

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



**УПУТСТВО
ЗА ГЕНЕРИСАЊЕ ИЗВЕШТАЈА О ХОСПИТАЛИЗАЦИЈИ**

Београд, 19.3.2026. године

УВОД

Закон о здравственој документацији и евиденцијама у области здравства („Службени гласник РС број 92/2023,, као и Правилник о обрасцима и садржају образаца за вођење здравствене документације, евиденција, извештаја, регистара и електронског медицинског досијеа („Службени гласник РС“ бр. 109/2016 и 20/2019) прописује достављање индивидуалног извештаја о стационарним пацијентима, породиљама и пацијентима на рехабилитацији (Извештај о хоспитализацији).

Извештај о хоспитализацији (у даљем тексту Извештај) је индивидуални статистички извештај који се генерише за свако лице које се прима на болничко-стационарно лечење у здравствену установу. Скуп података који се добија из Извештаја обезбеђује неопходне елементе за релевантне здравствено-статистичке анализе.

Стационарне здравствене установе дужне су да доставе/унесу све податке из Извештаја у базу податка стационарно лечених пацијената до краја текућег за претходни месец.

Извештаји се генеришу у електронском облику из болничког информационог система (обавезне медицинске документације) према дефинисаном формату.

ОПШТА ПРАВИЛА

Извештај се генерише за свако лице хоспитализовано због епизоде болничког лечења (дијагностике, лечења, рехабилитације, здравствене неге и смештаја) које је у здравственој установи 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 се генерише и за лица којима су пружене услуге у оквиру дневне болнице (дневни пацијент).

„Дневни пацијент” је пацијент који је формално примљен због лечења и/или неге, али је остао мање од 24 часа у болници или другој здравственој установи за стационарно лечење (није остао преко ноћи), односно, пацијент коме није потребно обезбедити дужи континуирани медицински надзор након обављене процедуре и/или пацијент чије здравствено стање и опоравак не захтевају останак преко ноћи у болници.

Бити (формално) примљен значи да је отворена историја болести, односно да је пацијенту додељено место, соба или кревет током његовог боравка у здравственој установи.

За разлику од стационарног лечења и пружања услуга у амбулантним условима „дневна здравствена заштита“ обухвата планиране медицинске услуге пружене пацијентима који су формално примљени због дијагностике, лечења или друге врсте здравствене заштите – са намером да буду отпуштени истог дана.

Услуге „дневне здравствене заштите“ пружају се у стационарним здравственим установама – одељењима, амбулантама или посебним организационим јединицама за пружање „дневне здравствене заштите“ (дневним болницама).

„Дневни пацијент“ (или „једнодневни пацијент“) се обично прима и затим отпушта истог дана након боравка у стационарној здравственој установи.

Контакт са пацијентом који је био примљен као дневни пацијент, а потом је услед компликације задржан најмање једну ноћ у стационарној здравственој установи, треба означити као хоспитализацију (пријем на стационарно лечење).

Контакт са пацијентом који није формално примљен због дијагностике, терапије или других врста здравствене заштите, треба сматрати амбулантном здравственом заштитом.

За све извештаје који се односе на лица лечена у дневним болницама, неопходно је да се за одељење на пријему и одељење са којег је извршен отпуст унесе једно од одељења из шифарника одељења које означава дневну болницу. Назив и шифра дневне болнице се уноси без обзира да ли дневна болница постоји као посебна организациона јединица.

Пример: Извештај се попуњава за пацијента који је лечен у дневној болници која се налази у оквиру одељења психијатрије. Одељење на пријему и отпусту је у овом случају: дневна болница-психијатрија.

Пример: Извештај се попуњава за пацијента који прима хемиотерапију у дневној болници на одељењу хематологије. Одељење на пријему и отпусту је у овом случају: дневна болница-хемиотерапија.

За шифрирање дијагноза, процедура по номенклатури и осталих података који утичу на класификацију пацијената по дијагностички сродним групама (тежина на пријему за новорођенче, број сати механичке вентилације) одговоран је надлежни здравствени радник.

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 Извештај. За тачност података одговоран је лекар који је закључио епизоду болничког лечења.

ПОСЕБНА ПРАВИЛА

Поступак попуњавања обрасца у посебним ситуацијама

Премештај са одељења унутар здравствене установе

1. Када се у току једне епизоде лечења 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 медицинску документацију се сукцесивно уносе подаци о пратећим дијагнозама и процедурама, а закључивање епизоде болничког лечења и комплетирање Извештаја врши се на одељењу/организационој јединици са којег се пацијент отпушта.
2. Када се лице премешта из једне у другу стационарну установу, при отпусту пацијента се закључује Историја болести и генерише Извештај, а отвара се нова документација у другој установи, односно, оној која прима пацијента на даље лечење.

Попуњавање извештаја за мајку и новорођенче

3. За мајку, која се породила, односно за жену хоспитализовану због порођаја отвара се Историја болести и након отпуста генерише Извештај.

Историја болести се отвара и за новорођенче, а сходно томе приликом отпуста генерише се и Извештај. Ова категорија укључује новорођенче рођено у болници, као и новорођенче рођено ван болнице и примљено одмах по порођају.

У случају здравог новорођенчета се као основни узрок хоспитализације уноси одговарајућа шифра из категорије Z38 – Живорођена деца према месту рођења.

На пример: Новорођенче, рођено у болници, без морбидитета, вагинални порођај. Као основни узрок хоспитализације уноси се шифра Z38.0 – Једно дете, рођено у болници.

Било које стање које се развије у току порођаја треба унети пре шифре Z38.0 – Једно дете, рођено у болници.

На пример: Новорођенче рођено у болници са хипогликемијом, вагинални порођај. Као основни узрок хоспитализације уноси се P70.4 – Други снижен ниво шећера у крви новорођенчета, а као пратећа дијагноза Z38.0 – Једно дете, рођено у болници.

4. 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 генерише нови Извештај, јер је порођај само једна од дијагноза/процедура у току једне епизоде болничког лечења.
5. Ако је прекид трудноће обављен у стационарној установи и ако је жена остала на лечењу макар и један дан, попуњава се Историја болести и генерише Извештај.

Дневни случајеви односно дневне болнице

6. За одређене случајеве, где лечење пацијента траје више дана а обавља се у оквиру дневне болнице (нпр. хемиотерапија, радиотерапија, хемодијализа, услуге БМПО), може се отворити једна историја болести и након завршетка циклуса лечења написати отпусна листа пацијенту. У овом случају, сваки боравак односно посета пацијента дневној болници, као и пружене процедуре се евидентирају у историји болести и за сваки долазак се генерише посебан Извештај.

Статистички отпуст

7. Уколико епизода лечења траје континуирано у периоду дужем од годину дана, неопходно је да се на крају године изврши статистички отпуст пацијената са датумом 31.12., као и да се генерише Извештај.

Упутство за генерисање појединачних поља Извештаја о хоспитализацији

1. **Назив здравствене установе.** Уноси се пуни назив установе према шифарнику здравствених установа. Сложене здравствене установе поред назива установе уносе и

организациону јединицу следећег нивоа, тзв. установу у саставу (болница, клиника, центар).

2. Одељење на пријему. Уноси се назив одељења на коме је извршен пријем, уз тромесну шифру одељења према шифарнику одељења.

За све Извештаје који се односе на лица лечена у дневним болницама, неопходно је да се као одељење на пријему и одељење са којег је извршен отпуст унесе једно од следећих одељења из шифарника одељења које означава дневну болницу:

- 800 дневна болница - хемотерапија
- 801 дневна болница - дневна хирургија
- 803 дневна болница - радиотерапија
- 804 дневна болница - хемодијализа
- 805 дневна болница - интернистичке гране
- 806 дневна болница - психијатрија
- 807 дневна болница - рехабилитација

3. Број историје болести. Матични број историје болести који је пацијенту додељен у Матичној књизи лица смештених у стационарној здравственој установи, се уноси у Историју болести. 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. Уноси се дан, месец и година пријема пацијента у стационарну здравствену установу.

5. Име и презиме пацијента. Преузима се аутоматски из централног регистра или уноси из личне карте, или здравствене књижице или пријаве рођења за новорођенче

6. Јединствени матични број грађанина (ЈМБГ). Преузима се аутоматски из централног регистра или уноси из личне карте или здравствене књижице. ЈМБГ има 13 цифара.

7. Датум рођења. Преузима се аутоматски из централног регистра или се преписује из личне карте или здравствене књижице.

8. Држављанство. Преузима се аутоматски из централног регистра или се уноси , према шифарнику.

9. Пол. Преузима се аутоматски из централног регистра или се уноси број 1 за *мушки* пол или број 2 за *женски* пол.

10. Адреса и општина пребивалишта. Преузима се аутоматски из централног регистра или се уноси место, улица и број пребивалишта пацијента и обавезно општина. За пацијенте, чије је пребивалиште изван земље, уноси се држава, град, улица и број. Уноси се шестомесна шифра општина према шифарнику општина.

11. Осигурање. Уколико пацијент има обавезно здравствено осигурање уноси се број 1 (да), а уколико не поседује – број 2 (не).

12. Лични број осигураника (ЛБО). Преузима се аутоматски из централног регистра или се уноси из оверене здравствене књижице, односно посебне исправе за коришћење здравствене заштите (потврда). ЛБО има 11 цифара. Уколико је пацијент новорођенче уноси се мајчин ЛБО.

13. Упутна дијагноза. Уноси се дијагноза обољења, повреде или стања, због којег је пацијент упућен у болницу ради хоспитализације. Дијагноза се уноси из Упута за болничко лечење. Уноси се шифра дијагнозе, на основу важеће ревизије МКБ. Уколико је болесник примљен без упута, уписује се "Без упута".

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 за она лица, која су стационарно лечена због повреде. За свако лице за које основни узрок хоспитализације припада групи XIX важеће ревизије МКБ (Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора – S00-T98) уписује се шифра спољног узрока повреде из XX групе важеће ревизије МКБ. Шифра је петомесна чиме се прецизира место догађаја и активности повређене особе.

ПРИМЕР: Ако је основни узрок хоспитализације *Laesio traumatica cerebri diffusa* (S06.2), спољашњи узрок повреде може бити нпр. V01.11 - Пешак повређен ударом бицикла, саобраћајни удес, у току коришћења слободног времена или W11.72 - Пад на и са мердевина, фарма, у току обављања плаћеног рада. Уколико место и/или активност у току повређивања нису познати и тада се користе одговарајуће МКБ шифре (нпр. W11.99 - Пад на и са мердевина, неозначена места, у току обављања неспецифичних активности).

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, осим у случају тромесних терминалних дијагноза. Основни узрок хоспитализације уноси лекар на одељењу са ког се пацијент отпушта. Стање утврђено након анализе медицинске документације може или не мора потврдити дијагнозу при пријему (упутну дијагнозу).

ПРИМЕР¹: 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 insulino dependens cum complicationibus systematis circulationis peripherici* (E10.5) и уносе се као пратеће дијагнозе – обољења или компликације.

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. Уписују се само оне дијагнозе болести које су третиране или су од значаја за дату епизоду болничког лечења.

ПРИМЕР²: 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

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

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

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. Уносе се шифре процедура из важећег Правилника о номенклатури здравствених услуга на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите. Шифре се уносе 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.

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 група², 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
3. Кардиотокографија (СТГ) осим уколико је у питању интерни ЦТГ мониторинг плода
4. Превијање
5. Фармакотерапија укључујући интрамускуларне инјекције, пласирање канила, интравенске ињекције
Фармакотерапија се не шифрира, осим:
 - кад је давање лека основни узрок хоспитализације у једнодневnoj 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 трансзофагеалног 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 до 28 дана старости). Односи се на сву новорођенчад која бораве у стационарној здравственој установи. Уноси се тежина новорођенчета у грамима.

20.Број сати вентилационе подршке. Уноси се број сати континуиране механичке вентилације, током епизоде болничког лечења, заокружено на најближи сат.

ПРИМЕР: Уколико је пацијент провео на механичкој 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).

21.Датум отпуста. уноси се дан, месец и година када је пацијент отпуштен из стационарне здравствене установе.

22.Број дана хоспитализације. Рачуна се као разлика у данима од датума пријема до датума отпуста. При израчунавању броја дана хоспитализације, дан пријема се рачуна, а дан исписа не.

23.Одељење са кога је извршен отпуст. Уноси се тромесна шифра одељења према шифарнику одељења.

За све извештаје о хоспитализацији које се односе на лица лечена у дневним болницама, неопходно је да се у поље 23, односно одељење са којег је извршен отпуст унесе једно од одељења из шифарника одељења које означава дневну болницу.

24.Врста отпуста. Уноси се број према врсти 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.
5. Отпуштен на сопствени захтев. Односи се на лица која самовољно напуштају болничко лечење.
6. Умро. Уколико је обављена обдукција, уноси 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, уноси се дијагноза из обдукционог налаза. Уноси се одговарајућа четворомесна шифра дијагнозе из важеће ревизије МКБ, осим у случају тромесних терминалних дијагноза.

Лекар специјалиста 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.