

MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI

DEPARTAMENT ZDROWIA

MSWiA-45**Sprawozdanie z lecznictwa uzdrowiskowego, stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej****za rok 2024**

Termin przekazania: 10 lutego 2025 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 2023 r. poz. 773, z późn.zm.).

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

Sprawozdanie wypełnia samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej funkcjonujący na podstawie: ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991, z późn.zm.) oraz ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2023 r. poz. 151, z późn. zm.) ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.).

Dział 1. Rodzaj jednostki - łóżka

Proszę zaznaczyć właściwy zakład (jeden symbol 1–7) oraz podać dane o łóżkach na poszczególnych oddziałach. W przypadku zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach którego funkcjonuje zakład przyrodolecznicy, należy dodatkowo zaznaczyć punkt 8. Działalność tego zakładu przyrodolecznicy powinna być wykazana łącznie z działalnością zakładu macierzystego.

Wyszczególnienie	Liczba łóżek w dniu 31.12. ¹⁾	W tym w oddziałach o kodach specjalności komórek		Średnia liczba łóżek ²⁾
		6100-6701	4280 i 4300-4310	
0	1	2	3	4
1 Szpital uzdrowiskowy				
2 Szpital uzdrowiskowy dla dzieci				
3 Sanatorium uzdrowiskowe				
4 Sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci				
5 Szpital/sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym				
6 Przychodnia uzdrowiskowa	X	X	X	X
7 Zakład przyrodolecznicy	X	X	X	X
8 Zakład przyrodolecznicy funkcjonujący w ramach zakładów wymienionych w pkt 1-6 ³⁾	X	X	X	X
9 Stacjonarny zakład rehabilitacji leczniczej		X		

¹⁾ łącznie z innymi łóżkami nie ujętymi w kol. 2 i 3 wykorzystywanymi na działalność leczniczą. łącznie z łóżkami na oddziałach: 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2314, 2315, 7400 i 7401, które należy ująć w kol. 1 i 4.

²⁾ Suma liczby łóżek według stanu na koniec poszczególnych miesięcy roku, łącznie z łóżkami wydzierżawionymi od innych gestorów, bez łóżek wynajętych innym gestorom, podzielona przez 12.

³⁾ Proszę zaznaczyć dodatkowo, jeżeli jednostka sprawozdawcza wykazuje także działalność należącego do niej zakładu przyrodolecznicy.

Dział 2. Przystosowanie jednostek do potrzeb osób niepełnosprawnych

Proszę zaznaczyć wszystkie przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych znajdujące się w zakładzie. Można zaznaczyć kilka odpowiedzi z zakresu 1-10 lub odpowiedź 11.

1	Pochylnie/podjazdy/platformy ułatwiające wejście do budynku ¹⁾
2	Drzwi wejściowe do budynku automatycznie otwierane ¹⁾
3	Winda/y
4	w tym windy dostosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich ¹⁾
5	Pokoje/pokoje z łazienkami przystosowane dla osób niepełnosprawnych
6	Łazienki przystosowane dla osób niepełnosprawnych
7	Udogodnienia dla słabowidzących i niewidomych
8	Udogodnienia dla niedostyszących i niesłyszących
9	Posadzki antypoślizgowe
10	Inne
11	Brak udogodnień

¹⁾spełniające wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1225, z późn. zm.)

Dział 3. Zabiegi lecznicze

Wypełniają jednostki, w których zabiegi zostały wykonane. W przypadku przynależności zakładu przyrodoleczniczego do danej jednostki sprawozdawczej (zaznaczony w dziale 1 pkt 8), proszę wykazać także zabiegi wykonywane w tym zakładzie.

Rodzaj zabiegu		Liczba zabiegów
0		1
Kąpiele mineralne	01	
Kąpiele CO ₂	02	
Zabiegi borowinowe	03	
Wziewania (inhalacje)	04	
w tym inhalacje lekiem	05	
Masaże	06	
Krioterapia	07	
Elektrolecznictwo	08	
Światłolecznictwo	09	
Wodolecznictwo	10	
Kinezyterapia	11	
Zabiegi parafinowe	12	
Inne	13	
w tym zajęcia terapeutyczne ¹⁾	14	
Ogółem (suma wierszy 1-4 i 6-13)	15	

¹⁾ należy wykazać zajęcia terapeutyczne z zakresu rehabilitacji psychologicznej i społecznej m.in. takie jak: psychoedukacja, treningi relaksacyjne, psychoterapia, edukacja zdrowotna, zajęcia rozwijające zainteresowania i uzdolnienia, zajęcia niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością a także inne o charakterze psychologicznym.

Dział 4. Działalność placówki

Wyszczególnienie		Ogółem	z liczby ogółem		
			kobiety ¹⁾	dzieci i młodzież do 18 lat ²⁾	osoby w wieku 65 lat i więcej ³⁾
0		1	2	3	4
Pacjenci/kuracjusze leczeni ogółem (w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, w.2+w.10)	01				
w tym leczeni pacjenci/kuracjusze w opiece stacjonarnej (w.4+w.12+w.13+w.14+w.15+w.16)	02				
w tym pacjenci/kuracjusze cudzoziemcy w opiece stacjonarnej	03				
z wiersza 2 pełnopłatni ⁴⁾	04				
Pacjenci/kuracjusze korzystający z zabiegów przyrodoleczniczych, wykazanych w Dziale 3. pkt 1-4	05		X	X	X
Łączna liczba dni leczenia (osobodni) ogółem pacjentów/kuracjuszy w opiece stacjonarnej ⁵⁾	06		X		
w tym łączna liczba dni leczenia (osobodni) pacjentów/kuracjuszy cudzoziemców w opiece stacjonarnej	07		X		
Pacjenci/kuracjusze leczeni w trybie ambulatoryjnym ogółem ⁶⁾	08				
Pacjenci/kuracjusze leczeni w opiece stacjonarnej finansowani/dofinansowani przez:	NFZ ⁷⁾	09			
	ZUS ⁸⁾	10			
	KRUS ⁹⁾	11			
	PFRON ¹⁰⁾	12			
	inne instytucje (np. MOPS, fundacje, stowarzyszenia, zakłady pracy)	13			

¹⁾ Osoby płci żeńskiej bez względu na wiek.

²⁾ Dzieci i młodzież poniżej 18 lat (0-17 lat). Wiek proszę podawać w latach ukończonych.

³⁾ Kobiety i mężczyźni w wieku 65 lat i więcej. Wiek proszę podawać w latach ukończonych.

⁴⁾ Kuracjusze pokrywający całość kosztów leczenia, zakwaterowania, wyżywienia z własnych środków.

⁵⁾ Łączna liczba dni pobytu leczonych w zakładzie. Dzień przyjęcia i wypisania liczy się jako jeden dzień pobytu. W liczbie tej uwzględnia się również dni pobytu na łóżkach czasowo dostawionych.

⁶⁾ Osoby korzystające z usług lub zabiegów leczniczych w trybie ambulatoryjnym. Osobę taką należy wykazać jeden raz, niezależnie od liczby wykonanych zabiegów.

⁷⁾ Osoby z potwierdzonymi skierowaniami NFZ na leczenie uzdrowiskowe i rehabilitację uzdrowiskową (ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn.zm.))

⁸⁾ Dotyczy osób dofinansowanych przez ZUS przebywających na rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1230, z późn.zm.)),

⁹⁾ Dotyczy osób dofinansowanych przez KRUS przebywających na rehabilitacji leczniczej (ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2023 r. poz.208, z późn.zm.))

¹⁰⁾ Dotyczy osób, które uzyskały dofinansowanie z PFRON do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych (ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn.zm.)).

Dział 4a. Dodatkowe informacje o działalność placówki

Wyszczególnienie		Odpowiedź ¹⁾	Łączna liczba dni nieprowadzenia działalności ²⁾
0		1	2
Czy z powodu wprowadzenia stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 nastąpiło czasowe zaprzestanie prowadzenia działalności?	01		

¹⁾ Odpowiedź TAK lub NIE.

²⁾ W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o podanie łącznej ilości dni nieprowadzenia działalności w ciągu całego roku.

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)