|  |
| --- |
| **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)1)** | **Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy 2)** | **Pracujący na podstawie umowy cywilnoprawnej**  |
| **ogółem (w osobach, stan w dniu 31.12)**  | **w tym pełno-zatrudnieni (w osobach, stan w dniu 31.12)** | **Opłacone godziny pełno- i niepełno- zatrudnionych 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 |  |  |  |  |  |  |
| psychiatrzy II st. i specjaliści psychiatrzy | 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 |  |  |  |  |  |  |

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

2) 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 3. Leczeni**

Liczba osób leczonych ogółem to chorzy objęci opieką zespołu/oddziału w roku sprawozdawczym oraz przeniesieni pacjenci z lat poprzednich, którzy w danym roku również znajdowali się pod opieką zespołu/oddziału. Chorego wlicza się do ewidencji jeden raz, niezależnie od liczby wizyt, udzielonych mu świadczeń i liczby rozpoznań w ciągu roku (obowiązujące jest rozpoznanie z ostatniej porady).

Leczeni po raz pierwszy to osoby, które w opiece środowiskowej podjęły leczenie po raz pierwszy w życiu.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Leczeni** | **w tym leczeni ogółem w wieku lat** | **Z kol. 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 w. 3-11) | 01 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| z w. 1 mężczyźni | 02 | X | X |  |  |  |  | X | X |  |  |  |  |
| Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09) | 03 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (F10) | 04 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19) | 05 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Schizofrenia (F20) | 06 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zaburzenia schizotypowe: schizoafektywne i urojeniowe (bez schizofrenii) (F21-F29) | 07 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zaburzenia nastroju – afektywne (F30-F39) | 08 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (F40-F48) | 09 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50-F59) | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inne | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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 roku1)**

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

1) 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 osobydziałającej w imieniu sprawozdawcy) |