

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM E-ZDROWIA			
Nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		<b>MZ-19</b> <b>Sprawozdanie</b> <b>z działalności zespołu leczenia</b> <b>środowiskowego</b>	Nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego
Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.			REGON przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
TERYT podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		<b>Przekazać za pomocą portalu</b> <b><a href="https://ssoz.ezdrowie.gov.pl">https://ssoz.ezdrowie.gov.pl</a> w</b> <b>terminie składania sprawozdań</b> <b>zgodnie z Pbssp 2023</b> (z danymi za rok 2023)	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. 2023 poz. 773).**

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 działalności<sup>1)</sup>

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

2. Zespół usytuowany przy <sup>2)</sup>	szpitalu psychiatrycznym	01	
	poradni zdrowia psychicznego	02	
	inne	03	

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

<sup>2)</sup> Należy wstawić w odpowiedniej kratce znak X.

## Dział 2. Personel działalności podstawowej<sup>3)</sup>

Wyszczególnienie		Udzielający świadczeń ogółem (w osobach), stan w dniu 31.12	Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy <sup>4)</sup>			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
0		1	2	3	4	5	6
Lekarze ogółem (łącznie z rezydentami, bez konsultantów)		01					
w tym	psychiatrzy I st.	02					
	psychiatrzy II st. i specjaliści psychiatrzy (w nowym systemie jednostopniowym)	03					
Pielęgniarki ogółem		04					
w tym	ze specjalizacją z psychiatrii	05					
	po kursie kwalifikacyjnym z psychiatrii	06					
Psycholodzy		07					
Specjaliści terapii uzależnień		08					
Instruktorzy terapii uzależnień		09					
Terapeuci zajęciowi		10					
Pracownicy socjalni		11					
Inni terapeuci (jacy?) .....		12					
Psychoterapeuci z certyfikatem (niezależnie od wykazania ich w innych w/w kategoriach)		13					

<sup>3)</sup> 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.

<sup>4)</sup> Zatrudnieni na podstawie: umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy ((Dz. U. z 2023 r. poz. 641).

## 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			
Pielęgniarki	02			
Psycholodzy	03			
Inni terapeuci	04			
Pracownicy socjalni	05			



**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												
	osoby zamieszkałe na wsi	12												

**Dział 4A. zachowania samobójcze.**

Wyszczególnienie	Liczba osób
Leczeni w roku sprawozdawczym, u których odnotowano próbę samobójczą w wywiadzie w ciągu ostatnich 12 miesięcy	

**Dział 5. Okres sprawowania opieki nad pacjentem w ciągu roku <sup>5)</sup>**

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

<sup>5)</sup> 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)