

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM E-ZDROWIA			
Nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		MZ-19 Sprawozdanie z działalności zespołu leczenia środowiskowego	Nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego
Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.			REGON przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
TERYT podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		Przekazać za pomocą portalu https://ssoz.ezdrowie.gov.pl w terminie składania sprawozdań zgodnie z Pbssp 2022 (z danymi za rok 2022)	TERYT przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki
Kod podmiotu tworzącego (część III)	Kod formy organizacyjno-prawnej (część IV)		Rodzaj działalności leczniczej (część VI systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)

Wypełniać tylko w przypadku sporządzania sprawozdania oddzielnie dla każdej jednostki organizacyjnej.

Nazwa jednostki organizacyjnej	Kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną (część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)	TERYT jednostki organizacyjnej
--------------------------------	---	--------------------------------

Dane należy przekazać w postaci elektronicznej, wypełniając je (po zalogowaniu się) na stronie <https://ssoz.ezdrowie.gov.pl> w terminie wskazanym w Programie badań statystycznych statystyki publicznej na dany rok.

Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 pkt. 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U. 2022 poz. 459, z późn. zm.).

Za prawidłowe sporządzenie sprawozdania rocznego MZ-19 odpowiada kierownik jednostki. Obowiązek wypełnienia sprawozdania są jednostki, które w swojej strukturze posiadają ośrodek o kodzie resortowym 2730, 2731. Podstawę wypełnienia formularza stanowią informacje o działalności i świadczeniach jednostki, zatrudnionym w niej personelu, będącym w dyspozycji kierownika, oraz te wszystkie dane o pacjentach, które wymagane są w niniejszym formularzu, a powinny być zawarte w kartach ewidencyjnych pacjentów każdego zespołu leczenia środowiskowego.

Przed wypełnieniem sprawozdania należy zapoznać się z objaśnieniami umieszczonymi przy każdym dziale formularza. Nieprawidłowo wypełniony formularz będzie odsyłany do poprawy.

Dział 1. Informacje ogólne o działalności¹⁾

1. Forma prowadzenia i główne źródło finansowania	Kategoria		Z kontraktem NFZ	Bez kontraktu NFZ	
	0		1	2	
w tym	Podmiot prowadzący działalność leczniczą		01	9	-
	Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej		02	4	-
	Indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska		03	-	-
	Grupowa specjalistyczna praktyka lekarska		04	-	-
	Inne		05	5	-

2. Zespół usytuowany przy ²⁾	szpitalu psychiatrycznym	01	-
	poradni zdrowia psychicznego	02	8
	inne	03	1

¹⁾ W poszczególnych zespołach leczenia środowiskowego należy wstawić znak X w odpowiednim wierszu 1 lub 2 kolumnie.

²⁾ Należy wstawić w odpowiedniej kratce znak X.

Dział 2. Personel działalności podstawowej ³⁾

Wyszczególnienie		Udzielający świadczeń ogółem (w osobach), stan w dniu 31.12	Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy ⁴⁾			Pracujący w ramach umów cywilnoprawnych		
			ogółem (w osobach)	w tym pełnozatrudnieni	opłacone godziny pełno i niepełnozatrudnionych w ciągu roku	ogółem (w osobach)	w tym w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat	
								stan w dniu 31.12
0		1	2	3	4	5	6	
Lekarze ogółem (łącznie z rezydentami, bez konsultantów)		01	26	5	2	6 795	20	-
w tym	psychiatrzy I st.	02	1	-	-	-	1	-
	psychiatrzy II st. i specjaliści psychiatrzy (w nowym systemie jednostopniowym)	03	23	3	-	2 715	19	-
Pielęgniarki ogółem		04	11	5	2	5 201	6	-
w tym	ze specjalizacją z psychiatrii	05	6	2	1	2 518	4	-
	po kursie kwalifikacyjnym z psychiatrii	06	-	-	-	-	-	-
Psycholodzy		07	25	12	3	9 430	13	-
Specjaliści terapii uzależnień		08	-	-	-	-	-	-
Instruktorzy terapii uzależnień		09	-	-	-	-	-	-
Terapeuci zajęciowi		10	2	1	-	400	1	-
Pracownicy socjalni		11	4	4	-	3 706	-	-
Inni terapeuci (jacy?)		12	7	3	2	4 371	4	-
Psychoterapeuci z certyfikatem (niezależnie od wykazania ich w innych w/w kategoriach)		13	2	-	-	-	2	-

³⁾ Dotyczy personelu pracującego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Bez osób przebywających na urloпах wychowawczych, bezpłatnych oraz powołanych do zasadniczej lub okresowej służby wojskowej.

Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy (kolumny 2, 3, 4) – dotyczy osób zatrudnionych zarówno na pełnych, jak i niepełnych etatach, z określoną liczbą godzin pracy.

Pracujący w ramach umowy cywilnoprawnej (kolumny 5, 6) – dotyczy osób zatrudnionych na umowach-zleceniach w tym kontraktów, oraz umowach ryczałtowych.

We wszystkich wierszach (od 01 do 13) kolumny 4 należy wpisać liczbę opłaconych godzin osób wpisanych w kolumnie 2.

⁴⁾ Zatrudnieni na podstawie: umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. 2022 poz. 1510).

Dział 3. Działalność zespołu

Wyszczególnienie		Liczba wizyt poza siedzibą zespołu w środowisku chorego (dom, praca, szkoła itp.)	Liczba wizyt w siedzibie zespołu	Liczba wizyt ogółem (1+2)
0		1	2	3
Lekarze	01	4 186	1 032	5 218
Pielęgniarki	02	2 494	58	2 552
Psycholodzy	03	4 293	382	4 675
Inni terapeuci	04	2 020	-	2 020
Pracownicy socjalni	05	1 152	1 144	2 296

Dział 4. Leczeni

W dziale 4 liczba osób leczonych w roku bieżącym składa się z chorych objętych opieką oddziału/zespołu po raz pierwszy w roku oraz tych z lat poprzednich, którzy w danym roku również znajdowali się pod opieką oddziału/zespołu. Chorego wlicza się do ewidencji jeden raz – niezależnie od liczby wizyt, udzielonych mu świadczeń czy rozpoznań postawionych w ciągu roku (obowiązujące jest rozpoznanie z ostatniej porady). Pacjenci pierwszorazowi (dział 4 kolumny 7–12) to tacy, którzy w opiece środowiskowej podjęli leczenie po raz pierwszy w życiu.

Wyszczególnienie		Leczeni		w tym leczeni ogółem w wieku lat				Z kolumny 1 leczeni po raz pierwszy w życiu		w tym leczeni po raz pierwszy w życiu w wieku lat			
		ogółem	w tym mężczyźni	0–18	19–29	30–64	65 i więcej	ogółem	w tym mężczyźni	0–18	19–29	30–64	65 i więcej
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ogółem z zaburzeniami psychicznymi (suma wierszy 02–10)	01	1 239	442	5	51	370	813	436	147	5	19	70	342
Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09)	02	747	246	-	10	109	628	315	112	-	1	23	291
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (F10)	03	14	9	-	2	11	1	4	4	-	-	4	-
Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19)	04	11	2	-	-	10	1	-	-	-	-	-	-
Schizofrenia (F20)	05	194	90	-	19	115	60	25	8	-	3	12	10
Zaburzenia schizotypowe: schizoafektywne i urojeniowe (bez schizofrenii) (F21-F29)	06	3	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-
Zaburzenia nastroju – afektywne (F30-F39)	07	97	20	-	1	38	58	25	6	-	1	6	18
Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (F40-F48)	08	37	13	1	2	14	20	14	5	1	1	4	8
Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50-F59)	09	5	-	-	-	1	4	5	-	-	-	1	4
Inne	10	131	62	4	17	71	39	48	12	4	13	20	11

Dział 4. Leczeni (ciąg dalszy).

Wyszczególnienie			Leczeni		w tym leczeni ogółem w wieku lat				Z kolumny 1 leczeni po raz pierwszy w życiu		w tym leczeni po raz pierwszy w życiu w wieku lat			
			ogółem	w tym mężczyźni	0-18	19-29	30-64	65 i więcej	ogółem	w tym mężczyźni	0-18	19-29	30-64	65 i więcej
0			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
z wiersza 01	mężczyźni	11			2	25	155	260			1	4	35	107
	osoby zamieszkałe na wsi	12	181	20	4	7	55	115	75	14	4	2	11	58

Dział 5. Okres sprawowania opieki nad pacjentem w ciągu roku ⁵⁾

Okres opieki nad pacjentem		Liczba
0		1
Ogólna liczba pacjentów w tym leczeni:	01	1 239
nie dłużej niż 1 miesiąc	02	227
powyżej 1 miesiąca do 3 miesięcy	03	291
powyżej 3 miesięcy do 6 miesięcy	04	275
powyżej 6 miesięcy	05	446

⁵⁾ Dotyczy wszystkich pacjentów z kolumny 1 działu 4.

Obciążenie respondentów

Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb wypełnienia formularza	1	
Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza	2	

.....
(imię, nazwisko i telefon osoby,
która sporządziła sprawozdanie)

.....
(email osoby, która sporządziła
sprawozdanie)

.....
(miejsowość i data)