

Karta statystyczna szpitalna ogólna (MZ/Szp-11)

REGON szpitala*															Płeć pacjenta:		
Kod terytorialny położenia szpitala – TERYT															1. męska	2. żeńska	3. nieokreślona
Księga Główna rok ; numer															Gmina stałego zamieszkania – kod TERYT		
Data wystawienia skierowania (rok, miesiąc, dzień)															Numer pacjenta w Księdze Głównej		
Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego (rok, miesiąc, dzień)															Numer dziecko		
Data przyjęcia do szpitala (rok, miesiąc, dzień)															Data urodzenia (rok, miesiąc, dzień)		
Data wypisu ze szpitala (lub zgonu) – (rok, miesiąc, dzień)															Kod płatnika		
Tryb przyjęcia (należy podać właściwy kod)																	
kod	Tryb																
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 planowane 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																
10	Przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się hospitalizacji																
11	Przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego																
99	Przyjęcie planowe bez skierowania – hospitalizacja o charakterze komercyjnym																

* Konieczne jest stosowanie pełnej 14-znakowej wersji REGON-u szpitala, zgodnej z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Proszę określić przy wypisie ze szpitala				
Tryb wypisu (należy podać właściwy kod)		W przypadku zgonu podać przyczyny wg karty zgonu (kod ICD-10)		
kod	tryb			
1	Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	Bezpośrednia		
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 zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	Wtórna		
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	Wyjściowa		
8	Wypisanie na podstawie art. 29 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej			
9	Zgon pacjenta			
10	Osoba leczona, przyjęta w trybie oznaczonym kodem "9" lub "10", która samowolnie opuściła podmiot leczniczy			
11	Wypisanie na podstawie art. 47 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób			

UWAGA! Jeżeli pacjent jest leczony na kilku oddziałach poniższe informacje podaje się osobno dla każdego pobytu na oddziale.

								Kody oddziału - części (VIII); (VII) systemu resortowych kodów identyfikacyjnych							
													;		
Data przyjęcia na oddział (rok, miesiąc, dzień)								Data wypisu z oddziału (rok, miesiąc, dzień)							
Główna przyczyna hospitalizacji na oddziale **								Choroby współwystępujące: **							
kod ICD-10 rozpoznania zasadniczego								choroba 1 (kod ICD-10)							
							•							•	
kod przyczyny zewnętrznej urazu lub zatrucia (V01-Y98) - jeżeli dotyczy								choroba 2 (kod ICD-10)							
							•							•	
kod leczonego powikłania lub objawu choroby zasadniczej (kod z gwiazdką ICD -10) – jeżeli dotyczy								choroba 3 (kod ICD-10)							
							•							•	
Zabiegi operacyjne i procedury: ****															
procedura 1 (kod ICD-9)								procedura 2 (kod ICD-9)							
							•							•	
procedura 3 (kod ICD-9)								procedura 4 (kod ICD-9)							
							•							•	
procedura 5 (kod ICD-9)								procedura 6 (kod ICD-9)							
							•							•	

** Wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja X (ICD-10) – należy podawać kody pięciodzianowe, o ile istnieją.

*** Wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych, zgodnie z aktualną modyfikacją przez NFZ.

Dotyczy monitorowania sposobu żywienia urodzonych w szpitalu noworodków

Parametr oceniany		Zaznacz X (jedną odповідź)
Dojrzałość dziecka	Dziecko o dojrzałości przy urodzeniu < 37 tyg. ciąży (do 36 tyg. i 6 dni)	1
	Dziecko o dojrzałości przy urodzeniu ≥ 37 tyg. ciąży	2
Pierwszy pokarm po urodzeniu	Pokarm matki piersią	1
	Pokarm matki odciągany	2
	Mleko z banku mleka kobiecego	3
	Preparat do początkowego żywienia niemowląt	4
	Zgon noworodka przed pierwszym karmieniem	5
	Inne (np. żywienie pozajelitowe, dieta eliminacyjna, itp.)	6
Parametr oceniany		Zaznacz X (może być więcej niż jedna odповідź)
Żywienie podczas hospitalizacji	1 Pokarm matki piersią	
	2 Pokarm matki odciągany	
	3 Mleko z banku mleka kobiecego	
	4 Preparat do początkowego żywienia niemowląt na zlecenie lekarza ze względów medycznych	
	5 Preparat do początkowego żywienia niemowląt na życzenie matki	
	6 Inne (np. żywienie pozajelitowe, dieta eliminacyjna, itp.)	
Żywienie przy wypisie	1 Pokarm matki piersią	
	2 Pokarm matki odciągany	
	3 Mleko z banku mleka kobiecego	
	4 Preparat do początkowego żywienia niemowląt	
	5 Inne (np. żywienie pozajelitowe, dieta eliminacyjna, itp.)	

Instrukcja dla szpitali

w sprawie wypełniania

Kart statystycznych szpitalnych ogólnych

(zestaw danych MZ/Szp-11)

Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej (OBChSO) jest prowadzone w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej (PBSSP) ogłaszanego corocznie w drodze rozporządzenia Rady Ministrów. Projekt PBSSP ustalany jest przez Radę Statystyki na podstawie propozycji przygotowanej przez Prezesa GUS.

Zestaw danych MZ/Szp-11 odpowiada wypisowej karcie statystycznej dla osób hospitalizowanych. Zbiera on informacje niezbędne do prowadzenia właściwej polityki zdrowotnej na szczeblu centralnym i na poziomach regionalnych.

Dane w zakresie MZ/Szp-11 przekazują zakłady lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych w niepsychiatrycznych oddziałach szpitalnych. Raportowaniu podlegają dane o hospitalizacjach wszystkich niepsychiatrycznych pacjentów, na rzecz których świadczone są usługi lecznicze w formie leczenia stacjonarnego lub leczenia stacjonarnego „jednego dnia”.

Niezależnie od formy w jakiej prowadzona jest dokumentacja szpitala, dane zbierane i przekazywane w ramach Karty statystycznej szpitalnej ogólnej muszą zawierać wszystkie informacje objęte zestawem MZ/Szp-11.

Zasady ogólne

1. Proces zbierania informacji w zakresie Karty statystycznej szpitalnej ogólnej rozpoczyna się w momencie wpisania pacjenta do Księgi Głównej (Wykazu głównego przyjęć i wypisów) szpitala. Ustalane są wówczas następujące dane:
 - REGON szpitala w pełnej 14-znakowej wersji, zgodnie z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
 - Kod terytorialny położenia szpitala
 - Rok i numer Księgi Głównej (numer porządkowy nadawany przez szpital)
 - Data wystawienia skierowania
 - Data wpisu do księgi oczekujących
 - Data przyjęcia do szpitala
 - Płeć pacjenta
 - Kod terytorialny gminy stałego zamieszkania pacjenta
 - Numer pacjenta w Księdze Głównej
 - Data urodzenia pacjenta
 - Kod płatnika
 - Tryb przyjęcia do szpitala

2. Badaniem chorobowości szpitalnej objęte są w szczególności wszystkie urodzone w szpitalu noworodki. Karty statystyczne dla noworodków zakłada się niezależnie od karty zakładanej dla matki przyjmowanej do porodu. Noworodki przyjmowane na leczenie do szpitala z domu lub z innych szpitali traktowane są jak inni pacjenci i podlegają wszystkim ogólnym zasadom badania. W dalszej części instrukcji termin noworodki odnosi się do noworodków urodzonych w szpitalu podczas sprawozdawanego pobytu.
3. Kolejne informacje zawarte w Karcie statystycznej zbierane są w momencie przyjęcia pacjenta oddział:
 - Kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (identyfikujący komórkę organizacyjną)
 - Kod resortowy stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej - oddziału)
 - Data przyjęcia na oddział
 - W przypadku noworodków również: data urodzenia, dojrzałość dziecka oraz pierwszy pokarm po urodzeniu
4. Informacji do medycznej części karty dotyczących pobytu na oddziale dostarcza lekarz leczący najpóźniej w dniu zakończenia leczenia na tym oddziale; są to pozycje:
 - Data wypisu z oddziału
 - Główna przyczyna hospitalizacji na oddziale, obejmująca kody ICD-10: rozpoznania zasadniczego, przyczyny zewnętrznej urazu lub zatrucia (jeżeli dotyczy) oraz leczonego powikłania lub objawu choroby zasadniczej (kod z gwiazdką – jeżeli dotyczy)
 - Choroby współistniejące
 - Zabiegi operacyjne i procedury
 - W przypadku noworodków również żywienie podczas hospitalizacji

Uwaga: W sytuacji gdy pacjent leczony był na kilku oddziałach, informacje wymienione w punktach 3. i 4. podawane są oddzielnie dla każdego oddziału. Natomiast główna przyczyna całej hospitalizacji zostanie wybrana w systemie centralnym wg jednolitych kryteriów.

5. Przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala generowane są ostatnie dane dotyczące
 - Daty wypisu
 - Trybu wypisu
 - Łańcucha przyczyn zgonu zmarłych pacjentów
 - W przypadku noworodków również żywienie przy wypisie
6. Raz w miesiącu w terminie do 20 dni po miesiącu sprawozdawczym dane w formie cyfrowej zgodnej z elektronicznym standardem przekazywania danych muszą być wysłane do Wydziału ds. Zdrowia w odpowiednim Urzędzie Wojewódzkim. Urząd może jednak podjąć decyzję o bezpośrednim przesyłaniu zbiorów do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego.

Objaśnienia sposobu wypełniania i kodowania informacji w zakresie Karty statystycznej szpitalnej ogólnej (MZ/Szp-11)

Punkt – „REGON szpitala” – numer 14-znakowy, zgodny z wpisaniem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Punkt – „Kod terytorialny położenia szpitala - TERYT” – należy podać odpowiedni (siedmiocyfrowy) kod miejsca położenia szpitala w oparciu o aktualny rejestr TERYT opracowany przez GUS (link do wyszukiwarki: https://eteryt.stat.gov.pl/eTeryt/rejestr_teryt/udostepnianie_danych/baza_teryt/uzytkownicy_i_ndywidualni/wyszukiwanie/wyszukiwanie.aspx?contrast=default; marzec 2025).

Punkt – „Księga Główna” – należy podać:

- rok wpisania pacjenta do Księgi Głównej (Wykazu głównego przyjęć i wypisów);
- numer Księgi Głównej, który jest numerem porządkowym nadanym przez szpital.

Punkt – „Data wystawienia skierowania” – datę należy podać cyframi arabskimi w następującej kolejności: rok, miesiąc, dzień.

Punkt – „Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego” – datę należy podać cyframi arabskimi w następującej kolejności: rok, miesiąc, dzień.

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

Uwaga: Data przyjęcia do szpitala noworodka urodzonego podczas sprawozdawanego pobytu powinna być identyczna z datą urodzenia.

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

Punkt – „Płeć pacjenta” – płeć osoby hospitalizowanej należy podać, wybierając jedną z podanych kategorii: 1. męska, 2. żeńska, 3. nieokreślona.

Punkt – „Numer w Księdze Głównej” – należy podać numer pacjenta w Księdze Głównej (Wykazie głównym przyjęć i wypisów). Dla urodzonych w szpitalu noworodków podawany jest numer nadany matce.

Punkt – „Numer dziecko” – dla noworodka z ciąży pojedynczej należy podać cyfrę „1”, dla noworodków z ciąży mnogiej numery „1”, „2”, „3”, ... według kolejności urodzenia dziecka, a dla wszystkich pozostałych pacjentów (w tym matek noworodków) cyfrę „0”.

Punkt – „Kod gminy TERYT” – należy podać odpowiedni (siedmiocyfrowy) symbol miejsca (gminy) zamieszkania w oparciu o aktualny rejestr TERYT opracowany przez GUS (link do wyszukiwarki: https://eteryt.stat.gov.pl/eTeryt/rejestr_teryt/udostepnianie_danych/baza_teryt/uzytkownicy_i_ndywidualni/wyszukiwanie/wyszukiwanie.aspx?contrast=default; marzec 2025).

Dla gmin miejsko-wiejskich ostatnia, siódma cyfra TERYT-u musi oznaczać: miasto w gminie miejsko-wiejskiej (kod: 4) lub obszar wiejski w gminie miejsko-wiejskiej (kod: 5), samo określenie gmina miejsko-wiejska (kod:3) jest zbyt mało precyzyjne.

Dla m. st. Warszawy należy wybrać kod odpowiedniej dzielnicy (ostatnia, siódma cyfra TERYT-u: 8), a dla Krakowa, Łodzi, Poznania i Wrocławia kod odpowiedniej delegatury (ostatnia, siódma cyfra TERYT-u: 9).

W wypadku trudności z ustaleniem stałego miejsca zamieszkania, należy podać aktualne miejsce zamieszkania.

Dla pacjentów z zagranicy należy podać 3 znakowy kod kraju stałego zamieszkania (ISO 3166-1 numeryczny) poprzedzony czterema zerami np. „0000804” w przypadku Ukrainy.

Dla osób bezdomnych obowiązuje kod "8888888", w wypadku braku danych "9999999".

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

Brak danych o dacie urodzenia wprowadza się jako 1111-11-11.

Punkt – „Kod płatnika” – należy podać kod oddziału wojewódzkiego NFZ lub innego płatnika zgodnie z Załącznikiem nr 1.

Punkt – „Tryb przyjęcia” – należy podać właściwą kategorię zgodnie z powyższą tabelą.

Punkt – „Tryb wypisu” – należy podać właściwą kategorię zgodnie z powyższą tabelą.

Punkt – „W przypadku zgonu podać przyczyny wg karty zgonu (ICD-10)” – w punkcie tym należy podać kody ICD-10 jednostek chorobowych lub zdarzeń, które zgodnie z kartą zgonu stanowiły jego przyczyny: bezpośrednią, wtórną i wyjściową.

Uwaga: *Jeżeli pacjent jest leczony na kilku oddziałach, poniższe informacje podaje się osobno dla każdego pobytu na oddziale.*

Punkt – „Kod oddziału” - VIII i VII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych zgodnie z Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 stycznia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. 2019, poz. 173)

Punkt – „Data przyjęcie na oddział” – datę należy podać cyframi arabskimi w następującej kolejności: rok, miesiąc, dzień.

Punkt – „Data wypisu z oddziału” – datę należy podać cyframi arabskimi w następującej kolejności: rok, miesiąc, dzień.

Sekcja „Główna przyczyna hospitalizacji na oddziale”

Punkt – „kod ICD-10 rozpoznania zasadniczego” – należy podać chorobę lub stan, który w momencie wypisu lekarz uznaje za główną przyczynę hospitalizacji na oddziale.

Dla żywo urodzonych noworodków należy podać kod z zakresu Z38.0 – Z38.8 („żywo urodzone niemowlęta wg miejsca urodzenia”).

Dla martwo urodzonych noworodków:

- gdy znana jest przyczyna zgonu płodu, należy ją podać np. jeżeli jest to ciężka zamartwica urodzeniowa, użyć kodu P21.0;
- w przypadku nieznannej przyczyny należy wpisać kod **P95** – „śmierć płodu z nieokreślonych przyczyn”;
- 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 matki.

Choroby zakaźne

- Pobyt w szpitalu osoby z potencjalnym zagrożeniem zdrowia związanym z chorobą zakaźną, która jednak nie została potwierdzona, powinien raportowany jako „styczność i narażenie na choroby zakaźne” (kod z zakresu Z20.0 – Z20.9).
- pobytu związanego ze szczepieniami dotyczą kody z zakresu Z23.0 - Z27.9, nie należy w takim przypadku raportować choroby zakaźnej, której dotyczyło szczepienie.

Zgodnie z regułami ICD-10 rozpoznaniem zasadniczym nie może być powikłanie lub objaw określany przy użyciu tzw. kodów z gwiazdką np. J17.1* - „zapalenie płuc w przebiegu chorób zakaźnych wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej”. Informacja ta podawana jest w **Punkcie „kod leczonego powikłania lub objawu choroby zasadniczej (kod z gwiazdką ICD -10) – jeżeli dotyczy”**.

W przypadku gdy rozpoznanie zasadnicze stanowi uraz, zatrucie lub inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (kod ICD-10 z zakresu S00-T98) obowiązkowe jest określenie jego przyczyny zewnętrznej (kod ICD-10 z zakresu V01-Y98) w **Punkcie „kod przyczyny zewnętrznej urazu lub zatrucia (V01-Y98) - jeżeli dotyczy”**.

Punkt – „Choroby współwystępujące” – w punkcie tym należy podać maksymalnie trzy najważniejsze wg lekarza choroby (kody ICD-10), które poza główną przyczyną hospitalizacji wpływają na proces terapeutyczny lub długość pobytu w szpitalu.

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 podać to rozpoznanie w pkt. „Choroby współwystępujące”, a jako zasadnicze podać rozpoznanie dotyczące żywo urodzonych niemowląt wraz z odpowiednim kodem (Z38.0 – Z38.8). Jest to jedyna, wyjątkowa, sytuacja, gdy podaje się informację o nieleczonym stanie chorobowym.*

Punkt – “Zabiegi operacyjne i procedury” – w punkcie tym należy wpisać wykonane zabiegi operacyjne lub procedury medyczne zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych (z pominięciem badań laboratoryjnych i procedur diagnostycznych). Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) okresowo aktualizuje obowiązującą listę procedur. Jej

aktualna wersja (Słownik ICD-9 PL) jest dostępna na stronie internetowej NFZ (www.nfz.gov.pl).

Moduł monitorowania sposobu żywienia noworodków dotyczy wyłącznie dzieci urodzonych w szpitalu podczas sprawozdawanej hospitalizacji. Nie dotyczy noworodków i niemowląt przyjętych na leczenie z domu ani z innej placówki.

Punkt – „Dojrzałość dziecka” – należy podać jedną odpowiedź zgodną z kodami w odpowiednich wierszach powyższej tabeli.

Punkt – „Pierwszy pokarm po urodzeniu” – należy podać jedną odpowiedź zgodną z kodami w odpowiednich wierszach powyższej tabeli.

Punkt – „Żywienie podczas hospitalizacji” – można podać kilka odpowiedzi zgodnych z kodami w odpowiednich wierszach powyższej tabeli.

Punkt – „Żywienie przy wypisie” – można podać kilka odpowiedzi zgodnych z kodami w odpowiednich wierszach powyższej tabeli.

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
20	Kod OBChSO dla hospitalizacji opłaconych przez pacjenta
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
93	Minister Sprawiedliwości
94	Minister Administracji i Spraw Wewnętrznych
95	Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
96	Minister Edukacji Narodowej
97	Minister Obrony Narodowej
98	Minister Zdrowia
99	Kod OBChSO stosowany w przypadku hospitalizacji więźniów
00	Inny płatnik