

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA			
Nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		MZ-15 Sprawozdanie z działalności jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych	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 2018 (z danymi za rok 2018)	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
--------------------------------	--	--------------------------------

Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1068, z późn. zm.)

Za prawidłowe sporządzenie sprawozdania rocznego odpowiada kierownik jednostki. Podstawę wypełniania 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 każdej poradni/gabinetu.

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

Kod specjalności komórki organizacyjnej (część VIII)	Rodzaj poradni (nazwa specjalności komórki organizacyjnej zgodna z załącznikiem 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia 27 kwietnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. 2017 poz. 999)
--	---

Poradnie psychologiczne (1790 i 1791) wypełniają działy 1, 2, 3 i 5, pozostałe poradnie wypełniają działy 1, 2, 3 i 4.

Dział 1. Informacje ogólne o działalności

1. Główne źródło finansowania	1. Narodowy Fundusz Zdrowia 2. Inne
--------------------------------------	--

Dział 2. Personel działalności podstawowej

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

Udzielający świadczeń ogółem (kolumna 1) – wykazać wszystkich pracujących w tym osoby prowadzące (będące właścicielami) prywatne gabinety, praktyki lekarskie, a także właścicieli podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy (kolumny 2, 3, 4) – dotyczy osób zatrudnionych zarówno na pełnych, jak i niepełnych etatach, z określoną liczbą godzin pracy. We wszystkich wierszach (od 01 do 13) kolumny 4 należy wpisać liczbę opłaconych godzin osób wpisanych w kolumnie 2.

Pracujący w ramach umowy cywilnoprawnej (kolumny 5, 6) – dotyczy osób zatrudnionych na umowach cywilno-prawnych.

Wyszczególnienie		Udzielający świadczeń ogółem (w osobach, stan w dniu 31.12)	Zatrudnienie na podstawie stosunku pracy ¹⁾			Pracujący w ramach umów cywilnoprawnych	
			Ogółem w osobach	w tym pełnozatrudnieni	Opłacone godziny pełno i niepełnozatrudnionych	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					
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					

¹⁾ Zatrudnieni na podstawie: umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania (zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. 2016, poz. 1666, z późn. zm.).

Dział 3. Działalność poradni

Liczba dni pracy poradni w tygodniu	
Liczba godzin pracy w tygodniu	

Porady udzielone w poradni/gabinecie			Liczba porad	
Liczba porad ogółem		01		
z tego	lekarskich	02		
	psychologa	03		
	innego terapeuty	04		

Wiersz 01 jest sumą wierszy 02+03+04

Inne świadczenia ²⁾		Liczba
0		1
Psychoterapia indywidualna	01	osób:
Psychoterapia grupowa/rodzinna	02	osób:
Interwencje pracownika socjalnego	03	
Wizyty w środowisku chorego (z wyłączeniem interwencji pracownika socjalnego)	04	
Porady telefoniczne	05	
Skierowanie do stacjonarnych placówek psychiatrycznych i odwykowych	06	

²⁾ W wierszach 01 i 02 należy wpisać liczbę osób, które uczestniczyły w tych terapiach w ciągu roku (bez względu na liczbę sesji terapeutycznych). Jeżeli pacjent uczestniczył w obu rodzajach terapii, wliczany jest do obu. (Każdego pacjenta uczestniczącego w terapii grupowej lub indywidualnej należy uwzględnić również w dziale 4. Rodziny uczestniczące w terapii grupowej lub indywidualnej muszą być uwzględnione w dziale 4 w tab. 2 lub 3 w wierszu „współzależnienia”).

W wierszach 04, 05 i 06 należy wpisać odpowiednio liczbę wizyt, porad i skierowań, bez względu na to, ile osób zostało tymi działaniami objętych

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)

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

