

**MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**  
DEPARTAMENT ZDROWIA

**MSWiA-33**

**Sprawozdanie z działalności zakładu długoterminowej, stacjonarnej opieki zdrowotnej MSWiA  
za rok 2018**

Termin przekazania: 11 luty 2019 r.

Nazwa i adres samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej MSWiA	Nazwa i adres zakładu leczniczego	Nazwa jednostki organizacyjnej
Numer księgi rejestrowej SP ZOZ MSWiA	REGON zakładu leczniczego	Kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną (część V)
TERYT SP ZOZ MSWiA	TERYT zakładu leczniczego	TERYT jednostki organizacyjnej

Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1068, z późn. zm.) oraz wydawanego corocznie na podstawie art. 18 ww. ustawy rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej.

W przypadku, gdy sprawozdanie wypełniane jest zbiorczo dla całego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w części V kody resortowego wpisać symbol 99.

**Sprawozdanie wypełniają placówki zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą z kodami: 5160, 5161, 5162, 5163, 5170, 5171, 5172, 5180, 5182, 5260, 5272, 5360.**

**Danych wykazanych w sprawozdaniu MSWiA-33 nie należy wykazywać w sprawozdaniach MSWiA-32, MSWiA-43.**

**Część 1. Dane dla całego zakładu**

<b>Czy zakład posiada certyfikat:</b>	
akredytacji?	tak
	nie
jakości?	tak
	nie

**Dział 1. Kadra (w osobach), stan w dniu 31.12.**

Wyszczególnienie		Udzielający świadczeń ogółem	w tym:		
			zatrudnieni na podstawie stosunku pracy <sup>1)</sup>		zatrudnieni w ramach umowy cywilnoprawnej
			razem	z kolumny 2 zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy	
0		1	2	3	4
Ogółem, w tym:	01				
lekarze	02				
w tym psychiatrzy	03				
pielęgniarki	04				
w tym ze specjalizacją	05				
z w. 5 ze specjalizacją psychiatryczną	06				
z w. 4 pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym	07				
psycholodzy	08				
pedagodzy	09				
rehabilitanci	10				
fizjoterapeuci	11				
terapeuci zajęciowi	12				
logopedzi	13				
opiekunowie	14				
specjaliści terapii uzależnień	15				
instruktorzy terapii uzależnień	16				
pracownicy socjalni	17				
salowe	18				

<sup>1)</sup> Zatrudnieni – na podstawie: umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę (zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.)).

Liczba osób pracujących na zasadach wolontariatu:.....

**Dział 2. Struktura wieku przebywających w dniu 31.12. (dla wszystkich oddziałów łącznie)**

Wyszczególnienie		Stan pacjentów w dniu 31.12.					
		opieka stacjonarna		opieka domowa		opieka dzienna	
		ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety
0		1	2	3	4	5	6
Liczba pacjentów w dniu 31.12., z tego:		1					
w wieku	do 18	2					
	19-40	3					
	41-60	4					
	61-64	5					
	65-74	6					
	75-79	7					
	80 i więcej	8					
pacjenci, którzy nie opuszczają łóżek		9				X	X



**Dział 4. Opieka dzienna**

Nazwa i kod zakładu/oddziału			Liczba pacjentów objętych opieką w ciągu roku sprawozdawczego		Osobodni pobytu	
			ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety
0			1	2	3	4
Zakład/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	5160	01				
Zakład/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci	5161	02				
Zakład/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny	5162	03				
Zakład/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	5163	04				
Zakład/Oddział opiekuńczo-leczniczy	5170	05				
Zakład/Oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci i młodzieży	5171	06				
Zakład/Oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	5172	07				
Hospicjum stacjonarne	5180-5182	08				
Zakład/Oddział dzienny pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny	5260	09				
Zakład/Oddział dzienny opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	5272	10				
Zespół opieki domowej	5360	11				

**Dział 5. Opieka domowa**

W tym dziale proszę wykazać wszystkich pacjentów objętych opieką domową przez wszystkie podmioty/oddziały opieki długoterminowej (o kodach 5160-5360)

Wyszczególnienie		Liczba pacjentów objętych opieką w ciągu roku sprawozdawczego	
		ogółem	w tym kobiety
0		1	2
Objęci opieką domową razem	01		
w tym dzieci i młodzież	02		

Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb formularza	1	
Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza	2	

.....  
(imię, nazwisko i telefon osoby,  
która sporządziła sprawozdanie)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię i nazwisko osoby  
działającej w imieniu sprawozdawcy)