

**Институт за јавно здравље Србије  
„Др Милан Јовановић Батут”**



**УПУТСТВО  
ЗА ПОПУЊАВАЊЕ ИЗВЕШТАЈА О ХОСПИТАЛИЗАЦИЈИ  
(Образац бр.3-21-61/62/65-Ср.)**

Београд, 2013. година

## **УВОД**

Правилник о изменама и допунама Правилника о вођењу медицинске документације, начину уписивања података и састављању извештаја („Сл. гласник СРС”, бр. 40/81 и „Сл. гласник РС”, бр. 30/13) садржи измене образаца медицинске документације: Историја болести и Матични лист као и индивидуалног извештаја (Извештај о хоспитализацији). Измене су обезбедиле усклађивање са постепеним преласком на нови начин извештавања стационарних здравствених установа према дијагностички сродним групама, односно извештавање уз коришћење Правилника о номенклатури здравствених услуга на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите („Сл. гласник РС”, бр. 58/13) и четворомесних шифри важеће ревизије Међународне класификације болести и повреда (МКБ).

Извештај о хоспитализацији, Обр. бр. 3-21-61/62/65-Ср је индивидуални статистички извештај који се попуњава при пријему пацијента у стационарну здравствену установу. Скуп података који се добија из Извештаја о хоспитализацији обезбеђује неопходне елементе за релевантне здравствено-статистичке анализе. Истовремено, Извештај о хоспитализацији је основ за фактурисање према Републичком фонду за здравствено осигурање.

Извештаје о хоспитализацији прикупљају окружни институти и заводи за јавно здравље. Извештаји о хоспитализацији могу да се генеришу у писменом или у електронском облику. Достављају се окружним институтима и заводима за јавно здравље ради уноса и/или обраде података.

Институти и заводи за јавно здравље обављају унос Извештаја о хоспитализацији само за здравствене установе које немају или техничко-технолошке услове за коришћење рачунарских програма за унос података или немају развијен Болнички информациони систем из кога могу да генеришу Извештај о хоспитализацији.

## **ОПШТА ПРАВИЛА**

Извештај о хоспитализацији се попуњава за свако лице хоспитализовано због епизоде болничког лечења (дијагностике, лечења, рехабилитације, здравствене неге и смештаја) које је у њој провело једну ноћ или више од 24 сата. Епизода болничког лечења је период који се рачуна од дана пријема у болницу до дана отпуста из болнице. Епизода болничког лечења се НЕ ПРЕКИДА превођењем пацијента на друго одељење ради наставка лечења или додатне дијагностике.

Извештај о хоспитализацији се попуњава и за лица којима су пружене услуге дневне хирургије и хемиотерапија у оквиру дневне болнице.

Први део обрасца, поља од броја 1 до броја 13 попуњавају се у моменту пријема пацијента.

За уписивање поља 17 до 20, односно за шифрирање пратећих дијагноза, процедура по номенклатури и осталих података који утичу на класификацију пацијента по

дијагностички сродним групама (тежина на пријему за новорођенче, број сати механичке вентилације) ОДГОВОРНИ СУ ЛЕКАРИ.

На крају епизоде болничког лечења, након анализе целокупне документације (подаци из анамнезе, физикални налаз, процена менталног статуса, специјалистичко консултативни прегледи, резултати дијагностичких поступака, хируршких и других поступака) комплетира се образац, односно попуњавају поља 14–16 и 21–25. За уписивање поља ОДГОВОРАН ЈЕ ЛЕКАР који је закључио епизоду болничког лечења.

## **ПОСЕБНА ПРАВИЛА**

### **Поступак попуњавања обрасца у посебним ситуацијама**

- 1.** Када се лице премешта са одељења пријема на друго одељење у оквиру исте установе која је једно правно лице (укључујући институте, клинике и службе као организационе јединице установа терцијарног нивоа заштите), у извештај се уписују/уносе сукцесивно подаци у поља 17 и 18, а закључивање епизоде болничког лечења и комплетирање Извештаја о хоспитализацији врши се на одељењу/организационој јединици, са којег се пацијент отпушта.
- 2.** У случају премештаја лица са одељења на одељење у оквиру исте установе као једног правног лица, Извештај о хоспитализацији се фотокопира и одлаже, а оригинал обрасца прати кретање хоспитализованог лица до других одељења/организационих јединица, до коначног отпуста.
- 3.** Када се лице премешта из једне у другу стационарну установу, при отпусту пацијента се закључује Историја болести и попуњава Извештај о хоспитализацији, а отвара се нова документација у другој установи, односно оној, која прима пацијента на даље лечење.
- 4.** За мајку, која се породила, односно за жену хоспитализовану због порођаја отвара се Историја болести и попуњава Извештај о хоспитализацији. За здраво новорођенче се не отвара Историја болести нити се при отпусту попуњава Извештај о хоспитализацији (За новорођенче се при отпусту попуњава Пријава рођења).
- 5.** За мајку, која се породила и изашла из болнице, а дете остало и даље на лечењу, попуњава се:
  - за породилу: Извештај о хоспитализацији од момента пријема до изласка мајке;
  - за дете, које је остало на лечењу, за које се отвара Историја болести,: нови Извештај о хоспитализацији, од дана исписа мајке, до дана исписа детета.
- 6.** За случајеве патолошке трудноће, отвара се иста документација као и за остале узроке хоспитализације. Уколико се догоди да је одмах уз лечење обављен и порођај, не отвара се нова Историја болести, а самим тим и не попуњава нови Извештај о хоспитализацији, јер је порођај само једна од дијагноза/процедура у току једне епизоде болничког лечења.

7. Ако је прекид трудноће обављен у стационарној установи и ако је жена остала на лечењу макар и један дан, попуњава се Историја болести и Извештај о хоспитализацији.

### Упутство за попуњавање појединачних поља извештаја о хоспитализацији

1. **Назив здравствене установе.** Уписује се пуни назив установе према шифарнику здравствених установа (шифарник 1). Сложене здравствене установе поред назива установе уписују и организациону јединицу следећег нивоа, тзв. установу у саставу (болница, клиника, центар).
2. **Одељење на пријему.** Уписује се назив одељења на коме је извршен пријем, уз тромесну шифру одељења према шифарнику одељења (шифарник 2).
3. **Број историје болести.** Матични број историје болести који је пацијенту додељен у Матичној књизи лица смештених у стационарној здравственој установи, се уписује директно у кућице за шифрирање. За овај податак је предвиђен петоцифрени број. Уколико је матични број са мањим бројем цифара, испред броја се уписује онолико нула, колико је потребно да би број имао пет цифара. Уколико је матични број са шест цифара у образац уписати прву цифру ван кућице (са леве стране прве кућице). У току календарске године одређен Матични број може да се појави само једанпут. Матични бројеви почињу од редног броја један на даље од 1 јануара текуће године.
4. **Датум пријема.** Уписује се дан, месец и година пријема пацијента у стационарну здравствену установу:
  - у прве две кућице уписује се дан пријема, и то од 01-31;
  - у друге две кућице уписује се месец пријема, и то од 01-12;
  - у задње четири кућице уписује се година пријема, а то може бити текућа и претходна година.
5. **Име и презиме пацијента.** Податак се уписује у део обрасца предвиђен за текст. Преписује се из личне карте, или здравствене књижице или пријаве рођења за новорођенче
6. **Јединствени матични број грађанина (ЈМБГ).** Преписује се из личне карте или здравствене књижице. ЈМБГ има 13 цифара и уписује се у кућице за шифрирање.
7. **Датум рођења.** Податак се преписује из личне карте или здравствене књижице и уписује у кућице за шифрирање на следећи начин:
  - у прве две кућице уписује се дан рођења, и то од 01-31;
  - у друге две кућице уписује се месец рођења, и то од 01-12;
  - у задње четири кућице уписује се година рођења.Уколико је пацијент новорођенче које је пребачено у другу здравствену установу (у оквиру другог правног лица, овај податак се преписује из отпусне листе.
8. **Држављанство.** Податак се уписује у део обрасца предвиђен за текст на основу исказа пацијента или пратиоца, према шифарнику (шифарник 3).
9. **Пол.** Заокружује се број 1 за *мушки* пол или број 2 за *женски* пол.

10. **Адреса и општина пребивалишта.** Уписује се место, улица и број пребивалишта пацијента и обавезно општина. За пацијенте, чије је пребивалиште изван земље, уписује се држава, град, улица и број. У предвиђене кућице се уписује шестомесна шифра општина према шифарнику општина (шифарник 4).
11. **Осигурање.** Уколико пацијент има обавезно здравствено осигурање заокружује се број 1 (да), а уколико не поседује – број 2 (не).
12. **Лични број осигураника (ЛБО).** Преписује се из оверене здравствене књижице, односно посебне исправе за коришћење здравствене заштите (потврда). ЛБО има 11 цифара који се уписује у предвиђене кућице. Уколико је пацијент новорођенче уписује се мајчин ЛБО. Уколико пацијент нема ЛБО, односно нема обавезно здравствено осигурање, у кућице се уписује 11 нула.
13. **Упутна дијагноза.** У текстуални део се уписује дијагноза обољења, повреде или стања, због којег је пацијент упућен у болницу ради хоспитализације. Дијагноза се преписује из Упута за болничко лечење, на латинском језику. Шифра дијагнозе, са 4 места (једно велико слово и три цифре), на основу важеће ревизије МКБ, уписује се у наставку текста у кућице за шифрирање. Уколико је болесник примљен без упута, уписује се "Без упута", а кућице се уписују нуле (0000).
14. **Повреда.** Уносе се подаци само за она лица, код којих је основни узрок хоспитализације повреда.
15. **Спољни узрок повреде по МКБ.** Уносе се подаци се за она лица, која су стационарно лечена због повреде. Уписује се петомесна шифра спољног узрока повреде из XX групе важеће ревизије МКБ. Шифра је петомесна чиме се прецизира место догађаја и активности повређене особе. Ако лице није хоспитализовано због повреде у кућице се уписују нуле (00000).
16. **Основни узрок хоспитализације.** Основни узрок хоспитализације је главни разлог, обољење или стање, због кога је пацијент примљен на болничко лечење. Поставља се на крају епизоде болничког лечења, након анализе целокупне медицинске документације (подаци из анамнезе, физикални налаз, процена менталног статуса, специјалистичко консултативни прегледи, резултати дијагностичких поступака, хируршких и других поступака). Шифрира се по важећој ревизији МКБ класификацији на четири шифарска места. Не постоје различити основни узроци хоспитализације за свако одељење на коме је пацијент био лечен (у оквиру истог правног лица). Основни узрок хоспитализације попуњава лекар на одељењу са ког се пацијент отпушта. Стање утврђено након анализе медицинске документације може или не мора потврдити дијагнозу при пријему (упутну дијагнозу). У поље предвиђено за текст се уписује дијагноза на латинском, док се у кућице предвиђене за шифру уписује одговарајућа четворомесна шифра дијагнозе из важеће ревизије МКБ.  
ПРИМЕР<sup>1</sup>: Пацијент је ујутро имао јаку бол у грудима због чега је био примљен у болницу. ЕКГ и анализа ензима су потврдили да пацијент има инфаркт миокарда. Остале лабораторијске анализе су показале висок ниво шећера у крви, што је пацијент потврдио у анамнези и пријавио да користи инсулин. Такође је прегледом утврђено да пацијент има гангрену стопала.  
У овом случају, основни узрок хоспитализације је *Infarctus myocardii inferioris transmuralis acutus (I21.1)*, а остале дијагнозе се шифрирају као пратећа дијагноза *Diabetes mellitus ab*

---

<sup>1</sup> Правила шифрирања дијагноза и процедура по систему дијагностички сродних група. Републички фонд за здравствено осигурање, 2012.

insulino dependens cum complicationibus systematis circulationis peripherici (E10.5) и уписују се као пратеће дијагнозе – обољења или компликације (поље бр. 17).

**17. Пратеће дијагнозе по МКБ.** Пратећа дијагноза је обољење, стање или проблем који је био присутан на пријему на болничко лечење или се развио у току самог лечења у болници. Стога, уписују се шифре дијагноза које пацијент има, било да су пратеће дијагнозе или да су дијагнозе последице компликација насталих у току хоспитализације. Уписују се само оне дијагнозе болести које су третиране или су од значаја за дату епизоду болничког лечења.

Уколико се догоди да је број пратећих дијагноза већи од броја предвиђених места у Извештају о хоспитализацији, могуће је додати их попуњавањем новог Извештаја о хоспитализацији који би садржао само податке о дијагнозама (без попуњавања осталих поља). Овај други Извештај о хоспитализацији потребно је спојити са првим Извештајем. ПРИМЕР<sup>2</sup>: Пацијент је хоспитализован због прелома врата бутне кости. У анамнези наводи да је пре шест месеци лечен од упале плућа и да има дуоденални улкус. Дакле, у овом случају, неопходно је шифрирати само дијагнозу прелома врата бутне кости, јер ни пнеумонија ни улкус дуоденума не испуњавају критеријуме за пратеће дијагнозе (нису утицале на лечење).

**18. Шифра процедуре по номенклатури.** Уписују се шифре процедура из Правилника о номенклатури здравствених услуга на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите („Сл. гласник РС”, бр. 58/13). Шифре процедура су нумеричке и имају укупно 7 или 8 карактера. Шифре се уписују у односу на важност, значај тока хоспитализације и првенствено обухватају инвазивне и неинвазивне дијагностичке процедуре, операције и хируршке интервенције, друге терапијске и рехабилитационе процедуре од значаја. Извештај о хоспитализацији садржи 30 места за попуњавање појединачних процедура. Уколико се догоди да је број извршених процедура већи од броја предвиђених места у Извештају о хоспитализацији, могуће је додати их попуњавањем новог Извештаја о хоспитализацији који би садржао само податке о процедурама (без попуњавања осталих поља). Овај други Извештај о хоспитализацији потребно је спојити са првим Извештајем.

Не шифрирају се процедуре које су део неке веће процедуре која се спроводи.

ПРИМЕР: Лапаротомија као оперативни приступ или ушивање ране након хируршке интервенције.

Обично се не шифрирају процедуре које се изводе рутински, код већине пацијената и/или више пута током исте епизоде болничког лечења

ПРИМЕР: Радиографско снимање и стављање гипса код дијагнозе Колесовог прелома, примена интравенских антибиотика код дијагнозе септикемије, кардиоплегија у кардиохирургији.

Напред поменути пример допуњује извод из Правила шифрирања дијагноза и процедура по систему дијагностички сродних група<sup>2</sup>, која се у целости могу пронаћи на веб- страни Републичког фонда за здравствено осигурање, у одељку ДСГ (Дијагностички сродне групе)

Процедуре које не треба шифрирати – Листа процедура које се не шифрирају рутински:

1. Стављање и скидање гипса
2. Кардиоплегија, уколико се изводи током кардиохируршких интервенција

<sup>2</sup> Правила шифрирања дијагноза и процедура по систему дијагностички сродних група. Републички фонд за здравствено осигурање, 2012.

3. Кардиотокографија (СТГ) осим уколико је у питању интерни ЦТГ мониторинг плода
4. Превијање
5. Фармакотерапија укључујући интрамускуларне ињекције, пласирање канила, интравенске ињекције  
Фармакотерапија се не шифрира, осим:
  - кад је давање лека основни узрок хоспитализације у једнодневној епизоди болничког лечења  
На пример: хемиотерапија код неоплазми или ХИВ-а (Видети Поглавље 0044 Хемиотерапија)
  - ако није прецизирано у неком другом правилу шифрирања да би давање лека требало шифрирати (Видети Поглавље 1316 Импланти/перле и Поглавље 1615 Специфичне интервенције за болесну новорођенчад)
6. Процедуре са снимањем (све процедуре са рентгенским снимањем и све ултразвучне процедуре, укључујући и доплер процедуре и друго) (Видети поглавље 19)
  - осим трансезофагеалног ултразвучног прегледа срца
7. Електрокардиографија (ЕКГ), осим ако је у питању енг. loop recorder/инсерција поткожно имплантираног уређаја за мониторинг
8. Електроде - привремене: уметање привремене транскутане или трансвенске електроде, уколико је повезано са кардиохирургијом; подешавање, премештање, руковање или уклањање привремених електрода
9. Електромиографија (ЕМГ)
10. Хипотермија, уколико се изводи током кардиохируршких интервенција
11. Праћење: срчана функција, пулс, крвни притисак, температура, електроенцефалографија (ЕЕГ), осим уколико је у питању видео и радиотелеметријско приказивање електроенцефалограма
12. Назогастрична интубација/пласирање назогастричне сонде, аспирација и исхрана, осим назогастричне исхране у новорођенчади (види Поглавље 1615 Специфичне интервенције за болесну новорођенчад)
13. Перфузија, када се изводи током кардиохируршких интервенција
14. Примарни шав хируршких и трауматских рана  
Треба шифрирати само трауматске ране које нису повезане са другим повредама.  
На пример ушивање лацерисане подлактице треба шифрирати само уколико нема збрињавања друге повезане повреде  
(Видети Поглавље 1217 Збрињавање рана коже и поткожног ткива)
15. Делови неке веће процедуре  
(видети Поглавље 0016 Општа правила за шифрирање интервенција)
16. Тест оптерећења
17. Тракција
  - уколико је повезана са другим поступком
18. Трансуретерална лаважа, континуирано испирање, диуреза
19. Катетеризација
  - Артеријска или венска, изузев катетеризације срца (блокови 667 и 668) или хируршке (блок 741)
  - мокраћне бешике, осим супрапубичне
20. Консултативни специјалистички преглед, први специјалистички преглед, контролни специјалистички прегле
21. Визита, сестринска визита
22. Нега болесника
23. Узимање узорак за лабораторијске анализе

19. **Тежина на пријему (за новорођенче).** Податак је обавезан за новорођенчад која се хоспитализују. Не односи се на здраву новорођенчад која бораве у стационарној здравственој установи након рођења и за коју се не отвара историја болести. У кућице се уписује тежина новорођенчета (бебе до 28 дана старости) у грамима. Уколико је тежина мања од 1000 г, испред броја се уписује нула, да би број имао четири цифре.
20. **Број сати вентилационе подршке.** Уписује број сати континуиране механичке вентилације, током епизоде болничког лечења, заокружено на најближи сат. ПРИМЕР: Уколико је пацијент провео на механикој вентилацији до 29 минута, заокружује се на 0 сати, а уколико је провео 30–59 минута заокружује се на 1 сат. Рачунање броја сати (дужине трајања) континуиране механичке вентилације у току хоспитализације, почиње са ендотрахеалном интубацијом, а завршава се са екстубацијом. Уколико је пацијент интубиран пре пријема, рачунање почиње од момента пријема. Уколико је пацијент премештен/транспортован (отпуштен) интубиран, рачунање се завршава у моменту транспорта (отпуста). У кућице се уписује број сати а испред броја се уписује онолико нула, колико је потребно да би број имао четири цифре
21. **Датум отпуста.** Уписује се дан, месец и година када је пацијент отпуштен из стационарне здравствене установе:
- у прве две кућице уписује се дан пријема, и то од 01-31;
  - у друге две кућице уписује се месец пријема, и то од 01-12;
  - у задње четири кућице уписује се година пријема, а то може бити текућа и претходна година.
22. **Број дана хоспитализације.** Рачуна се као разлика у данима од датума пријема (поље бр. 4) до датума отпуста (поље бр. 21). При израчунавању броја дана хоспитализације, дан пријема се рачуна, а дан исписа не. Податак се уписује у кућице за шифрирање.
23. **Одељење са кога је извршен отпуст.** Уписује се назив одељења са кога се лице отпушта. Уписује се тромесна шифра одељења према шифарнику одељења (прилог 2).
24. **Врста отпуста.** Заокружује се број испред врсте отпуста.
1. Отпуст кући/друго место пребивалишта. Односи се на лица која се отпуштају из болнице кући или у друге институције где су стално смештене, односно где бораве.
  2. Отпуст/премештај у другу здравствену установу за краткотрајну хоспитализацију. Односи се на лица која се отпуштају у другу стационарну установу како би им се пружио виши ниво здравствене заштите (на пример слање пацијената из Опште болнице у Клинички центар) или слање пацијената са вишег на нижи ниво (отпуст са клинике и слање пацијената у општу болницу) и сл.
  3. Отпуст/премештан у другу здравствену установу. Односи се на лица која се отпуштају у другу стационарну установу за дуготрајну хоспитализацију (на пример у специјалну болницу за рехабилитацију)
  4. *Статистички отпуст – Ово опција се не шифрира док се не пређе на плаћање према ДСГ тј. директно је везано за промене у систему финансирања болница.*
  5. Отпуштен на сопствени захтев. Односи се на лица која самовољно напуштају болничко лечење.



6. Умро. Уколико је обављена обдукција, заокружује се број 1, а у колико није, број 2.

25. **Основни узрок смрти.** Основни узрок смрти је болест или повреда, која је покренула ток догађаја, који је директно довео до смрти, или околности несрећног случаја или насиља, које су узроковале смртоносну повреду. Податак се преписује из лекарског извештаја о узроку смрти (у оквиру Потврде о смрти).

За умрле који су обдуковани, уписује се дијагноза из обдукционог налаза. У текстуални део се уписује дијагноза на латинском и одговарајућа четворомесна шифра дијагнозе из важеће ревизије МКБ у кућице.

**Потпис и факсимил лекара специјалисте који је закључио епизоду болничког лечења.** Уколико је болесник лечен на више одељења, уписују се подаци о лекару који је лечио болесника непосредно пред испис из болнице.