|  |
| --- |
| **MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**DEPARTAMENT ZDROWIA |
| **MSWiA-45****Sprawozdanie z lecznictwa uzdrowiskowego, stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej** |
| **za rok 2025** |
| Termin przekazania: 10 lutego 2026 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 2024 r. poz. 799, 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 przyrodoleczniczy, należy dodatkowo zaznaczyć punkt 8. Działalność tego zakładu przyrodoleczniczego 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 łóżek2)** |
| **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 przyrodoleczniczy | X | X | X | X |
| 8 | Zakład przyrodoleczniczy funkcjonujący w ramach zakładów wymienionych w pkt 1-63) | 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 przyrodoleczniczego.

**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 budynku1) |
| 2 | Drzwi wejściowe do budynku automatycznie otwierane1) |
| 3 | Winda/y |
| 4 | w tym windy dostosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich1) |
| 5 | Pokoje/pokoje z łazienkami przystosowane dla osób niepełnosprawnych |
| 6 | Łazienki przystosowane dla osób niepełnosprawnych |
| 7 | Udogodnienia dla słabowidzących i niewidomych |
| 8 | Udogodnienia dla niedosłyszących 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 CO2 | 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 terapeutyczne1) | 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** |
| **kobiety1)** | **dzieci i młodzież do 18 lat2)** | **osoby w wieku 65 lat i więcej3)** |
| 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 pełnopłatni4) | 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 stacjonarnej5) | 06 |  | X |   |  |
| w tym łączna liczba dni leczenia (osobodni) pacjentów/kuracjuszy cudzoziemców w opiece stacjonarnej | 07 |  | X |  |  |
| Pacjenci/kuracjusze leczeni w trybie ambulatoryjnym ogółem6) | 08 |  |  |  |  |
| Pacjenci/kuracjusze leczeni w opiece stacjonarnej finansowani/dofinansowani przez: | NFZ7) | 09 |  |  |  |  |
| ZUS8) | 10 |  |  |  |  |
| KRUS9) | 11 |  |  |  |  |
| PFRON10) | 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 2024 r. poz. 146, 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 2024 r. poz. 497, 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 2024 r. poz.90, 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 2024 r. poz. 44, z późn.zm.)).

**Dział 4a. Dodatkowe informacje o działalność placówki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Odpowiedź1)** | **Łączna liczba dni nieprowadzenia działalności2)** |
| 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 osobydziałającej w imieniu sprawozdawcy) |