

# MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI

DEPARTAMENT ZDROWIA

**MSWiA-36a**

**Sprawozdanie z działalności zespołu/oddziału leczenia środowiskowego/domowego**

**za rok 2024**

Termin przekazania: 10 lutego 2025 r.

Nazwa i adres samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej MSWiA	Nazwa i adres zakładu leczniczego	Nazwa jednostki organizacyjnej
Numer księgi rejestrowej SP ZOZ MSWiA	REGON zakładu leczniczego	Kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną (część V)
TERYT SP ZOZ MSWiA	TERYT zakładu leczniczego	TERYT jednostki organizacyjnej

Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 773, z późn.zm.).

W przypadku, gdy sprawozdanie wypełniane jest zbiorczo dla całego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w części V kodu resortowego wpisać symbol 99.

## Dział 1. Informacje ogólne o działalności

Proszę wybrać prawidłową odpowiedź.

Zakład usytuowany przy:			
szpitalu psychiatrycznym	1	tak	nie
poradni zdrowia psychicznego	2	tak	nie
inne	3	tak	nie

## Dział 2. Personel działalności podstawowej

Wyszczególnienie	Udzielający świadczeń ogółem (w osobach, stan w dniu 31.12) <sup>1)</sup>	Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy <sup>2)</sup>			Pracujący na podstawie umowy cywilnoprawnej	
		ogółem (w osobach, stan w dniu 31.12)	w tym pełnozatrudnieni (w osobach, stan w dniu 31.12)	Opłacone godziny pełno- i niepełnozatrudnionych w ciągu roku	ogółem (w osobach, stan w dniu 31.12)	w tym w wymiarze nie mniejszym niż 35 godzin tygodniowo (w osobach, stan w dniu 31.12)
0	1	2	3	4	5	6
Lekarze ogółem (łącznie z rezydentami, bez konsultantów)	01					
w tym: psychiatry I st.	02					
psychiatry II st. i specjaliści psychiatry	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 ww. kategoriach)	13					

<sup>1)</sup> Bez względu na rodzaj umowy, na podstawie której wykonywana jest praca (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna) i wymiar czasu pracy.

<sup>2)</sup> Zatrudnieni – na podstawie: umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę (zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 1465, z późn. zm.)).



**Dział 4. Działalność zespołu**

Wyszczególnienie		Liczba wizyt w środowisku chorego (dom, praca, szkoła, itp.)	Liczba wizyt w zespole	Liczba wizyt ogółem (kol. 1 + kol. 2)
0		1	2	3
Lekarze	01			
Pielęgniarki	02			
Psycholodzy	03			
Inni terapeuci	04			
Pracownicy socjalni	05			

**Dział 5. Okres sprawowania opieki nad pacjentem w ciągu roku<sup>1)</sup>**

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

<sup>1)</sup> Dotyczy wszystkich pacjentów z kol. 1 działu 3.

Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb 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)