSÚ č. 427/2005 Sb (revize sdělení ČSÚ č. 402/2008 Sb.) zavedena ve spolupráci s MZ **Klasifikace hospitalizovaných pacientů IR-DRG**, která umožňuje klasifikovat pacienty v akutní lůžkové péči dle jejich klinické podobnosti a srovnatelnosti nákladů na jejich pobyt v lůžkové péči.

Pro klasifikaci IR-DRG se používá Grouper CZIR a Definiční manuál IR-DRG, který obsahuje platný číselník diagnostických skupin.

Kód skupiny DRG uvádí pouze zdravotnické zařízení, oddělení nebo pracoviště poskytující akutní lůžkovou péči.

Kód skupiny DRG umožňuje klasifikovat pacienty v akutní lůžkové péči na základě jejich klinické podobnosti a srovnatelnosti nákladů na jejich pobyt u poskytovatele lůžkové a jednodenní péče.

Uvede se pětímístným kódem. První dvě číslice označují hlavní diagnostickou kategorii (MDC - Major Diagnostic Categories) podle orgánových systémů, další dvě číslice v kódu DRG slouží k rozdělení na chirurgickou a nechirurgickou větev, poslední číslice označuje tzv. třídu závažnosti.

Kód skupiny DRG se vztahuje na celou hospitalizaci (z důvodu poskytování akutní péče) pacienta v zařízení. Kód skupiny DRG se uvede na posledním hlášení hospitalizace pacienta na pracovišti (oddělení) akutní péče, kde pacient pobýval bezprostředně před ukončením hospitalizace ve zdravotnickém zařízení (důvod ukončení hospitalizace musí být ≠ 0, nebo ≠ 3). Doprovod se vykazuje také jako hospitalizace, IR-DRG s nimi počítá (kódy 23321 - 23323).

Pro účely Národního registru hospitalizovaných se hlášení za jednotlivé epizody hospitalizace sloučí (na centrálním pracovišti ÚZIS ČR) v jeden záznam za celou hospitalizaci (pro akutní péči) pacienta v zařízení a kód základní diagnózy a skupiny

DRG se převezme z hlášení hospitalizace pacienta na pracovišti (oddělení) akutní péče, kde pacient pobýval bezprostředně před ukončením hospitalizace. Zároveň zůstávají zachována původní data, a tedy i možnost jejich zpracování podle pracovišť a oddělení.

Základní diagnóza - za celý pobyt v zařízení, poskytující akutní péči

Tato položka platí pro všechny hospitalizace ukončené na jakémkoli lůžkovém oddělení od 1. 1. 2007.

Základní diagnóza je definována jako stav diagnostikovaný, tj. vyhodnocený po všech vyšetřeních na konci akutní lůžkové péče, který byl **primárně** odpovědný za potřebu hospitalizace v daném zařízení. Existuje-li více než jeden takový primární stav, je třeba vybrat ten, který se považuje za nejvíce zodpovědný za čerpání zdrojů (prostředků). Pokud se nedospělo k diagnóze, má se jako základní stav vybrat hlavní příznak, patologický nález nebo obtíž.

Jako základní onemocnění nelze kódovat ta onemocnění a stavy, které nastaly v průběhu hospitalizace.

Uvádí se zde diagnóza, která byla použita jako základní diagnóza ve vstupní větě pro Grouper.

Pro uvedení kódu základní diagnózy platí stejná pravidla, jako pro uvádění DRG. Uvede se na posledním Hlášení hospitalizace pacienta na pracovišti (oddělení) akutní péče, kde pacient pobýval bezprostředně před ukončením hospitalizace ve zdravotnickém zařízení (důvod Ukončení hospitalizace musí být $\neq 0$ nebo $\neq 3$).

Počet dnů přerušení hospitalizace

Byl-li pacient během stávající hospitalizace na propustce, uvádí se počet dnů přerušení hospitalizace z tohoto důvodu.

Nebyl-li pacient na propustce nebo u jednodenní péče zůstává údaj prázdný.

Datum propuštění (úmrť)

Uvádí se datum ukončení hospitalizace pacienta propuštěním z oddělení, překladem na jiné oddělení nebo úmrtím, příp. datum ukončení zúčtovacího období. Datum ukončení hospitalizace se uvádí ve tvaru DDMMRRRR, tj. dvojčíslí dne, měsíce a čtyřčíslí roku.

Hodina, minuta propuštění (úmrť)

Uvádí se čas ukončení hospitalizace pacienta propuštěním z oddělení, překladem na jiné oddělení nebo úmrtím.

V závažných případech se podle uvážení lékaře může čas uvést s přesností na minuty ve tvaru HHMM, tj. dvojčíslí hodiny a minuty propuštění, příp. úmrť. Jinak stačí uvést hodinu propuštění, příp. úmrť. V tomto případě zůstávají místa pro minuty prázdná.

Jde-li o konec zúčtovacího období, vyplňuje se čtyřčíslí 2359.

Ukončení hospitalizace

Údaj popisuje způsob ukončení hospitalizace. Vyplňuje se podle číselníku - UKHOSP (číselník ÚZIS ČR).

Položky 7 a 8 tohoto číselníku mají od 1. 1. 2007 pro všechny zemřelé při hospitalizaci na jakémkoliv lůžkovém oddělení tento význam:

- 0 hospitalizace pokračuje (= konec zúčtovacího období)
- 1 pacient propuštěn domů (do domova důchodců, seniorů)
- 2 propuštěn do zařízení sociální péče
- 3 přeložen na jiné lůžkové oddělení téhož zdravotnického zařízení
- 4 přeložen do lůžkového zdravotnického zařízení následné péče - do LDN nebo na oddělení následné péče téhož zdravotnického zařízení
- 5 přeložen do zdravotnického zařízení akutní lůžkové péče
- 6 předčasné ukončení hospitalizace
- 7 *zemřel - pitván (bez ohledu na to, kde je pitva provedena)*
- 8 *zemřel - nepitván*

Kód 0 - hospitalizace pokračuje (= konec zúčtovacího období). Uvádí se v případě, že jde o dlouhodobě hospitalizovaného pacienta, jemuž se stávající HLÁŠENÍ HOSPITALIZACE administrativně uzavírá z důvodu vyúčtování pro zdravotní pojišťovnu, ale hospitalizace pacienta dále pokračuje na stejném lůžku. Kód slouží k navázání pokračujících hospitalizací programem při počítačovém zpracování. Nevjadřuje se tím tedy přeložení pacienta na jiné oddělení nebo k jinému poskytovateli lůžkové péče.

Kód 1 - pacient propuštěn domů - se uvede i v tom případě, že se pacient vrací zpět do domova důchodců (domova pro seniory apod.), odkud byl k hospitalizaci přijat.

Kód 2 - propuštěn do zařízení sociální péče - se uvádí pokud se pacient nevrací do původního bydliště, ale je předán do sociálního ústavu.

Kód 4 - přeložen k poskytovateli následné péče - se uvádí v případě přeložení nemocného do nemocnice následné péče, léčebny pro dlouhodobě nemocné, odborného léčebného ústavu nebo hospice. Tento kód bude použit i v případě, že hospitalizovaný na oddělení akutní péče bude přeložen na jiné pracoviště (oddělení) téhož zařízení, které však poskytuje následnou péči (kód 89 - oddělení nebo pracoviště ošetrovatelské péče, kód 90 - oddělení sociální hospitalizace). Pro tento případ (překlad z akutní do následné péče) se výjimečně nepoužije kód 3 - přeložen na jiné oddělení téhož zdravotnického zařízení.

Příklad použití kódů sloužících k navázání pokračujících hospitalizací při počítačovém zpracování: Pacient byl dlouhodobě léčen na určitém oddělení pro následky těžkého úrazu. Během jeho hospitalizace došlo dvakrát k vyúčtování výkonů pro zdravotní pojišťovnu. Po skončení hospitalizace na oddělení přeložením pacienta do LDN byly vyúčtovány výkony za poslední část hospitalizace. Při správném použití kódů se tři záznamy, odpovídající jednotlivým částem hospitalizace, sloučí v jediný záznam s údaji za celou hospitalizaci.

Záznam za	údaj Přijetí doporučil	údaj Ukončení hospitalizace
1.část hospitalizace	4 - lékař RZP (= začátek hospitalizace na oddělení)	0 - hospitalizace pokračuje (= konec 1. zúčtovacího období)
2.část hospitalizace	9 - hospitalizace pokračuje (= začátek 2. zúčtovacího období)	0 - hospitalizace pokračuje (= konec 2. zúčtovacího období)
3.část hospitalizace	9 - hospitalizace pokračuje (= začátek 3. zúčtovacího období)	4 - přeložen k poskytovateli následné péče (= konec hospitalizace na oddělení akutní péče i v zařízení)

Základní příčina smrti (Ic)

V případě úmrtí pacienta se podle MKN-10 uvede kód *prvotní příčiny smrti* převzaté ze správně vyplněného LISTU O PROHLÍDCE MRTVÉHO (dále LPM - tiskopis SEVT 14 105 0)

- u *nepitvaných* - z klinické části LPM,
- u *pitvaných* - z pitevní části LPM.

Používá se *povinně čtyřmístný kód*; třímístný kód lze použít pouze tehdy, není-li vytvořen čtyřmístný. Páté místo základní příčiny smrti zůstává prázdné (je určeno pro případné použití jako doplňkový kód u některých diagnóz při zvláštních šetřeních).

Při použití podvojně klasifikace v MKN-10 není přípustné použít pro kódování základní příčiny smrti diagnózu označenou hvězdičkou („*“). Místo ní je nutno použít diagnózu s křížkem („+“).

Pro kódování základní příčiny smrti není přípustné použít kód z kapitoly XXI - Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami klasifikace MKN-10 (Z00 - Z99).

Nezemřel-li pacient, údaj se nevyplňuje.

Bezprostřední příčina smrti (Ia)

V případě úmrtí se podle MKN-10 vyplní kód *bezprostřední příčiny smrti* převzaté ze správně vyplněného LISTU O PROHLÍDCE MRTVÉHO (tiskopis SEVT 14 105 0)

- u *nepitvaných* - z klinické části LPM,
- u *pitvaných* - z pitevní části LPM.

Používá se *povinně čtyřmístný kód*; třímístný kód lze použít pouze tehdy, není-li vytvořen čtyřmístný. Páté místo bezprostřední příčiny smrti zůstává prázdné (je určeno pro případné použití jako doplňkový kód u některých diagnóz při zvláštních šetřeních).

Při použití podvojně klasifikace v MKN-10 není přípustné použít pro kódování bezprostřední příčiny smrti diagnózu označenou hvězdičkou („*“). Místo ní je nutno použít diagnózu s křížkem („+“).

Pro kódování bezprostřední příčiny smrti není přípustné použít diagnózu z kapitoly XX - Vnější příčiny nemoci a úmrtnosti klasifikace MKN-10 (V01 - Z98). Nelze použít ani kód z kapitoly XXI - Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami této klasifikace (Z00 - Z99).

Nezemřel-li pacient, údaj se nevyplňuje.

Náhrady

Poskytovatel lůžkové péče je povinen označit úrazy a jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že úraz nebo jiné poškození zdraví byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby.

K označení druhu náhrady za zdravotní péči se používají kódy:

- 3 úraz zaviněný fyzickou osobou
- 4 požití alkoholu, omamné látky
- 5 pracovní úraz
- 6 sociální důvod (další hospitalizace pojištěnce, nepropustitelného pro nezajištění další péče)
- 7 porušení léčebného režimu
- 9 nemoc z povolání

Poskytovatelé lůžkové a jednodenní péče, kteří předávají datové rozhraní, postupují podle pokynů platných pro nemocniční informační systém, který používají.

Příslušný číselník UHRADY (dvoumístný kód) distribuuje svým smluvním partnerům VZP. Pro účely NZIS se používá číselník NAHRADY (druhé místo z číselníku UHRADY).

Potřeba další péče po propuštění

Údaj slouží ke sledování potřeby další zdravotní péče o pacienta po jeho propuštění nebo přeložení na jiné oddělení či do jiného zdravotnického zařízení. Uvádí se podle číselníku - PODAPE (číselník ÚZIS ČR).

- 0 žádná
- 1 dočasná ambulantní péče
- 2 trvalá ambulantní péče
- 3 lůžková péče (intenzivní, standardní, následná, dlouhodobá)
- 4 ústavní sociální služba
- 5 domácí péče
- 6 lázeňská péče

U zemřelých a jednodenní péče se použije **kód 0**.

Tato položka úzce souvisí se způsobem ukončení hospitalizace, např. pokud je hospitalizace ukončena předáním do jiné instituce, tak je tomu asi proto, že byla potřeba této péče.

Naopak při propuštění domů mohou připadat v úvahu prakticky všechny možnosti, např. potřeba umístění v sociálním ústavu.

U doprovodů je „Potřeba další péče = 0 - žádná“ a navazuje na položku „Ukončení hospitalizace = 1 - propuštěn domů“.

Kategorie pacienta

Položka slouží k určení počtu dnů, po které byl pacient hospitalizován s označením kategorie, určující jeho stav. Uvádí se podle číselníku VZP.

- 0 počet dnů přerušění hospitalizace
- 1 pacient soběstačný, nezávislý na základní ošetrovatelské péči, nebo obdobně soběstačné dítě nad 10 let věku nebo novorozenec na novorozeneckém oddělení
- 2 pacient částečně soběstačný, nebo dítě nad 6 let do 10 let věku včetně, sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku
- 3 pacient vyžadující zvýšený dohled, nebo dítě nad 2 roky do 6 let včetně, lucidní pacient neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžadující téměř úplnou obsluhu, nebo psychicky alterovaný pacient, u něhož je nutný zvýšený osobní dohled, případně nutné přechodné omezení pohybu či farmakol. sedace
- 4 pacient imobilní nesoběstačný, nebo dítě od 0 do 2 let věku včetně, kromě novorozence na novorozeneckém oddělení, lucidní pacient zcela imobilní, příp. inkontinentní, vyžadující ošetrovatelskou pomoc při všech i nejběžnějších úkonech
- 5 pacient v bezvědomí

V případě doprovodu nelze vykázat kategorii přesně podle definice. U dětských pacientů nelze použít kategorii podmíněnou pouze věkem, pokud je s dítětem přijat i doprovod, pak kategorie pacienta by měla být 1.

7. Předávání datového rozhraní NZIS

Datové rozhraní NZIS je definováno resortním Datovým standardem MZ ČR ve formátu .xml. Zpravodajské jednotky (poskytovatelé zdravotních služeb) najdou čtvrtletně aktualizovaný Datový standard MZ ČR a aktuální číselníky NZIS na internetových stránkách MZ ČR (www.mzcr.cz). Zde jsou uvedeny i organizační pokyny pro předávání dat do NZIS spolu s adresou, na kterou mají být data NZIS v elektronickém formátu .xml zasílána. Datové rozhraní NZIS předává zpravodajská jednotka za každý kalendářní měsíc **do konce následujícího kalendářního měsíce**. Tento resortní Datový standard je povinný v plném rozsahu od 1. 1. 2006.

V přechodném období, pokud ještě zpravodajská jednotka není připravena na předávání datového rozhraní ve formátu .xml, může, po dohodě s regionálním pracovištěm ÚZIS ČR (zástupcem správce registru), předávat údaje v datovém rozhraní formátu .txt. Termín pro předání je shodný.