

MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI

DEPARTAMENT ZDROWIA

MSWiA-43**Sprawozdanie z działalności szpitala ogólnego i szpitala specjalistycznego****za rok 2020**

Termin przekazania: 8 lutego 2021 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 2019 r. poz. 649, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 października 2019 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2020 (Dz. U. z 2019 r. poz. 2366).

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

W sprawozdaniu MSWiA-43 nie należy wykazywać działalności zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów (kody 5160-5361) nawet wtedy, gdy funkcjonują w strukturze szpitala. Działalność wyżej wymienionych jednostek proszę wykazać w formularzu MSWiA-33.

W sprawozdaniu MSWiA-43 nie należy wykazywać działalności oddziałów rehabilitacyjnych (kody 4300-4311) zarejestrowanych w **sanatoriach uzdrowiskowych**. Działalność tych jednostek proszę wykazać w formularzu MSWiA-45.

W sprawozdaniu MSWiA-43 nie należy wykazywać działalności ośrodków (zespołów) opieki pozaszpitalnej (kody 2130-2741) nawet wtedy, gdy funkcjonują w strukturze szpitala. Działalność wyżej wymienionych jednostek proszę wykazać w formularzu MSWiA-32.

Definicje:

Hospitalizacja – całodobowe udzielanie świadczeń w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu lub zgonu (czas liczony od chwili wpisu do księgi głównej do chwili wypisu).

Leczenie jednego dnia – świadczenie wykonane przez świadczeniodawcę na rzecz pacjenta przyjętego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin.

Łóżko – łóżko umieszczone na stałe na sali chorych z pełnym wyposażeniem, zaopatrzone w pościel, zajęte przez chorego, względnie przygotowane na jego przyjęcie. Do liczby łóżek zalicza się łóżka i inkubatory pełniące funkcję łóżeczek dla noworodków. Do liczby łóżek w szpitalu nie wlicza się łóżek (leżanek) wchodzących w skład wyposażenia stanowiska diagnostycznego, porodowego, dializacyjnego itp. oraz łóżek pomocniczych, na których pacjent przebywa chwilowo, np. wybudzeniowych.

Dział 1. Charakterystyka zakładu

1. Kategoria jednostki (wybrać właściwe)		
1.	Szpital kliniczny	
2.	Szpital instytutu naukowo-badawczego	
3.	Inny szpital ogólny (niewymieniony powyżej)	
4.	Szpital specjalistyczny	
5.	Filia szpitala	
6.	Szpital w likwidacji	
7.	Przynależność szpitala do sieci szpitali:	I stopnia
		II stopnia
		III stopnia
		onkologiczno-pulmonologicznych
		pediatrycznych
		ogólnopolskich

2. Czy szpital posiada certyfikat:

akredytacji?	tak
	nie
jakości ISO?	tak
	nie

Dział 2. Personel pracujący (łącznie z rezydentami, bez stażystów).

Wyszczególnienie		Udzielający świadczeń ogółem (w osobach)	w tym:			
			Umowa o pracę ⁷⁾		Umowa cywilnoprawna ⁸⁾	
			ogółem (w osobach)	w tym pełnozatrudnieni	Ogółem (w osobach)	w tym w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat
0		stan w dniu 31.12. roku, za który składane jest sprawozdanie				
		1	2	3	4	5
Lekarze ¹⁾	01					
w tym specjaliści, z tego o specjalności:	02					
- anestezjologia	03					
- chirurgia ²⁾	04					
- położnictwo i ginekologia	05					
- innych specjalności zabiegowych ³⁾	06					
- choroby zakaźne	07					
- psychiatria	08					
z wiersza 08 psychiatry I stopnia	09					
Lekarze dentyści	10					
Psycholodzy	11					
Specjaliści terapii uzależnień	12					
Pielęgniarki razem	13					
w tym z wyższym wykształceniem	14					
z wiersza 14 mgr pielęgniarstwa	15					
z wiersza 13 ze specjalizacją	16					
Położne razem	17					
w tym z wyższym wykształceniem medycznym	18					
z wiersza 18 mgr położnictwa	19					
z wiersza 17 ze specjalizacją	20					
Mgr farmacji	21					
w tym w aptece szpitalnej	22					
Diagności laboratoryjni	23					
Logopedzi	24					
Dietetycy	25					
w tym z wyższym wykształceniem ⁴⁾	26					
Fizjoterapeuci z wyższym wykształceniem ogółem ⁵⁾	27					
w tym mgr fizjoterapii lub kierunku równoważnego ⁶⁾	28					
Technicy elektroradiologii	29					
Instruktorzy terapii zajęciowej	30					
Terapeuci zajęciowi	31					
Instruktorzy terapii uzależnień	32					
Pracownicy socjalni	33					
Psychoterapeuci z certyfikatem (niezależnie od wykazania ich w innych ww. kategoriach)	34					
Inni terapeuci	35					

¹⁾ Jeden lekarz może być wykazany tylko w jednej specjalności i w jednej formie zatrudnienia.

²⁾ Proszę wykazać wszystkich lekarzy posiadających specjalizację z zakresu chirurgii (chirurgii ogólnej, dziecięcej, klatki piersiowej, onkologicznej, plastycznej, szczękowo-twarzowej, kardiochirurgii, neurochirurgii, ortopedii i traumatologii, itp.).

³⁾ Proszę wykazać lekarzy o specjalnościach: otolaryngologia, okulistyka, urologia.

⁴⁾ Dietetycy z wykształceniem wyższym oraz magistrowie na kierunku: technologia żywności i żywienia oraz żywienie człowieka.

⁵⁾ Fizjoterapeuci z wykształceniem wyższym zgodnie z art.4 ust.4 pkt.1-3 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U.2019 poz.952).

⁶⁾ Kierunki równoważne dotyczą osoby, która rozpoczęła studia przed dniem 1 stycznia 1998 r. na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku albo rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej albo rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia

wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej, potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła 3-miesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji zgodnie z przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej i Sportu.

⁷⁾ 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 2019 r. poz. 1040, z późn. zm.)).

⁸⁾ W tym umowy zlecenia.

Dział 3. Łóżka specjalistyczne w szpitalu ogółem (stan w dniu 31.12.)

W wierszu 1 proszę podać liczbę łóżek intensywnej opieki medycznej, jakie znajdują się w szpitalu, bez względu na to, w jakim oddziale się znajdują.

W wierszu 3 proszę podać liczbę łóżek intensywnej terapii, jakie znajdują się w szpitalu, bez względu na to, w jakim oddziale się znajdują.

W wierszu 8 proszę podać liczbę inkubatorów, jakie zainstalowane są w szpitalu, bez względu na to, w jakim oddziale się znajdują.

Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej (intensywnego nadzoru) ogółem w szpitalu		1	
w tym dla dzieci		2	
Liczba stanowisk intensywnej terapii w szpitalu		3	
w tym:	intensywnego nadzoru kardiologicznego	4	
	intensywnej opieki oparzeń	5	
	intensywnej opieki toksykologicznej	6	
	intensywnej opieki medycznej dla dzieci	7	
Liczba inkubatorów ogółem w szpitalu		8	
w tym oddziale neonatologicznym		9	

Dział 4. Oddział ratunkowy/izba przyjęć/ambulatoryjna opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

Liczba odmów przyjęcia do szpitala ¹⁾ ogółem (w ciągu roku)	1	
w tym z powodu braku miejsc	2	
z wiersza 2 przewiezieni do innego szpitala	3	
Osoby zakwalifikowane do planowanego przyjęcia (w ciągu roku)	4	
Porady ambulatoryjne udzielone pacjentom nie przyjętym do szpitala (ambulatoryjnie) ²⁾	5	
Porady ambulatoryjne udzielone w ramach pomocy nocnej i świątecznej zrealizowane w strukturze szpitala	6	

¹⁾ Liczba odmów przyjęcia do szpitala powinna być zgodna z zapisami w Księdze Odmów prowadzonej w szpitalu.

²⁾ Proszę wykazać wszystkie porady (z zakresu POZ i specjalistyczne), których udzielono w izbie przyjęć/SOR w roku sprawozdawczym i nie wykazano w sprawozdaniu MSWiA-32.

Dział 5. Sale operacyjne - działalność

Proszę wykazać wszystkie sale operacyjne oraz zabiegi wykonane w szpitalu w trybie stacjonarnym i dziennym.

Liczba sal operacyjnych	1	
Liczba stołów operacyjnych	2	
Liczba wykonanych zabiegów operacyjnych ogółem, z tego:	3	
- w znieczuleniu ogólnym	4	
- przy zastosowaniu blokady centralnej	5	
- przy zastosowaniu blokady regionalnej	6	

Dział 6. Stanowiska dializacyjne i wykonane dializy

Proszę wykazać wyłącznie hemodializy wykonane w szpitalu.

Liczba stanowisk dializacyjnych	1	
Liczba wykonanych dializ	2	
w tym u dzieci do 18 lat	3	
Liczba osób dializowanych	4	
w tym dzieci do 18 lat	5	

Dział 7. Ruch chorych

Proszę wykazać każdego pacjenta jeden raz w trakcie pobytu w szpitalu bez względu na to, czy pacjent podczas tego pobytu leczony był w jednym lub kilku oddziałach.

a) Leczeni bez ruchu międzyoddziałowego

Wyszczególnienie		Leczeni w trybie stacjonarnym	
		ogółem	w tym dzieci w wieku do 18 lat
0		1	2
Liczba pacjentów w dniu 31.12. roku poprzedniego	1		
Liczba pacjentów przyjętych w ciągu roku	2		
Liczba pacjentów w dniu 31.12. roku sprawozdawczego (pozostających na następny rok) ¹⁾	3		
Leczeni w ciągu okresu sprawozdawczego ²⁾	4		
w tym z powodu zakażeń szpitalnych	5		

¹⁾ Liczba chorych w dniu 31 grudnia roku sprawozdawczego jest równa liczbie chorych w dniu 1 stycznia następnego roku sprawozdawczego.

²⁾ Suma leczonych w dniu 31 grudnia roku poprzedniego i liczby przyjętych w ciągu roku sprawozdawczego.

b) Zmarli (bez noworodków, których zgon wykazano w dziale 10)

Wyszczególnienie		Ogółem	w tym dzieci w wieku do 18 lat
Zmarli, w tym:	1		
- zmarli z powodu zakażeń szpitalnych	2		
- zgony kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu (bez względu na przyczynę)	3		

Dział 8. Działalność oddziałów z ruchem międzyoddziałowym

Proszę wykazać wszystkie oddziały zgodnie z zapisami w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, w tym oddział neonatologiczny.

Kolumnę 8 należy wypełnić tylko w przypadku posiadania odcinków dziecięcych na oddziałach dla **dorosłych**.

Nazwa oddziału ¹⁾	Kod resortowy ²⁾	Liczba oddziałów	Zatrudnienie w osobach w dniu 31.12. ³⁾		Działalność dzienna (leczeni w trybie jednego dnia)		Działalność stacjonarna							
			lekarze	pielęgniarki	liczba miejsc dziennego pobytu (stan w dniu 31.12.)	leczeni w trybie dziennym ⁴⁾	łóżka (stan w dniu 31.12.)			średnia liczba łóżek ⁶⁾	leczeni w trybie stacjonarnym (przebywający co najmniej 1 dobę)			osobodni leczonych stacjonarnie (przebywający co najmniej 1 dobę)
							ogółem	w tym łóżka dla dzieci do lat 18 w oddziałach dla dorosłych	z kol. 7 udostęp-nione klinikom (tzw. kliniki na bazie obcej) ⁵⁾		ogółem	w tym dzieci w wieku do 18 lat	z kol. 11 pełno-płatni	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

¹⁾ Proszę wpisać nazwę oddziału na podstawie regulaminu organizacyjnego SP ZOZ MSWiA.

²⁾ Proszę wpisać VIII część kodu resortowego zgodnie z kodami resortowymi oddziałów zarejestrowanych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i działających w danym roku sprawozdawczym w strukturze jednostki sprawozdającej.

³⁾ Pracujący bez względu na rodzaj umowy, na podstawie której wykonywana jest praca.

⁴⁾ Pacjenci, których czas pobytu na oddziale nie przekracza 24 godzin. W przypadku wielokrotnego pobytu pacjenta proszę go liczyć tylko jeden raz w okresie sprawozdawczym.

⁵⁾ Liczba łóżek, jaką szpital udostępnia klinikom medycznym, w tym klinikom Uniwersytetu Medycznego, w ramach umowy o współpracę.

⁶⁾ Średnią liczbę łóżek oblicza się, dodając liczby łóżek rzeczywistych według stanu na koniec poszczególnych miesięcy w okresie sprawozdawczym i dzieląc otrzymaną sumę przez liczbę miesięcy w danym okresie (w roku przez 12).

Dział 9. Zakłady i pracownie diagnostyczne

Proszę wykazać sprzęt będący własnością zakładu leczniczego (jednostki) wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitalne.

Jeśli zakład ten korzysta ze sprzętu należącego do zakładu leczniczego wykonującego działalność leczniczą (w ramach tego samego SP ZOZ MSWiA) w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w kolumnie 1 (liczba urządzeń) proszę wpisać 0, natomiast w kolumnie 2 (liczba wykonanych badań/zabiegów) proszę wpisać faktyczną liczbę badań/zabiegów wykonanych pacjentom szpitalnym.

a) Działalność pracowni diagnostycznych

Wyszczególnienie	Liczba urządzeń	Liczba badań
0	1	2
Medycyna nuklearna		
Gammakamera	1	
PET-CT	2	
PET-MR	3	
Diagnostyka obrazowa		
Scyntygraf	4	
Tomograf komputerowy	5	
Rezonans magnetyczny	6	
Mammograf	7	
Pracownie badań czynnościowych		
Echokardiograf	8	
Elektroencefalograf	9	
Elektromiograf	10	

b) Sprzęt zabiegowy i zabiegowo-diagnostyczny

Wyszczególnienie	Liczba urządzeń	Liczba wykonanych badań/zabiegów
0	1	2
Aparaty operacyjne i śródoperacyjne		
Mobilny tomograf komputerowy	1	
Mobilny akcelerator liniowy – śródoperacyjna radioterapia	2	
Litotryptor		
Litotrypter	3	
Aparaty hemodynamiczne		
Jednopłaszczyznowy angiograf cyfrowy	4	
Dwupłaszczyznowy angiograf cyfrowy	5	
Radioterapia		
Akcelerator /przyśpieszacz/ liniowy	6	
Aparat do brachyterapii /bezpośredniej/	7	

c) Pozostały sprzęt medyczny

Wyszczególnienie	Liczba urządzeń	Liczba wykonanych badań
0	1	2
Urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych	1	
Aparat RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	2	
Aparat RTG z torem wizyjnym	3	

d) Pozostałe pracownie

Wyszczególnienie	Liczba wykonanych badań
0	1
Diagnostyki laboratoryjnej	1
Bakteriologii	2
Wirusologii	3
Histopatologii	4
Ultrasonografii	5
Rentgenodiagnostyki	6
Diagnostyki izotopowej	7

Dział 10. Dodatkowe informacje o działalności oddziału położniczo-ginekologicznego

a)

Proszę wykazać liczbę przerwania ciąży wykonanych w szpitalu i w poradni przyszpitalnej.

Wyszczególnienie		Razem	w tym u kobiet w wieku						
			poniżej 18	18-20	21-24	25-29	30-34	35 i więcej	
0		1	2	3	4	5	6	7	
Dokonano przerwania ciąży ogółem		01							
z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki		02							
z powodu czynu zabronionego		03							
w wyniku badań prenatalnych razem		04							
Z tego z tego	W związku z wystąpieniem wad genetycznych	Trisomia 21 bez współistniejących wad somatycznych	05						
		Trisomia 21 ze współistniejącymi wadami somatycznymi	06						
		Trisomia 13 lub trisomia 18 bez współistniejących wad somatycznych	07						
		Trisomia 13 lub trisomia 18 ze współistniejącymi wadami somatycznymi	08						
		inne trisomie i częściowe trisomie autosomów bez współistniejących wad somatycznych	09						
		inne trisomie i częściowe trisomie autosomów ze współistniejącymi wadami somatycznymi	10						
		monosomie i delecje autosomów bez współistniejących wad somatycznych	11						
		monosomie i delecje autosomów ze współistniejącymi wadami somatycznymi	12						
		zrównoważone translokacje bez współistniejących wad somatycznych	13						
		zrównoważone translokacje ze współistniejącymi wadami somatycznymi	14						
		zespół Turnera ze współistniejącymi wadami somatycznymi	15						
		choroby warunkowane monogenowo bez współistniejących wad somatycznych	16						
		choroby warunkowane monogenowo ze współistniejącymi wadami somatycznymi	17						
		zespoły genetyczne z obrzękiem płodu	18						
		inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim bez współistniejących wad somatycznych	19						
		inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim ze współistniejącymi wadami somatycznymi	20						
		inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim bez współistniejących wad somatycznych	21						
		inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim ze współistniejącymi wadami somatycznymi	22						
		inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej bez współistniejących wad somatycznych	23						
		inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej ze współistniejącymi wadami somatycznymi	24						
		W związku z wystąpieniem wad somatycznych przy prawidłowym kariotypie	wada izolowana (dotycząca jednego układu lub organu w badaniu)	25					
			wady mnogie (wady dwóch i więcej układów lub organów w badaniu obrazowym)	26					

b)

Proszę wykazać tylko noworodki urodzone w jednostce sprawozdawczej. Noworodki urodzone poza szpitalem lub w innym szpitalu, a następnie przyjęte do szpitala składającego sprawozdanie, nie powinny być wykazywane w tym dziale.

Wyszczególnienie		Ogółem	
0		1	
Liczba stanowisk porodowych		01	
w tym do porodów rodzinnych		02	
Przyjęto porodów ogółem ¹⁾		03	
w tym	fizjologicznych	04	
	cięć cesarskich	05	
	innych (np. kleszczowe, próznociąg)	06	
Noworodki	żywo urodzone o masie urodzeniowej	do 499 gramów	07
		500-999 gramów	08
		1000-1499 gramów	09
		1500-1999 gramów	10
		2000-2499 gramów	11
		2500-3999 gramów	12
		4000 gramów i więcej	13
	martwo urodzone o masie urodzeniowej	do 499 gramów	14
		500-999 gramów	15
		1000-1499 gramów	16
		1500-1999 gramów	17
		2000-2499 gramów	18
		2500-3999 gramów	19
		4000 gramów i więcej	20
Zmarło noworodków (żywo urodzonych) o masie urodzeniowej do 6. doby życia włącznie	do 499 gramów	21	
	500-999 gramów	22	
	1000-1499 gramów	23	
	1500-1999 gramów	24	
	2000-2499 gramów	25	
	2500-3999 gramów	26	
	4000 gramów i więcej	27	
Liczba poronień samoistnych		28	
Liczba powikłań po przebytych poronieniach z uszkodzeniem narządów płciowych		29	
Czy jest w szpitalu wydzielona sala operacyjna do cesarskich cięć?		30	
Liczba zabiegów położniczych wymagających znieczulenia ogólnego bez cesarskich cięć		31	
Noworodki pozostawione w szpitalu nie ze względów zdrowotnych		32	

¹⁾ Proszę wykazać liczbę porodów, które zostały ukończone w szpitalu, przy czym poród bliźniaczy, trojaczy, itp. uważa się za jeden poród. Za poród ukończony proszę rozumieć taki poród, przy którym odebrano noworodka żywo lub martwo urodzonego. Do liczby noworodków proszę nie doliczać przypadków, w których noworodka odebrano poza szpitalem, a pacjentkę przywieziono w celu odbycia trzeciego okresu porodu (wyjęcie łożyska, itp.). Takie przypadki proszę traktować jako komplikacje porodowe, a nie porody.

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)