

MZ/Szp-11 karta statystyczna szpitalna ogólna

Części systemu resortowych kodów										Płeć									
Regon (I)										1.			2.			3.			
										męska			żeńska			nieokreślona			
Kod ident. jedn. org. (V)										Gmina stałego zamieszkania.....									
Kod położenia jednostki organizacyjnej –TERYT										Kod gminy – TERYT									
										Numer w Księdze Głównej									
Księga Główna										numer dziecko									
rok numer																			
Data wystawienia skierowania										Data urodzenia									
rok mies. dzień										rok mies. dzień									
Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego										Kod płatnika									
rok mies. dzień																			
Data przyjęcia do szpitala										Tryb przyjęcia – wypełnić zgodnie z załącznikiem nr 2 (zakreślić właściwą kratkę)									
rok mies. dzień										1. 2		Przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego							
Data wypisu ze szpitala (zgonu)										2. 3		Przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki							
rok mies. dzień										3. 5		Przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu							
										4. 6		Przyjęcie planowane na podstawie skierowania							
										5. 7		Przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy							
										6. 8		Przeniesienie z innego szpitala							
										7. 9		Przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu							
										8. 10		Przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się hospitalizacji							

Pobyty na poszczególnych oddziałach proszę wypełniać na oddzielnych arkuszach

Proszę wypełnić przy wypisie ze szpitala									
Tryb wypisu – zgodnie z załącznikiem nr 3 (zakreśl właściwą kratkę)					W przypadku zgonu podać przyczynę wg karty zgonu				
1	1	Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego			Bezpośrednia				
2	2	Skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym							
3	3	Skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu			Wtórna				
4	4	Skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne							
5	6	Wypisanie na własne żądanie							
6	7	Osoba leczona samowolnie opuściła podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego			Wyjściowa				
7	8	Wypisanie na podstawie art. 29 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej							
8	9	Zgon pacjenta							
9	10	Osoba leczona, przyjęta w trybie oznaczonym kodem „9” lub „10” która samowolnie opuściła podmiot leczniczy							

Lekarz odpowiedzialny za wypełnienie karty

Pieczętka

Podpis

**UWAGA! jeżeli pacjent jest leczony na kilku oddziałach poniższe informacje wpisuje się osobno dla każdego pobytu na oddziale.**

Przebywał na oddziale

Nazwa: .....	Kod										
	(VII) (VIII)										
Data przyjęcia na oddział											
rok mies. dzień	Data wypisu z oddziału										
	rok mies. dzień										

Choroba zasadnicza według rozpoznania klinicznego*						Choroby współwystępujące*					
(przyczyna)											
V-Y											
**											

Zabiegi operacyjne i procedury\*\*\*


Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) potrzebny na przygotowanie danych dla potrzeb wypełnionego kwestionariusza

Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie kwestionariusza

**Dotyczy noworodków w dniu wypisu**

<b>Karmienie Piersią</b>	
Karmiony wyłącznie piersią lub mlekiem odciągniętym	
Karmienie mieszane	
Karmienie sztuczne	

Dziecko przedwcześnie urodzone	TAK	
	NIE	

Lekarz odpowiedzialny za wypełnienie karty  
Pieczętka i Podpis

\*Wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja dziesiąta

\*\*Kod dodatkowy stosowany zgodnie z Klasyfikacją

\*\*\*Wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych 5 edycji kolejnych modyfikacji wprowadzonych przez NFZ

# **Instrukcja dla szpitali w sprawie wypełniania kart statystycznych Szpitalnych ogólnych (Formularz MZ/Szp-11)**

Ogólnopolskie Badanie chorobowości szpitalnej jest prowadzone w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej przygotowywanego corocznie przez Główny Urząd Statystyczny i zatwierdzanego przez Prezesa Rady Ministrów.

Formularz MZ/Szp-11 będący wypisową kartą statystyczną osoby hospitalizowanej zawiera informacje niezbędne do prowadzenia właściwej polityki zdrowotnej na szczeblach centralnym oraz regionalnych. Formularz MZ/Szp-11 należy wypełniać dla pacjentów niepsychiatrycznych oddziałów szpitalnych wszystkich specjalności. Formularz MZ/Szp-11 wypełnia się dla każdej osoby na rzecz której wykonywane się stacjonarne świadczenia lecznicze oraz jednodniowe, stacjonarne świadczenia lecznicze z wyjątkiem dializoterapi i chemioterapi nowotworów.

## **Zasady ogólne**

1. Karty statystyczne zakłada się przy wpisywaniu do Księgi Głównej osób przyjmowanych do szpitala
2. a. Badaniem chorobowości szpitalnej objęte są wszystkie noworodki urodzone w szpitalu. Karty dla noworodków zakłada się oddzielnie nie dołączając do karty statystycznej zakładanej dla matki przyjmowanej do porodu.  
  
b. Noworodki przyjmowane na leczenie do szpitala z domu lub z innych szpitali traktowane są jak inni pacjenci i dotyczą ich wszystkie ogólne zasady badania. W dalszej części instrukcji zdania dotyczące noworodków odnoszą się do noworodków urodzonych w szpitalu, wymienionych w pkt 2a.
3. Kartę statystyczną szpitalną zakłada się przy wpisywaniu osoby hospitalizowanej do Księgi Głównej, wypełniając wszystkie możliwe do wpisania informacje z pierwszej strony, tj. pozycje:
  - Dane pacjenta tylko do wykorzystania wewnątrz szpitala
  - Poszczególne części systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (I,V)
  - Kod położenia szpitala
  - Rok, numer Księgi Głównej
  - Datę wystawienia skierowania
  - Datę wpisu do księgi oczekujących
  - Datę przyjęcia do szpitala
  - Płeć
  - Nazwę i kod gminy stałego zamieszkania
  - Numer w Księdze Głównej
  - Datę urodzenia
  - Kod płatnika
  - Tryb przyjęcia
4. Karta statystyczna z wypełnionymi powyższymi informacjami przekazywana jest wraz z historią choroby na oddział gdzie wpisuje się:
  - Nazwę
  - Datę przyjęcia na oddział
  - Kod

Część lekarską karty dotyczącą pobytu na oddziale wypełnia lekarz leczący w dniu zakończenia leczenia na tym oddziale, to znaczy pozycje:

- Data wypisu z oddziału
- Choroba zasadnicza według rozpoznania klinicznego
- Choroby współistniejące
- Zabiegi operacyjne i procedury
- Pieczętka i podpis lekarza odpowiedzialnego

***Uwaga: W sytuacji gdy pacjent leczony był na kilku oddziałach, pobyt na każdym oddziale wymaga wypełnienia oddzielnego arkusza. Natomiast główna przyczyna całej hospitalizacji zostanie wybrana w systemie centralnym, wg jednolitych kryteriów.***

5. W dniu wypisania pacjenta ze szpitala lub jego zgonu lekarz leczący chorego na ostatnim oddziale wypełnia, oprócz pozycji dotyczących pobytu na tym oddziale również pozycje na pierwszej stronie karty:

- Tryb wypisu
- W przypadku zgonu przyczyny zgonu

Lekarz stawia swoją pieczętkę, zatwierdza kartę i przesyła ją do komórki dokumentacji chorych, która kontroluje prawidłowość zapisów w kartach otrzymanych z oddziałów.

Raz w miesiącu w terminie do 20 dni po miesiącu sprawozdawczym zbiory komputerowe, zgodne z elektronicznym standardem przekazywania danych, muszą być wysłane do Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego. Wojewódzkie Centrum może jednak podjąć decyzję o bezpośrednim przesyłaniu zbiorów do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny.

6. Nr Księgi Głównej jest numerem porządkowym nadanym przez szpital każdej księdze prowadzonej na jego terenie.

### **Objaśnienia do wypełniania i symbolizacji Karty Statystycznej Szpitalnej Ogólnej (formularz MZ/Szp-11)**

**Uwaga:** W ramce zatytułowanej „Dane pacjenta znajdują się informacje przeznaczone wyłącznie dla potrzeb wewnętrznych szpitala.

**Punkt – „Części systemu resortowych kodów”** – poszczególne (I-9 znaków REGON oraz V) części systemu resortowych kodów identyfikacyjnych należy wypełniać zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U z 2013 r. Nr 217 ).

**Punkt – „Kod położenia jednostki organizacyjnej TERYT”** – należy wpisać odpowiedni (siedmiocyfrowy) symbol miejsca położenia szpitala w oparciu o aktualny "Wykaz symboli terytorialnych jednostek administracyjnych kraju" opracowany przez GUS.

**Punkt – „Księga Główna”** – na poziomie tego punktu należy wpisać:

– rok którego dotyczy numer pacjenta w Księdze Głównej

– numer Księgi Głównej, który jest numerem porządkowym nadanym przez szpital każdej księdze prowadzonej na jego terenie.

**Punkt – „Data wystawienia skierowania”** – datę należy wpisać cyframi arabskimi w następującej kolejności: rok, miesiąc, dzień. Brak „daty wystawienia skierowania” może wystąpić tylko w przypadku przyjęcia do szpitala w trybie nagłym bez skierowania.

**Punkt – „Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego”** – datę należy wpisać cyframi arabskimi w następującej kolejności: rok, miesiąc, dzień (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697)).

**Punkt – „Data przyjęcia do szpitala”** – datę należy wpisać cyframi arabskimi w następującej kolejności: rok, miesiąc, dzień.

**Punkt – „Data wypisu ze szpitala (zgonu)”** – należy wpisać cyframi arabskimi w następującej kolejności: rok, miesiąc, dzień.

**Punkt – „PŁEĆ”** – płeć osoby hospitalizowanej należy podać przez wpisanie odpowiedniej kategorii.

**Punkt – „Numer w Księdze Głównej”** – należy wpisać numer pacjenta w księdze głównej. W ostatniej kratce należy wpisać wartość zera.

**UWAGA !!!** W oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697), – należy wpisać numer pacjenta w księdze głównej nie wykorzystując ostatniej kratki. Na kartach statystycznych dla noworodków należy wpisać numer matki w księdze głównej, a w ostatniej podpisanej “dziecko” cyfrę "1" - dla jednego (pierwszego) noworodka, a cyfrę "2" lub dalszą dla drugiego i kolejnych noworodków, przy ciąży mnogiej.

**Punkt – „Kod gminy TERYT”** – należy wpisać odpowiedni (siedmiocyfrowy) symbol miejsca zamieszkania w oparciu o aktualny "Wykaz symboli terytorialnych jednostek administracyjnych kraju" opracowany przez GUS.

W wypadku trudności z ustaleniem stałego miejsca zamieszkania, należy wpisać aktualne miejsce zamieszkania. Dla osób z zagranicy patrz punkt menu SPRAWY BIEŻĄCE w końcowej strefie. Dla bezdomnych należy wpisać symbole "8888888". W wypadku braku danych "9999999".

**Punkt – „Data urodzenia”** – datę urodzenia należy wpisać cyframi arabskimi w następującej kolejności: rok, miesiąc, dzień.

Datę urodzenia dla noworodka wpisuje się na oddziale i powinna być identyczna z datą przyjęcia do szpitala.

Brak danych w dacie urodzenia wpisuje się jako 1111-11-11 .

**Punkt – „Kod płatnika”** – należy wpisać kod kasy chorych lub innego płatnika zgodnie z załącznikiem Nr 1

**Punkt – „Tryb przyjęcia”** – należy wpisać właściwą kategorię zgodnie z załącznikiem Nr 2 Dla noworodków informacja musi być zgodna z informacją dla matki.

W trybie planowym przyjmowani są:

- pacjenci z księgi oczekujących lub którym wcześniej podano datę zgłoszenia się do szpitala
- kobiety przyjmowane do porodu

**Punkt – „Tryb wypisu”** – przy wypisie ze szpitala w punkcie tym należy wpisać numer jednej z siedmiu kategorii zgodnie z załącznikiem Nr 3.

**Punkt – „W wypadku zgonu podać przyczyny zgonu wg karty zgonu”** – w punkcie tym należy wpisać zgodnie z kartą zgonu przyczyny: bezpośrednią, wtórną i wyjściową i podać symbol (kod) jednostki chorobowej wg ICD-10

**Uwaga:** *Jeżeli pacjent jest leczony na kilku oddziałach informacje zawarte na tej stronie wpisuje się osobno dla każdego pobytu na oddziale.*

**Punkt – „Przebywał na oddziale”** – "Data przyjęcia na oddział" – datę należy wpisać cyframi arabskimi w następującej kolejności: rok, miesiąc, dzień.

„Kod” – VII i VIII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654, z późn. zm.)

Po zakończeniu leczenia na oddziale należy wpisać datę wypisu, cyframi arabskimi w następującej kolejności: rok, miesiąc, dzień.

**Punkt – „Choroba zasadnicza wg rozpoznania klinicznego”** – w punkcie tym należy wpisać (na górnym poziomie) tę chorobę lub sytuację wpływającą na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia, którą lekarz uznał za główną przyczynę hospitalizacji na oddziale zgodnie z ICD-10.

W przypadku gdy przyczyną tą jest uraz, zatrucie i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych, musi być wpisane oprócz rozpoznania wg skutku rozpoznanie wg przyczyny zewnętrznej (poziom oznaczony literami V-Y). W innych rozpoznaniach, jeżeli również znana jest zewnętrzna przyczyna, należy wpisać kod z odpowiedniego rozdziału V-Y; jeżeli przyczyna jest nieznana kratak tych nie wypełnia się.

Zaleca się również wpisywanie w miarę potrzeb kodu dodatkowego, który powinien być wypełniany kodami z gwiazdką (poziom dolny oznaczony \*\*).

Dla zdrowych noworodków należy wpisać informację dotyczącą żywo urodzonych niemowląt i wpisać kod z "Rozdziału XXI" – Z38.0 – Z38.8

**Punkt Karmienie piersią:** należy zaznaczyć odpowiednią kategorię w dniu wypisu ze szpitala, nie dotyczy noworodków i niemowląt przyjętych na leczenie z domu

***Informujemy, że dla martwo urodzonych noworodków***

gdy znana jest przyczyna zgonu należy kodować tą przyczynę, np. jeżeli jest to ciężka zamartwica urodzeniowa, to kod P21.0;

w przypadku nieznaney przyczyny należy wpisać kod **P95** – „śmierć płodu z nieokreślonych przyczyn”;

dotychczas stosowany, a nie znajdujący się w klasyfikacji ICD 10 kod 00.0 zostanie zablokowany od dnia 01.01.2009.

***Nie należy stosować:***

kodów z grupy Z38, ponieważ dotyczą one wyłącznie **żywo** urodzonych noworodków;

kodów z grupy Z37, ponieważ są zarezerwowane do kodowania wyniku porodu w dokumentacji <b'matki.

**UWAGA:** W toku dotychczasowego przetwarzania zbieranych danych stwierdzono często niewłaściwe kodowanie pobytów w szpitalu wymienionych w Rozdziale XXI .

I tak:.

Pobyt w szpitalu osoby z potencjalnym zagrożeniem zdrowia związanym z choroba zakaźną, która jednak nie została potwierdzona powinien być kodowany jako – „Z20.0 – Z20.9”

natomiast pobyt związany ze szczepieniami – „Z23.0 -Z27.9”

***a nie kod choroby zakaźnej.***

**Punkt – „Choroby współistniejące”** – w punkcie tym należy wpisać trzy najważniejsze wg lekarza choroby zgodnie z ICD-10, poza główną przyczyną hospitalizacji, które również były przedmiotem postępowania medycznego.

## UWAGA:

Jeżeli u noworodka stwierdzono wadę rozwojową wrodzoną, która w ogóle nie była przedmiotem postępowania leczniczego i noworodek został wypisany w normalnym terminie, należy mimo wszystko wpisać to rozpoznanie jako chorobę współistniejącą w pkt „choroby współistniejące”, a w pkt „choroba zasadnicza” wpisać rozpoznanie dotyczące żywo urodzonych niemowląt wraz z odpowiednim kodem – "Z38.0 – Z38.8" . Jest to jedyna wyjątkowa sytuacja, gdy podaje się informację o nie leczonym stanie chorobowym.

**Punkt – „Zabiegi operacyjne i procedury”** – w punkcie tym należy wpisać przeprowadzone zabiegi operacyjne lub procedury zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych (z pominięciem działu XVI i badań laboratoryjnych).

### Załącznik nr 1

#### Kod płatnika

Identyfikator	Nazwa
01	Dolnośląski Oddział NFZ
02	Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ
03	Lubelski Oddział NFZ
04	Lubuski Oddział NFZ
05	Łódzki Oddział NFZ
06	Małopolski Oddział NFZ
07	Mazowiecki Oddział NFZ
08	Opolski Oddział NFZ
09	Podkarpacki Oddział NFZ
10	Podlaski Oddział NFZ
11	Pomorski Oddział NFZ
12	Śląski Oddział NFZ
13	Świętokrzyski Oddział NFZ
14	Warmińsko-Mazurski Oddział NFZ
15	Wielkopolski Oddział NFZ
16	Zachodniopomorski Oddział NFZ
51	Wojewoda Dolnośląski
52	Wojewoda Kujawsko-Pomorski
53	Wojewoda Lubelski
54	Wojewoda Lubuski
55	Wojewoda Łódzki
56	Wojewoda Małopolski
57	Wojewoda Mazowiecki
58	Wojewoda Opolski
59	Wojewoda Podkarpacki
60	Wojewoda Podlaski
61	Wojewoda Pomorski
62	Wojewoda Śląski
63	Wojewoda Świętokrzyski
64	Wojewoda Warmińsko-Mazurski
65	Wojewoda Wielkopolski
66	Wojewoda Zachodniopomorski
81	Samorząd szczebla gminnego
82	Samorząd szczebla powiatowego
83	Samorząd szczebla wojewódzkiego
95	Minister Pracy i Polityki Społecznej

96	Minister Edukacji Narodowej
97	Minister Obrony Narodowej
98	Minister Zdrowia
<b>00</b>	<b>Inny płatnik</b>

## **Załącznik nr 2**

### Kody trybu przyjęcia

- „2” – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego
- „3” – przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki
- „5” – przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu
- „6” – przyjęcie planowe na podstawie skierowania
- „7” – przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy
- „8” – przeniesienie z innego szpitala
- „9” – przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu określonego w art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.) oraz art. 33 ust. 1 i art. 34 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.).
- „10” – przyjęcie przymusowe - przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się hospitalizacji określonego w art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.); art. 21 ust 3 art. 23, 24 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375); art. 30 i art. 71 ust. 3 i 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124); art. 94, 95a i 96 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.); art. 203 i 260 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.) oraz art. 12 i 25a § 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2010 r. Nr 33, poz. 178, z późn. zm.).

## **Załącznik nr 3**

### Kody trybu wypisu:

- „1” zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego
- „2” skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym
- „3” skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu
- „4” skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne
- „6” wypisanie na własne żądanie
- „7” osoba leczona samowolnie opuściła podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego
- „8” wypisanie na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 887, z późn. zm.)
- „9” zgon pacjenta
- „10” osoba leczona, przyjęta w trybie oznaczonym kodem „9” lub „10” która samowolnie opuściła podmiot leczniczy