

MINISTERSTWO ZDROWIA
CENTRUM SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA

Nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		MZ-30 Sprawozdanie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej (oraz dziennej)	Nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego
Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.			REGON przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej (14-znakowy)
TERYT podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		Przekazać za pomocą portalu http://csioz.gov.pl w terminie składania sprawozdań zgodnie z Pbssp 2022 (z danymi za rok 2022)	TERYT przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
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. z 2022 r. poz. 459, z późn. zm.)

Przed wypełnieniem sprawozdania prosimy zapoznać się z objaśnieniami, które dostępne są pod adresem: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/formularze-statystyczne>

Dział 1. Dane ogólne

Właściwe zaznaczyć

Rodzaj podmiotu	Szpital psychiatryczny	3	
	Ośrodek leczenia odwykowego	2	
	Ośrodek rehabilitacyjny dla narkomanów (także MONAR)	-	
	Ośrodek inny niż wymienione powyżej, w którym działa oddział dzienny/hostel itp.(o kodach 2700 do 2758)	1	
Główne źródło finansowania	Narodowy Fundusz Zdrowia	4	
	Budżet centralny	-	
	Inne (jakie?) – komercyjne	2	
Rodzaj posiadanego certyfikatu	Akredytacja	Tak - 1	Nie - 5
	Certyfikat jakości	Tak - 1	Nie - 5

Dział 2. Niektóre dane dotyczące bazy stacjonarnej

Wyszczególnienie	Liczba łóżek/miejsc stan w dniu 31.12	Średnia liczba łóżek w okresie sprawozdawczym	Łóżkodni nieczynne z powodu remontu	Leczeni bez ruchu międzyoddziałowego	Osobodni leczenia
0	1	2	3	4	5
Ogółem	721	719	-	6 468	235 757

Dział 3. Personel działalności podstawowej.

Wyszczególnienie		Udzielający świadczeń ogółem	Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy			Pracujący w ramach umowy cywilnoprawnej	
			razem	w tym pełno-zatrudnieni	opłacone godziny pełno i niepełno zatrudnionych	razem	w tym w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat
0		1	2	3	4	5	6
Lekarze (łącznie z rezydentami, bez konsultantów)	01	64	19	5	24 615	45	21
w tym	psychiatry I st.	3	2	-	2 040	1	-
	Psychiatry II st. i specjaliści psychiatry (w systemie jednostopniowym)	45	7	3	10 335	38	20
Pielęgniarki	04	319	297	172	411 234	22	11
Psycholodzy	05	34	21	5	26 023	13	5
Specjaliści terapii uzależnień	06	58	50	37	91 158	7	-
Instruktorzy terapii uzależnień	07	10	8	4	9 743	2	-
Terapeuci zajęciowi	08	27	23	6	31 444	4	4
Pracownicy socjalni	09	6	4	-	4 082	2	-
Inni terapeuci (jacy?)	10	4	-	-	-	4	-
Psychoterapeuci z certyfikatem (niezależnie od wykazania ich w innych w/w kategoriach)	11	57	49	36	89 558	7	-

Dział 4. Działalność i zatrudnienie na oddziałach

Nazwa oddziału	Kod resortowy	Liczba łóżek/miejsc	Średnia liczba łóżek/miejsc	Leczeni ¹	Osobodni leczenia	Lekarze stan w dniu 31.12.			Opłacone godziny pełno- i niepełnozatrudnionych na umowach o pracę						
						ogółem na umowach o pracę	w tym pełnozatrudnieni	pracujący w ramach umów cywilnoprawnych	lekarze	pielęgniarki	psycholodzy	specjaliści terapii uzależnień	instruktorzy terapii uzależnień	terapeuci zajęciowi	pracownicy socjalni
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Oddziały stacjonarne razem		721	719	6 516	235 757	16	4	44	21 216	406 339	23 491	80 315	9 020	29 092	3 936
z tego:															
Oddziały psychiatryczne	4700 - 4732	449	449	3 455	146 564	13	3	34	16 932	336 783	17 306	4 794	-	29 092	3 396
Oddziały leczenia uzależnień	4740 - 4748, 2740 - 2742	272	270	3 061	89 193	3	1	10	4 284	69 556	6 185	75 521	9 020	-	540
Oddziały dzienne razem	2700 - 2712	68	62	235	9 670	3	1	1	3 399	4 419	2 141	1 324	723	2 352	146

¹ Z ruchem międzyoddziałowym

Dział 5. Zakłady i pracownie diagnostyczne**1. Pracownie badań czynnościowych (należy wybrać i zaznaczyć odpowiednią opcję)**

Czy w szpitalu jest pracownia	tak	nie	Liczba aparatów
a) echokardiografii	-	6	-
b) elektroencefalografii	1	5	2
c) elektromiografii	-	6	-

Uwaga! Jeżeli zakreślona jest odpowiedź „tak” w kolumnie 2 należy podać liczbę aparatów.

2. Pracownie diagnostyczne (należy wybrać i zaznaczyć odpowiednią opcję)

Czy w szpitalu jest pracownia	tak	nie
a) diagnostyki laboratoryjnej	2	4
b) bakteriologii	-	6
c) wirusologii	-	6

3. Zakłady radiologii i diagnostyki izotopowej (należy wybrać i zaznaczyć odpowiednią opcję)

Czy w szpitalu jest pracownia	tak	nie	Jeśli tak, podać czas pracy w zmianach
a) rentgenodiagnostyki	2	4	
b) ultrasonografii	2	4	
c) diagnostyki izotopowej	-	6	
d) tomografii komputerowej	-	6	
e) rezonansu magnetycznego	-	6	

Uwaga! W przypadku odpowiedzi „tak” należy podać liczbę zmian pracy zakładu (maksymalnie 5)

4. Zakłady patologii (patomorfologii) (należy wybrać i zaznaczyć odpowiednią opcję)

Czy w szpitalu jest	tak	nie
a) pracownia histopatologii	-	6
b) pracownia autopsyjna (prosektorium)	-	6

5. Sprzęt medyczny (stan w dn. 31.12.) (Należy wykazać sprzęt będący własnością jednostki)

Wyszczególnienie		Liczba aparatów
a) analizator biochemiczny wieloparametrowy	01	4
b) gammakamera	02	-
c) litotrypter	03	-
d) akcelerator liniowy	04	-
e) rezonans magnetyczny	05	-
f) urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych	06	-
g) tomograf komputerowy	07	-
h) echokardiograf (ultrasonograf kardiologiczny)	08	-
j) mammograf	09	-
k) aparat RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	10	2
l) aparat RTG z torem wizyjnym	11	-

6. Czy w szpitalu jest apteka: (należy wybrać i zaznaczyć odpowiednią opcję)

3 – tak	3 – nie
---------	---------

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)

.....
(miejscowość i data)