|  |
| --- |
| **MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**DEPARTAMENT ZDROWIA |
| **MSWiA-32****Sprawozdanie z działalności ambulatoryjnej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej** **oraz Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA** |
| **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 kody resortowego wpisać symbol 99.

**Definicje:**

**Porada** – świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez lekarza, lekarza dentystę, lub psychologa.

**Wizyta** – świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, lekarz dentysta lub psycholog.

**Część 1. Dane ogólne**

**Dział 1. Przystosowanie jednostki do potrzeb osób niepełnosprawnych**

Proszę zaznaczyć rodzaj przystosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych w jednostce sprawozdawczej. Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | toalety przystosowane dla osób niepełnosprawnych |
| 6 | Udogodnienia dla słabowidzących i niewidomych |
| 7 | Udogodnienia dla niedosłyszących i niesłyszących |
| 8 | Posadzki antypoślizgowe |
| 9 | Inne |
| 10 | Brak udogodnień |

1)spełniające wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 stycznia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1225)

**Część 2. Opieka profilaktyczna nad matką i dzieckiem**

**Dział 2. Opieka profilaktyczna nad kobietą**

**a) Badania cytodiagnostyczne**

Proszę podać liczbę kobiet zbadanych cytologicznie lub cytohormonalnie, a nie liczbę pobrań materiału.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Ogółem** | **w tym badania profilaktyczne** |
| 0 | 1 | 2 |
| Liczba kobiet zbadanych cytologicznie | 01 |  |  |
| Liczba kobiet zbadanych cytohormonalnie | 02 |  |  |

**b) Opieka profilaktyczna nad kobietą w ciąży**

W tabeli należy podać liczbę porad profilaktycznych udzielonych kobietom w ciąży objętych opieką, dla których w poradni prowadzona jest karta przebiegu ciąży.

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Ogółem** |
| 0 | 1 |
| Liczba porad udzielonych kobietom w ciąży | 01 |  |
| Liczba kobiet w ciąży objętych opieką poradni | 02 |  |
| Z wiersza 2 liczba kobiet w ciąży objętych opieką po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym | 03 |  |
| z tego liczba kobiet, które zgłosiły się do poradni po raz pierwszy | do 10. tygodnia ciąży | 04 |  |
| od 10. do 14. tygodnia ciąży | 05 |  |
| powyżej 14. tygodnia ciąży | 06 |  |
| Z wiersza 2 liczba kobiet przyjmujących suplementy żelaza lub kwasu foliowego (wskaźnik WHO PR4) | 07 |  |

**Dział 3. Opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą**

W tym dziale proszę nie wykazywać porad udzielonych dzieciom chorym.

**a) Porady patronażowe oraz badania bilansowe (w tym przesiewowe) niemowląt (lekarskie)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wiek** | **Liczba niemowląt** |
| **podlegających badaniu** | **zbadanych** | **w tym karmionych** |
| **wyłącznie piersią** | **mieszanie** | **sztucznie** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1–4 tydzień | 01 |  |  |  |  |  |
| 2–6 miesiąc | 02 |  |  |  |  |  |
| 9. miesiąc | 03 |  |  |  |  |  |
| 12. miesiąc | 04 |  |  |  |  |  |

**b) Wizyty patronażowe położnych (pielęgniarek) u niemowląt do 6. tygodnia życia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba noworodków zarejestrowanych w okresie sprawozdawczym** | **Liczba wizyt w wieku** |
| **0**–**4 doba życia** | **1**–**6 tydzień życia** |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Poradnia (gabinet) pielęgniarki/położnej POZ | 01 |  |  |  |

**c) Wizyty patronażowe oraz testy przesiewowe u niemowląt wykonane przez pielęgniarki do 1. roku życia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba wizyt ogółem** | **Z tego wizyty patronażowe w zakresie wykrywania zaburzeń rozwoju w wieku** | **Z kol. 2 wizyta instruktażowa w 3**–**4 miesiącu życia** |
| **do 6. miesiąca życia** | **9. miesiąc życia** | **12. miesiąc życia** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Poradnia (gabinet) pielęgniarki POZ | 01 |  |  |  |  |  |

**d) Porady profilaktyczne udzielone dzieciom do lat 3.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba dzieci w wieku do lat 3 zarejestrowanych w poradni w dniu 31.12.** | **Liczba porad profilaktycznych** |
| **ogółem** | **udzielonych dzieciom w wieku do 1 roku** |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Poradnia (gabinet) lekarza POZ | 01 |  |  |  |

**e) Profilaktyczne badania lekarskie (bilans zdrowia) dzieci i młodzieży**

W kolumnie 2 należy wykazywać tylko te dzieci, które zostały zbadane w terminie (zgodnie z programem badań profilaktycznych). Proszę nie wykazywać badań wykonanych w roku następnym.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wiek / klasa** | **Liczba dzieci podlegających badaniu** | **Liczba dzieci zbadanych** | **Z kol. 2 liczba uczniów zbadanych na terenie szkoły** | **Z kol. 2 zakwalifikowano do grup dyspanseryjnych** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 lata | 01 |  |  | X |  |
| 4 lata | 02 |  |  | X |  |
| 5 lat (tylko u dziecka nieodbywającego przygotowania przedszkolnego) | 03 |  |  | X |  |
| Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne | 04 |  |  |  |  |
| Klasa III szkoły podstawowej | 05 |  |  |  |  |
| Klasa VII szkoły podstawowej | 06 |  |  |  |  |
| I klasa szkoły ponadpodstawowej | 07 |  |  |  |  |
| Ostatnia klasa szkoły ponadpodstawowej do ukończenia 19 roku życia | 08 |  |  |  |  |

**Część 3. Podstawowa opieka zdrowotna**

Proszę wypełnić na podstawie ewidencji zatrudnienia personelu lekarskiego w poszczególnych poradniach podstawowej opieki zdrowotnej, w przychodniach oraz dziennej ewidencji przyjętych pacjentów.

**Dział 4. Zatrudnienie (w osobach, stan w dniu 31.12.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj poradni** | **Liczba poradni1)** | **Zatrudnienie lekarzy (w osobach)** |
| **ogółem2)** | **w tym:** |
| **pełnozatrudnieni** | **niepełno-zatrudnieni** | **w ramach umowy cywilnoprawnej** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Poradnia (gabinet) lekarzaPOZ (0010-0013) | 01 |  |  |  |  |  |

1) Liczba poradni (gabinetów) lekarza POZ powinna odpowiadać zapisom w regulaminie organizacyjnym SP ZOZ MSWiA oraz zapisom w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w dniu 31.12.

2) Zatrudnieni łącznie na podstawie umowy o pracę (w pełnym i niepełnym wymiarze czasu pracy) oraz w ramach umów cywilnoprawnych.

**Dział 5. Porady udzielone przez lekarzy POZ**1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba porad ogółem** | **w tym** |
| **porady domowe** | **teleporady 3)** | **badania profilaktyczne** | **porady pełnopłatne** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ogółem, w tym udzielone: | 01 |  |  |  |  |  |
| dzieciom i młodzieży do lat 18 | 02 |  |  |  |  |  |
| osobom w wieku 65 lat i więcej | 03 |  |  |  |  |  |
| kobietom2) | 04 |  |  |  |  |  |
| kobietom w ciąży w zakresie opieki profilaktycznej | 05 |  | X |  |  |  |

1) Porady udzielone w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej należy wykazywać w części 8 dziale 13

2) Osobom płci żeńskiej bez względu na wiek.

3) Teleporada to porada medyczna lub psychologiczna realizowana na odległość z wykorzystaniem połączenia telefonicznego lub innych systemów teleinformatycznych.

**Dział 6. Zadeklarowani do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (stan w dniu 31.12.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba osób zadeklarowanych (zgodnie ze złożonymi deklaracjami)** |
| **ogółem** | **w wieku 0-18 lat** |
| 0 | 1 | 2 |
| Poradnia (gabinet) lekarza POZ | 01 |  |  |

**Dział 7. Leczeni przez lekarzy POZ z powodu chorób przewlekłych – wymagający opieki czynnej**

Proszę wykazać tylko te osoby, które z powodu choroby przewlekłej, narażenia na działanie szkodliwych czynników lub stanu fizjologicznego, wymagają systematycznej kontroli lekarskiej.

**a) Liczba dzieci i młodzieży objętych opieką czynną (stan w dniu 31.12.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba osób objętych opieką czynną** | **z tego w wieku** | **Z kol. 1 osoby, które objęto opieką czynną po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym** |
| **0**–**2** | **3**–**4** | **5**–**9** | **10**–**14** | **15**–**18** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Poradnia (gabinet) lekarza POZ | 01 |  |  |  |  |  |  |  |

**b) Liczba schorzeń rozpoznanych u dzieci i młodzieży objętych opieką czynną (stan w dniu 31.12.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rozpoznanie (kod rozpoznania wg ICD10)** | **Liczba osób, u których stwierdzono schorzenie ogółem** | **z tego w wieku** | **Z kol. 1 osoby, u których stwierdzono schorzenie po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym** |
| **0**–**2** | **3**–**4** | **5**–**9** | **10**–**14** | **15**–**18** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Nowotwory C00-C97, D00-D48 | 01 |  |  |  |  |  |  |  |
| Niedokrwistość D50-D59 | 02 |  |  |  |  |  |  |  |
| Choroby tarczycy E00-E07 | 03 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cukrzyca E10-E14 | 04 |  |  |  |  |  |  |  |
| Niedożywienie E40-E46 | 05 |  |  |  |  |  |  |  |
| Otyłość E65-E68 | 06 |  |  |  |  |  |  |  |
| Zaburzenia odżywiania F50 | 07 |  |  |  |  |  |  |  |
| Upośledzenie umysłowe F70-F79 | 08 |  |  |  |  |  |  |  |
| Padaczka G40 | 09 |  |  |  |  |  |  |  |
| Dziecięce porażenie mózgowe G80 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka H52 | 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| Choroba nadciśnieniowa I10-I15 | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| Alergie | dychawica oskrzelowa J45 | 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| pokarmowe K52.2 | 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| skórne L27.2 | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| Zniekształcenia kręgosłupa M40-M41 | 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| Choroby układu moczowego N00-N23 | 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| Wady rozwojowe | układu nerwowego Q00-Q07 | 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| układu krążenia Q20-Q28 | 19 |  |  |  |  |  |  |  |
| narządów płciowych (Q50-Q56) | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| aberracje chromosomowe (Q90-Q99) | 21 |  |  |  |  |  |  |  |
| inne | 22 |  |  |  |  |  |  |  |
| Zaburzenia rozwoju R62 | 23 |  |  |  |  |  |  |  |
| w tym | fizycznego R62.8 | 24 |  |  |  |  |  |  |  |
| psychomotorycznego R62.0 | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| Trwałe uszkodzenia narządu ruchu R26.2 | 26 |  |  |  |  |  |  |  |
| Pacjenci z innymi (niż wymienione powyżej) schorzeniami wymagający opieki czynnej | 27 |  |  |  |  |  |  |  |

**c) Liczba osób w wieku 19 lat i więcej objętych opieką czynną (stan w dniu 31.12.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba osób objętych opieką czynną** | **z tego w wieku** | **Z kol. 1 osoby, które objęto opieką czynną po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym** |
| **19**–**34** | **35**–**54** | **55**–**64** | **65 i więcej** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Poradnia (gabinet) lekarza POZ | 01 |  |  |  |  |  |  |

**d) Liczba schorzeń rozpoznanych u osób w wieku 19 lat i więcej objętych opieką czynną (stan w dniu 31.12.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rozpoznanie (kod rozpoznania wg ICD10)** | **Liczba osób, u których stwierdzono schorzenie ogółem** | **z tego w wieku** | **Z kol. 1 osoby, u których stwierdzono schorzenie po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym** |
| **19**–**34** | **35**–**54** | **55**–**64** | **65 i więcej** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Gruźlica A15-19, B90 | 01 |  |  |  |  |  |  |
| Nowotwory C00-C97, D00-D48 | 02 |  |  |  |  |  |  |
| Choroby tarczycy E00-E07 | 03 |  |  |  |  |  |  |
| Cukrzyca E10-E14 | 04 |  |  |  |  |  |  |
| w tym leczeni insuliną | 05 |  |  |  |  |  |  |
| Niedożywienie E40-E46 | 06 |  |  |  |  |  |  |
| Zaburzenia odżywiania F50 | 07 |  |  |  |  |  |  |
| Otyłość E65-E68 | 08 |  |  |  |  |  |  |
| Niedokrwistość D50-D64 | 09 |  |  |  |  |  |  |
| Choroby obwodowego układu nerwowego G50-G59 | 10 |  |  |  |  |  |  |
| Choroby układu krążenia I00-I99 | 11 |  |  |  |  |  |  |
| w tym: | przewlekła choroba reumatyczna I05-I09 | 12 |  |  |  |  |  |  |
| choroba nadciśnieniowa I10-I15 | 13 |  |  |  |  |  |  |
| choroby naczyń mózgowych I60-I69 | 14 |  |  |  |  |  |  |
| niedokrwienna choroba serca I20-I25 | 15 |  |  |  |  |  |  |
| z wiersza 15 przebyty zawał serca I25.2 | 16 |  |  |  |  |  |  |
| Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa J40-J47 | 17 |  |  |  |  |  |  |
| Przewlekłe choroby układu trawiennego K25-K93 | 18 |  |  |  |  |  |  |
| Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej M00-M99 | 19 |  |  |  |  |  |  |
| Pacjenci z innymi schorzeniami wymagający opieki czynnej | 20 |  |  |  |  |  |  |

 **Dział 8. Działalność pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej i położnych podstawowej opieki zdrowotnej**

Podstawą do wypełnienia tego działu jest ewidencja osób, nad którymi sprawuje opiekę pielęgniarka POZ lub położna POZ w miejscu ich zamieszkania.

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Ogółem** |
| 0 | 1 |
| Pielęgniarki zatrudnione (w osobach) | 01 |  |
| Osoby objęte opieką pielęgniarską | 02 |  |
| Wizyty domowe pielęgniarek (każda wizyta) | 03 |  |
| Położne zatrudnione (w osobach) | 04 |  |
| Osoby objęte opieką położnej | 05 |  |
| Wizyty domowe położnych (każda wizyta) | 06 |  |

**Część 4. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna1)**

**Dział 9. Zatrudnienie i działalność**

Proszę wypełnić na podstawie ewidencji zatrudnienia personelu lekarskiego w poszczególnych poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz dziennej ewidencji przyjętych pacjentów.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kod resortowy i rodzaj poradni2)** | **Liczba poradni 3)** | **Zatrudnienie lekarzy i lekarzy dentystów****(w osobach)** | **Udzielono porad w ciągu roku** |
| **Ogółem4)** | **w tym:** | **ogółem** | **w tym:** |
| **pełno-zatrudnieni** | **niepełno-zatrudnieni** | **w ramach umowy cywilno-prawnej** | **dzieciom i młodzieży do lat 18** | **osobom w wieku 65 lat i więcej** | **kobietom5)** | **teleporady6)** | **pełno-płatnych** | **badania profilak-tyczne** |
| **stan w dniu 31.12.** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  | 01 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 02 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 03 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 04 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 05 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 06 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 07 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 08 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 09 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem lekarskie | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem stomatologiczne | 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem porady specjalistyczne | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1) Porady udzielone w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej należy wykazywać w części 8 dziale 13

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

3) Liczba poradni specjalistycznych powinna odpowiadać zapisom w regulaminie organizacyjnym SP ZOZ MSWiA oraz zapisom w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w dniu 31.12.

4) Zatrudnieni łącznie na podstawie umowy o pracę (w pełnym i niepełnym wymiarze czasu pracy) oraz w ramach umów cywilnoprawnych.

5) Osobom płci żeńskiej bez względu na wiek.

6) Teleporada to porada medyczna lub psychologiczna realizowana na odległość z wykorzystaniem połączenia telefonicznego lub innych systemów teleinformatycznych.

**Część 5. Działalność różnych form opieki pozaszpitalnej**

**Dział 10. Działalność różnych form opieki pozaszpitalnej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj ośrodka** | **Miejsca (stan w dniu 31.12)** | **Liczba osób objętych opieką** | **Osobodni** |
| **Kontrakt z NFZ** |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| **Opieka psychiatryczna** |
| Oddziały psychiatryczne razem (2700-2715) | 01 |  |  |  |
| w tym: | oddział dzienny psychiatryczny (ogólny) (2700) | 02 |  |  |  |
| oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci i młodzieży (2701) | 03 |  |  |  |
| oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny (2702) | 04 |  |  |  |
| oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży (2703) | 05 |  |  |  |
| oddział dzienny zaburzeń nerwicowych (2706-2707) | 06 |  |  |  |
| oddział/ośrodek alzheimerowski (2710) | 07 |  |  |  |
| oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu (2712-2713) | 08 |  |  |  |
| oddział terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych (2714-2715) | 09 |  |  |  |
| Zespoły leczenia środowiskowego (domowego) (2730-2735) | 10 | X |  |  |
| Inny........... | 11 |  |  |  |
| **Oddziały dzienne ogólne** |
| Zespół domowej dializoterapii otrzewnowej (2130-2131) | 12 | X |  |  |
| Długoterminowa opieka domowa (2140-2143) | 13 | X |  |  |
| Rehabilitacja domowa (2146-2147) | 14 | X |  |  |
| Dzienny ośrodek opieki geriatrycznej (2200) | 15 |  |  |  |
| Geriatryczny zespół opieki domowej (2202) | 16 | X |  |  |
| Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej (2300) | 17 |  |  |  |
| Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci (2301) | 18 |  |  |  |
| Zakład/Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej (2302-2303) | 19 |  |  |  |
| Zakład/Ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej (2304-2305) | 20 |  |  |  |
| Zakład/Ośrodek rehabilitacji neurologicznej dziennej (2312-2313) | 21 |  |  |  |
| Zakład/Ośrodek rehabilitacji neurologicznej (2314-2315) | 22 |  |  |  |
| Inny ........... | 23 |  |  |  |

**Część 6. Stacje dializ działające w ramach przychodni specjalistycznej**

**Dział 11. Stacje dializ działające w ramach przychodni specjalistycznej**

Tabeli nie wypełniają przychodnie przyszpitalne. Wszystkie dializy wykonane w szpitalu powinny być wykazane w sprawozdaniu MSWiA-43. W tym dziale proszę wykazać także stanowiska przewoźne oraz dializy wykonane w domu. Proszę nie wykazywać dializ otrzewnowych.

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Ogółem** |
| 0 | 1 |
| Liczba stanowisk dializacyjnych | 01 |  |
| Liczba wykonanych dializ | 02 |  |
| w tym u dzieci do 18 lat | 03 |  |
| Liczba osób dializowanych | 04 |  |
| w tym dzieci do 18 lat | 05 |  |

**Część 7. Sprzęt medyczny (stan w dniu 31.12.)**

**Dział 12. Sprzęt medyczny (stan w dniu 31.12.)**

Proszę wykazać sprzęt będący własnością zakładu leczniczego (jednostki) wykonującego działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz wszystkie wykonane na nim badania (zarówno pacjentom hospitalizowanym, jak i ambulatoryjnym). Proszę nie wykazywać tych samych danych w sprawozdaniu MSWiA-43.

1. **Działalność pracowni diagnostycznych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba urządzeń** | **Liczba badań wykonanych w ciągu okresu sprawozdawczego** |
| 0 | 1 | 2 |
| **Medycyna nuklearna** |
| Gammakamera | 01 |  |  |
| PET-CT | 02 |  |  |
| PET-MR | 03 |  |  |
| **Diagnostyka obrazowa** |
| Scyntygraf | 04 |  |  |
| Tomograf komputerowy | 05 |  |  |
| Rezonans magnetyczny | 06 |  |  |
| Mammograf | 07 |  |  |
| Stacjonarny aparat RTG | 08 |  |  |
| **Pracownie badań czynnościowych** |
| Echokardiograf | 09 |  |  |
| Elektroencefalograf | 10 |  |  |
| Elektromiograf | 11 |  |  |

1. **Sprzęt zabiegowy i zabiegowo-diagnostyczny**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba urządzeń** | **Liczba wykonanych badań****i zabiegów w ciągu okresu sprawozdawczego** |
| 0 | 1 | 2 |
| **Aparaty operacyjne i śródoperacyjne** |
| Mobilny tomograf komputerowy | 01 |  |  |
| Mobilny akcelerator liniowy – śródoperacyjna radioterapia | 02 |  |  |
| **Litotrypter** |
| Litotrypter | 03 |  |  |
| **Aparaty hemodynamiczne** |
| Jednopłaszczyznowy angiograf cyfrowy | 04 |  |  |
| Dwupłaszczyznowy angiograf cyfrowy | 05 |  |  |
| **Radioterapia** |
| Akcelerator /przyśpieszacz/ liniowy | 06 |  |  |
| Aparat do brachyterapii /bezpośredniej/ | 07 |  |  |

1. **Inny sprzęt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba urządzeń** | **Liczba pacjentów poddanych terapii przy użyciu respiratora w ciągu okresu sprawozdawczego** |
| 0 | 1 | 2 |
| Respirator | 01 |  |  |

**Część 8. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna**

**Dział 13. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna1)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj poradni** | **Liczba poradni (stan w dniu 31.12.)** | **Porady3)** |
| **ogółem** | **z liczby ogółem** |
| **dzieciom i młodzieży w wieku do 18 lat** | **osobom w wieku 65 lat i więcej** | **kobietom~~4~~)** | **pełno-płatnych** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (0016-0017) 2) | Poradnie/porady ogółem, z tego: | 01 |  |  |  |  |  |  |
| - w warunkach ambulatoryjnych | 02 | X |  |  |  |  |  |
| - w domu pacjenta | 03 | X |  |  |  |  |  |
| - teleporady5) | 04 | X |  |  |  |  |  |

1) Świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane w godzinach od 18 do 8 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy.

2) Kody według rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173).

3) Łącznie z poradami nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielonymi w ramach podkontraktów ze szpitalem na wykonywanie tych porad.

4) Porady udzielone osobom płci żeńskiej bez względu na wiek.

5) Teleporada to porada medyczna lub psychologiczna realizowana na odległość z wykorzystaniem połączenia telefonicznego lub innych systemów teleinformatycznych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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) |